



**Espaço educativo Brinquedoteca
Hortênsia de Holanda: O lúdico na
mediação do tratamento da Aids
pediátrica**

Ivana Drummond Cordeiro

Espaço educativo Brinquedoteca
Hortência de Hollanda:
O lúdico na mediação do tratamento da
Aids pediátrica

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em ciências da saúde da Universidade Federal de
Minas Gerais como requisito parcial à obtenção
do título de Mestre em Medicina
Àrea de Concentração:Pediatría/ Saúde da
criança e do adolescente
Orientadores: Dra. Virgínia T. Schall e Dr. Jorge
Andrade Pinto.

Belo Horizonte
Faculdade de Medicina - UFMG
2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora

Profª. Ana Lúcia de Almeida Gazola

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Jaime Arturo Ramirez

Diretor da Faculdade de Medicina

Prof. Geraldo Brasileiro Filho

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Pediatria

Profª. Cleonice de Carvalho Coelho Mota

Curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente - Colegiado

Coordenador - Prof. Francisco José Penna

Subcoordenador - Prof. Joel Alves Lamounier

Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Profª Ivani Novato Silva

Prof. Marco Antônio Duarte

Prof. Marcos Borato Viana

Profª. Regina Lunardi Rocha.

Prof. Roberto Assis Ferreira

Miguir Terezinha Vieccelli Donoso (Rep. Discente – Titular)



"Pode-se descobrir mais sobre uma pessoa em uma hora de brincadeira do que num ano de conversa." (Platão)

Agradecimentos

À minha família pelo apoio incondicional nas minhas conquistas, alegrias e dores.

Ao Marco pela apaixonante convivência, pelo amor e presença sempre.

À Dra. Virgínia pela parceria e orientação, pelos ensinamentos e pelos exemplos de vida e profissionalismo.

Ao Dr. Jorge pela parceria neste projeto.

À Celina, pelo carinho e apoio intelectual e emocional.

Ao Centro de Pesquisas René Rachou e ao Centro de Referência Orestes Diniz que permitiram a realização deste trabalho.

Aos amigos do LABES e da DIP.

À Amandinha, à Magda, à Cíntia e ao Jerry pelo apoio operacional.

À Marília, Josélia, Berna e Li pelo carinho e amizade de sempre.

Aos estudantes e aos monitores que sempre estiveram ao meu lado durante o funcionamento da brinquedoteca (Pati, Julinha, Denize, Natália, Wesley, Anandra, Marta, Abenice, Tomásia, Darlon).

À Luiza pelo carinho com que acolhia as minhas idéias e prontamente retornava com suas valiosas contribuições.

Aos professores da Pós-Graduação do CPqRR e da Faculdade de Medicina pelos ensinamentos.

Ao João pela elaboração da capa.

Às crianças, adolescentes e familiares que compartilharam comigo suas vivências, permitindo que este trabalho fosse escrito.

Aos sorrisos e brilhos de cada olhar quando o Baú de brinquedos se abria e à pergunta que nunca vou esquecer: “Hoje tem brinquedo?”

Sumário

Resumo

1- Introdução	9
1.1 Justificativa e apresentação do trabalho	10
1.2 A Aids e a soropositividade na infância e adolescência	12
1.3 O significado do brincar	19
1.4 A magia do brincar: a Brinquedoteca	24
1.5 Descrição da Brinquedoteca Hortência de Hollanda	28
1.6 Referências Bibliográficas	33
2- Artigos	37
2.1 An outpatient clinic playroom for HIV-infected children in Brazil: An exploratory study of the therapeutic potential of this playroom for these patients.	37
2.2 Brinquedoteca Hortência de Hollanda: A inserção do lúdico no tratamento da Aids pediátrica	60
3- Considerações finais	83
4- Anexos	87
4.1-Roteiro de entrevista semi-estruturada (Pais)	
4.2-Roteiro de entrevista semi-estruturada (Crianças)	
4.3-Entrevista com os pediatras	
4.4-Entrevista com os estudantes	
4.5-Aprovação do comitê de ética	
4.6-Consentimento livre e esclarecido	

RESUMO

Este trabalho descreve o processo de implantação de uma brinquedoteca em um centro de referência para tratamento de crianças portadoras do HIV, em Belo Horizonte, MG, Brasil, e o significado atribuído a este espaço pelos usuários e equipe que atende crianças e adolescentes soropositivos para Aids. Esta apresentado na forma de artigos científicos.

Em um primeiro momento foi realizada uma investigação sobre a relação existente entre as famílias e o ambiente médico através de observações participantes e entrevistas semi-estruturadas com as crianças e seus responsáveis. Este estudo está descrito no primeiro artigo da dissertação e revela que uma parcela significativa dos familiares entrevistados (n=28), toma consciência de que são portadores do HIV através do adoecimento das crianças (50,0 %), pela morte de um dos cônjuges (21,4%) e pela doença dos pais dos entrevistados (28,6%), o que permite concluir que o diagnóstico e a prevenção têm acontecido tardiamente e de uma maneira ineficaz. Da amostra de crianças entrevistadas (n=32), 87,5% não tinham conhecimento do diagnóstico, 18 (56,3%) não freqüentavam escola e das crianças escolarizadas (14-43,8%), metade das escolas (7-50,0%) não tinham conhecimento do diagnóstico da criança. A maioria, 27 (84,4%), já sofreu uma ou mais internações, e apenas 5 (15,6%) nunca foram hospitalizados.

Uma análise inicial das representações gráficas e atividades gerais na brinquedoteca indica o seu potencial enquanto ambiente promissor para intervenção terapêutica, promoção do diálogo e de auto-ajuda, bem como um estímulo à adesão ao tratamento.

O segundo artigo descreve o significado atribuído à brinquedoteca por usuários e equipe que a frequentam. Nesse estudo, elegeu-se como estratégia metodológica a pesquisa qualitativa através da observação participante e entrevistas semi-estruturadas. A amostra constituiu-se de 57 sujeitos e os dados foram trabalhados na perspectiva da análise de conteúdo, através das seguintes categorias temáticas: - a

Brinquedoteca como espaço terapêutico; espaço de acolhimento; de troca de experiências; favorecedor da adesão, de “ empowerment ” (empoderamento) dos pacientes e de formação de recursos humanos.

Segundo os entrevistados, no espaço lúdico, os sujeitos podem elaborar suas vivências, contribuindo para o tratamento e favorecendo a adesão. O brincar também trouxe uma grande contribuição na humanização do ambulatório. Para as crianças trouxe motivação para vir ao ambulatório, o qual se transformou em um lugar onde a doença era o principal foco e a espera era longa e tediosa, para um espaço de recreação e trocas com os pares. Possibilitou aos familiares trocas de experiências, compartilhamento de vivências e reflexão sobre a condição da soropositividade. Ressalta-se a alternativa de monitoria por parte de adolescentes soropositivos, caracterizando a brinquedoteca como espaço de (re) significação do tratamento e melhoria na auto-estima.



1- INTRODUÇÃO

1.1 - Justificativa e apresentação do trabalho

A Doença crônica na infância é uma realidade na vida de um número grande de crianças e adolescentes, que têm seu dia-a-dia modificado e muitas vezes desestruturado. Neste contexto várias transformações podem implicar em problemas no desenvolvimento físico e mental destes sujeitos. A rotina do adoecimento crônico pode também acarretar uma mudança na dinâmica familiar principalmente no caso de doenças como a Aids, que na maioria das vezes é uma doença da “família”.

Na minha prática profissional como psicóloga clínica e educacional muitas vezes deparei com crianças e adolescentes em processo de adoecimento. Nesses períodos nem sempre era permitido falarem de seus sentimentos e muitas vezes, mesmo tendo oportunidade, seus recursos emocionais não possibilitavam a elas uma elaboração adequada dos sentimentos envolvidos neste processo.

Sempre usei em minha prática clínica e escolar, recursos lúdicos como mediadores do contato e como facilitadores da elaboração das questões necessárias.

Vários teóricos já mostraram a importância do lúdico no desenvolvimento infantil e mais recentemente com a elaboração de uma política de humanização na área da saúde este recurso passou a ser usado com maior frequência pelos profissionais e no contexto hospitalar.

Brincar é uma das formas mais comuns de comportamento durante a infância, tornando-se uma área de grande atração e interesse para os investigadores no domínio do desenvolvimento humano, educação, saúde e intervenção social. Neste sentido, o estudo do jogo na perspectiva do desenvolvimento da criança e do adolescente pode ser considerado no âmbito da investigação científica como área exclusiva de abordagem (Neto 1997).

No intuito de responder e pesquisar algumas questões que permeavam minha prática busquei orientações no Laboratório de Educação em Saúde (LABES) do Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR/Fiocruz) e me foi proposto pela Dra Virgínia Schall, chefe do laboratório, pesquisar estas questões juntamente a pacientes soropositivos. Esta prática já havia sido usada com sucesso em uma brinquedoteca no Instituto Fernandes Figueira, unidade da Fiocruz no Estado do Rio de Janeiro (Silva, 2000).

Definidas as questões que teríamos como base para desenvolver nossa pesquisa sobre a aplicação do lúdico como mais um recurso no tratamento da Aids pediátrica partimos em busca de um local onde pudéssemos desenvolvê-la. O atendimento das crianças soropositivas em Belo Horizonte é realizado em um ambulatório do Centro de Referência Orestes Diniz da Prefeitura de Belo Horizonte (CTR/PBH) em parceria com o Departamento de Doenças Infecto-parasitárias (DIP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Neste ambulatório não havia nenhum espaço onde as crianças pudessem brincar e as manifestações lúdicas eram pouco observadas.

Elaboramos então um projeto juntamente com o Dr. Jorge Andrade Pinto, pediatra responsável pelo grupo de Aids pediátrica do Hospital das Clínicas da UFMG e com o apoio do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PN/DST/Aids) do Ministério da Saúde, implantamos um espaço lúdico, (Espaço Educativo Brinquedoteca Hotência de Hollanda) onde nos foi possibilitado desenvolver esta pesquisa.

A pesquisa transcorreu desde a inauguração (18/09/2002) até o corrente ano. Os dados coletados foram descritos em artigos que integram a presente dissertação. O primeiro artigo “An outpatient clinic playroom for HIV-infected children in Brazil: An exploratory study of the therapeutic potential of this playroom for these patients.” descreve o processo de implantação do projeto e teve como linha de base um estudo sobre a

relação existente entre as famílias e o ambiente médico através de observações participantes e entrevistas semi-estruturadas com as crianças e seus responsáveis.

O segundo artigo: “Brinquedoteca Hortênsia de Hollanda: A inserção do lúdico no tratamento da Aids pediátrica” descreve o significado atribuído à brinquedoteca pelos usuários e pela equipe.

1.2 - A Aids e a soropositividade na infância e adolescência

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) foi relatada pela primeira vez em 1981. Após o registro e descrição dos primeiros casos, ninguém poderia antecipar a proporção da pandemia duas décadas depois. Em 1982, foi publicado o primeiro caso de transmissão vertical e, em 1983, houve o primeiro relato sobre criança infectada no Brasil (MARINS et al. 2003). A síndrome já matou mais de 25 milhões de pessoas desde que foi identificada e isto a coloca como uma das epidemias mais destrutivas nos anais da história. (UNAIDS 2005).

Segundo dados do relatório do Programa Global de Aids das Nações Unidas (UNAIDS), em 2005 foram registradas mais de cinco milhões de novas infecções. O número de pessoas vivendo com HIV alcançou o maior nível desde o início da epidemia na década de 80. Atualmente são cerca de 40,3 milhões de pessoas, em 2003 eram aproximadamente 37,5 milhões. Neste ano mais de três milhões de pessoas morreram de doenças relacionadas ao HIV; dessas, mais de 500 mil eram crianças. Segundo o relatório, os aumentos mais acentuados em infecções pelo HIV ocorreram na Europa do Leste, na Ásia Central e Leste da Ásia. A África subsaariana continua a ser a mais afetada em termos globais – com 64% de novas infecções ocorrendo nesse continente (mais de três milhões de pessoas) (UNAIDS, 2005).

As principais tendências da epidemia são a heterossexualização, feminização, juvenização, interiorização e pauperização do paciente, aproximando-se cada vez mais do perfil socioeconômico do brasileiro médio. (BRITO, 2001).

O aumento progressivo dos casos de Aids em mulheres é preocupante, pois a exposição perinatal é a principal via de aquisição do HIV em crianças. O curso da epidemia em mulheres em idade reprodutiva influencia decisivamente o aumento do número de crianças infectadas. No mundo, cerca de 17,5 milhões de mulheres vivem com o HIV, um milhão a mais que em 2003. Na América Latina, em 2005, este número aproxima-se de 580.000. Este aumento reflete no número de crianças e adolescentes menores de 15 anos que chega a um total aproximado de 2,3 milhões, com 700.000 novas infecções só em 2005 (UNAIDS, 2005).

No Brasil, segundo dados do boletim epidemiológico publicado em Dezembro de 2005 a epidemia está perdendo força em três grupos distintos: adultos jovens, usuários de drogas injetáveis e crianças abaixo de cinco anos que foram infectadas pela transmissão vertical. De 1980 a junho de 2005, foram registrados 371.827 casos de Aids no Brasil. A taxa de incidência da Aids mantém-se estável, porém em patamares elevados – 17,2 % em 2004. A razão entre homens e mulheres continua caindo e hoje está em 1,5 caso em homens para 1 caso em mulher. No início da epidemia, a razão era de 16 casos em homens para 1 em mulher (Boletim Epidemiológico 2005).

Em Minas Gerais já foram notificados, desde o início da epidemia, 21.663 casos de Aids, 69% são do sexo masculino e 31% do sexo feminino e já podem ser encontrados casos em 602 dos 853 municípios mineiros. Belo Horizonte apresenta o maior número de casos num total de 6.601, destes, 1.698 são mulheres e 4.903 homens. Já existem 663 casos notificados em crianças menores de 13 anos e 478 em adolescentes de 13 a 19 anos. O comportamento da epidemia segue padrões observados em outros municípios e estados do

Brasil, tais como: juvenização, interiorização e pauperização da epidemia e o aumento da importância da categoria de transmissão heterossexual com conseqüente aumento de crianças nascidas de mães infectadas (Programa de DST/Aids de Minas Gerais/2005).

O ambulatório CTR-DIP, onde foi realizada a pesquisa, acompanha 314 crianças e adolescentes (0-18 anos) infectadas pelo HIV. Destas, 255 estão em terapia anti-retroviral. Os pacientes maiores de 10 anos são 115, sendo que 97 estão em uso de terapia.

A transmissão materno-infantil do HIV é uma via de exposição de múltiplas causas e a influência dos fatores associados com a transmissão do vírus varia com as populações estudadas (The working group on mother-to-child transmission of HIV, 1995). A transmissão vertical do HIV pode ocorrer no período intra-útero, intraparto e após o parto através do aleitamento materno (Pizzo 1991). A transmissão intra-uterina é possível em qualquer fase da gravidez, porém é menos freqüente no primeiro trimestre. A primeira ocorrência de transmissão perinatal no País foi em 1985, quando foi diagnosticado o primeiro paciente no Estado de São Paulo. Desde então, o número de casos vem aumentando ano a ano.

Inicialmente, na década de 80, a maioria das crianças infectava-se por meio de hemoderivados. Em 1985, foi estabelecida a obrigatoriedade da sorologia anti-HIV em bancos de sangue, reduzindo significativamente a transmissão por essa via (Ferreira, 2004).

O clássico estudo randomizado de Sperling *et al.*(1996) nos Estados Unidos demonstrou que na ausência de qualquer intervenção, a taxa transmissão vertical do HIV, que fica em torno de 30,0%, poderia ser reduzida em 66,0% pelo uso da Zidovudina a partir da 14^a semana de gestação, no momento do parto, por via venosa, e pelo recém-nascido nas seis primeiras semanas de vida, via oral. Estas são as recomendações do Protocolo ACTG 076, nome pelo qual ficou conhecido o estudo do AIDS Clinical Trial Group - que comparou dois

grupos de gestantes soropositivas assintomáticas. Num grupo estavam as que fizeram uso de Zidovudina (AZT) durante a gestação e na hora do parto, tendo ainda seus bebês recebido a medicação após o nascimento. No outro grupo, gestantes que utilizaram placebo. Este estudo demonstrou que as mulheres que utilizaram o AZT transmitiram menos o HIV a seus filhos - taxa de transmissão vertical de 8% - se comparadas às que utilizaram placebo, cuja taxa de transmissão vertical foi de 25% (Connor, 1994).

As taxas de transmissão vertical no mundo são variáveis; antes do advento da disponibilidade de medidas preventivas situava-se ao redor de 11% a 14% na Europa Ocidental, 20% a 25% nos Estados Unidos da América e entre 30% até 45% nos países africanos. Os dados disponíveis no Brasil, apontavam taxas entre 16% e 40%, dependendo da taxa de aleitamento nesta população (Marques, 2005).

No Brasil, com o uso do Protocolo ACTG 076, que data de 1996, dois resultados merecem destaque: A experiência da Escola Paulista de Medicina descrita por Sussi (2002) com nenhum caso de infecção pelo HIV num grupo de 111 crianças expostas e cujas mães receberam terapia tripla e a do Programa de Assistência Integral à Gestante HIV da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com uma taxa de transmissão vertical de 1,6% (Nogueira et al 2001).

As crianças e adolescentes são consideradas as vítimas mais vulneráveis da epidemia. Segundo dados do Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF), 1.400 crianças com menos de 15 anos morrem por dia por motivos relacionados à Aids e mais de seis mil adolescentes e jovens com idade entre 15 e 24 anos são infectados com o HIV. Mais de 15 milhões de crianças já perderam o pai, a mãe ou ambos por causa da Aids. Entre 2001 e 2003, o número de órfãos devido a Aids aumentou de 11,5 milhões para 15 milhões e poderá chegar a 25 milhões em 2010. O UNICEF alerta que menos de 5% das crianças soropositivas têm acesso ao tratamento pediátrico e menos de 10% das crianças órfãs ou vulneráveis por causa da Aids recebem apoio dos governos ou de instituições. Menos de 10% das gestantes no mundo, têm acesso aos servi-

ços de prevenção à transmissão vertical do HIV, fato este que colabora para que o número de crianças infectadas aumente consideravelmente. Os países com prevalência mais alta de HIV em grávidas são: Haiti (3,75%), Brasil (3,11%) e Honduras (2,90%) (UNICEF, 2005).

Outros dados alarmantes divulgados pelo UNICEF é que a cada minuto uma criança morre de uma doença relacionada à Aids; uma criança é contaminada com o HIV; quatro adolescentes e jovens entre 15 e 24 anos contraem o HIV. “Depois de quase 15 anos de pandemia, a ajuda chega a menos de 10% das crianças afetadas pelo HIV/Aids, e muitos têm de crescer sozinhos, ou nunca chegam a amadurecer para a vida adulta”, afirmou Kofi Annan (Secretário Geral das Nações Unidas) em 08/11/2005.

Em outubro de 2005 – O UNICEF, o órgão das Nações Unidas para o combate à Aids (UNAIDS), organizações não-governamentais, organismos bilaterais e celebridades lançaram uma campanha mundial com a finalidade de unir forças no enfrentamento da gravidade da epidemia em crianças e adolescentes. “A Aids continua desestruturando famílias e comunidades, deixando 15 milhões de órfãos desamparados, roubando o futuro de vários países”, disse Peter Piot (diretor executivo do UNAIDS) no lançamento da campanha. “Para atingir o desenvolvimento, temos de colocar crianças e adolescentes em primeiro lugar. A infância deve ser prioridade na alocação e no uso dos recursos”, acrescentou Piot.

O quadro clínico da criança com Aids é bastante variado e sabe-se que a evolução pode variar de uma rápida progressão da doença até casos onde os sintomas não progridem. Múltiplos são os fatores que contribuem para os diferentes padrões de progressão da doença em crianças, incluindo época da infecção, genótipo e fenótipo viral, carga viral, resposta imune e constituição genética individual. Com isto é sempre necessário e fundamental para avaliar o prognóstico e orientar as decisões terapêuticas que seja feito um acompanhamento clínico, avaliação imunológica e virológica seriados (PN/DST/Aids 2000).

O impacto da Aids na população pediátrica se faz sentir não apenas sobre as crianças infectadas. Os problemas socioeconômicos, físicos e psicológicos oriundos da doença dos pais afetam diretamente o bem-estar da criança, independentemente da sua situação sorológica.

É necessário um esforço conjunto de pesquisadores, profissionais de saúde, pacientes e suas famílias, para que se consiga controlar esta epidemia (UNAIDS 2005).

As políticas de saúde, voltadas para a prevenção da transmissão vertical do HIV, devem tecer suas estratégias baseadas na existência de uma multiplicidade de situações em que aspectos subjetivos e objetivos concorrem para a vivência da sexualidade pelas pessoas. Mulheres só transmitirão o HIV a seus filhos se tiverem sido contaminadas. Mas poderiam escolher não engravidar se tivessem a oportunidade de se saber infectadas antes do início de uma gravidez. Além disso, se grávidas, poderiam fazer uso dos medicamentos e reduzir em mais de 90% a taxa de transmissão. Em uma epidemia onde a maior via de aquisição é a sexual, também seria necessário reconhecer as diferenças na maneira como as mulheres se relacionam sexualmente, considerando a própria diversidade entre elas (Israel, 2002).

Na América Latina e Caribe, as mulheres e as crianças enfrentam graves desvantagens econômicas, jurídicas, culturais e sociais o que aumenta a vulnerabilidade destes indivíduos. A pobreza acompanhada de uma falta de educação e recursos produtivos, multiplica a probabilidade das crianças serem mais vulneráveis à exploração sexual e conseqüentemente às doenças sexualmente transmissíveis. É necessário nestas regiões que se criem programas e políticas de saúde que possam fazer com que estas mulheres criem habilidades para negociarem relações sexuais protegidas com seus parceiros, que às vezes ainda conservam conceitos prejudiciais de masculinidade (UNICEF, 2005).

Uma pesquisa realizada em diferentes países da América Latina e Caribe pelo UNICEF revela que em cada 10 adolescentes, 4 dizem estar bem informados sobre o HIV/Aids. O acesso à informação é fundamental, mas pelos dados da epidemia podemos perceber que não é o suficiente para mudar o comportamento e as atitudes de prevenção frente ao HIV/Aids. Torna-se extremamente importante potencializar as habilidades destes adolescentes para enfrentar a vida, protegendo sua saúde e bem estar (UNICEF,2005).

Algumas iniciativas têm procurado atender a recomendação do UNICEF, não apenas para ampliar informações e desenvolver habilidades mas para mediar o tratamento e estimular o empoderamento dos soropositivos. É nesta direção que o presente trabalho desenvolvido junto às crianças e adolescentes soropositivos e seus familiares, usou o lúdico como instrumento na mediação do tratamento do HIV/AIDS, levando a uma melhoria na auto-estima e auto-cuidado



1.3 - O significado do brincar

Na revisão bibliográfica sobre a origem dos brinquedos, dificilmente poder-se-ia precisar quando e como surgiram os primeiros brinquedos; sabe-se que em estudos arqueológicos em busca das civilizações perdidas da Idade da Pedra o do Bronze, foram encontrados piões, dados, bolas e bonecas que, certamente teriam alegrado as crianças daquelas remotas eras (Von, 2001).

A utilização do brinquedo ocorreu como processo gradual, simultâneo ao desenvolvimento cultural dos povos. Talvez, os mais antigos foram os encontrados em escavações na Babilônia.

Os jogos, as brincadeiras, não são um fenômeno recente na história da humanidade e vêm acompanhando o desenvolvimento humano desde o início dos tempos. Esse fato comprova a imutabilidade das necessidades infantis e que em qualquer tempo, em qualquer lugar, a criança brinca, pois o brincar é seu meio de expressão e crescimento. Nos povos antigos, os brinquedos estavam também relacionados com as crenças e religiões.

As bonecas das meninas em idade de casar eram consagradas aos deuses da fertilidade, para que, posteriormente, suas proprietárias pudessem ter muitos filhos. Quando a criança morria, seus brinquedos eram oferecidos às divindades do inferno. No Egito, Grécia, e Roma, até mesmo nas catacumbas cristãs, acharam-se bonecas, bolas, soldadinhos e outros que foram sepultados junto a seus pequenos donos. Na Idade Média, os brinquedos eram bastante simples, com formas elementares, muitos feitos em cerâmica e vidro. Arcas de Noé cheias de animais em miniatura foram freqüentes nesta época. Surge o bilboquê, que é uma bola de madeira com um furo, presa por um cordão e um bastão pontudo, onde ela deve ser encaixada. É também conhecido por “emboca-bola” e esteve em destaque durante todo o século XIV.

Durante o Renascimento, houve um refinamento e maior senso estético. Com o Barroco surgem as "lanternas mágicas", os jogos de sombra chinesa e os soldadinhos de estanho. No século XVII os holandeses criam as casinhas de boneca.

Na época da Revolução Francesa foram fabricadas pequenas guilhotinas e muitas crianças francesas brincavam com elas, refletindo a situação social da época. Em meados do século XIX surgem os brinquedos em série, novos materiais são usados como a borracha e o papier machê.

O século XX é invadido pelos brinquedos sintéticos e os plásticos e uma nova tendência aparece como a dos brinquedos educativos, pedagógicos. A sua evolução acompanhou a tecnologia, a ciência e a própria

história, como podemos perceber nos novos brinquedos que surgem, cada vez mais modernos e repletos de tecnologia.

Segundo Benjamim (1984), os brinquedos documentam como o adulto se coloca em relação ao mundo da criança. Para ele a resposta da criança se dá através do brincar e da brincadeira. As crianças brincam para descobrirem o mundo que as cerca. Verificamos, no contexto da educação infantil, que, para compreenderem o mundo adulto fazem uso de alguns objetos, transformando-os de acordo com suas necessidades, para representar situações já vivenciadas ou pessoas de seu convívio.

Nas brincadeiras, a criança defronta-se com situações conflitivas e pode torná-las assimiláveis. Durante o jogo a criança pode exercer seu poder, expressar seu domínio, pode ser rei, ser médico, ser mãe, ser herói, experimentar prazer e dor e ter a possibilidade de transformar suas necessidades e angústias em realidade, descobrindo suas possibilidades de invenção.

Para Melanie Klein (1997), psicanalista britânica de origem austríaca, quando a criança brinca livremente, não é necessário muito para que ela vá tratando de si mesma, sem medos e restrições. Ela implementou a técnica de brincar, inspirada nas observações de Freud sobre o brincar da criança com carretel. Klein percebeu que isso representava simbolicamente as ansiedades e fantasias infantis. Assim, criou a “sala de recreio” como espaço de tratamento e foi lá que descobriu o caminho para o inconsciente da criança., dando origem à ludoterapia.

O brincar é universal, facilita o crescimento e, portanto a saúde, conduz a relacionamentos grupais e é uma forma de comunicação consigo mesmo e com os outros (Winnicott, 1975).

O brincar tem uma grande importância no desenvolvimento das crianças e vai além de simplesmente divertir-se. Na brincadeira as possibilidades são variadas, pode-se apenas brincar e até elaborar conflitos e

angústias, é muito importante na construção do pensamento e do conhecimento, na aquisição da leitura, da escrita e do raciocínio lógico-matemático. É um fator fundamental ao desenvolvimento das aptidões físicas e mentais da criança, sendo um agente facilitador para que esta estabeleça vínculos sociais com seus pares, descubra sua personalidade, aprenda vivências sociais e prepare-se para as funções que assumirá na idade adulta.

Para Moyles (2002) o brincar também possibilita que o cérebro se mantenha ativo. Ao brincar o participante sente-se desafiado a dominar o que já lhe é conhecido, como também busca investigar o que de novo a situação lhe propõe. Em função disso, o brincar, em todas as idades, é realizado por prazer, possibilitando uma atitude positiva diante da vida. Longe de ser uma atividade supérflua, para o "tempo livre", o brincar, em certos estágios iniciais, pode ser necessário para a ocorrência e o sucesso de toda a atividade social posterior.

Ao brincar a criança faz-de-conta, projeta suas fantasias no brinquedo, elabora suas necessidades e transforma algumas situações. Esta função transformadora da brincadeira é interpretada tanto por Vygotsky como por Piaget.

Vygotsky (1989) mostra a criatividade da criança como uma ação a partir da qual ela conhece as oportunidades do meio e em função das suas necessidades e preferências exerce sua criatividade. Para ele, podemos observar nos jogos das crianças os processos de criação, no jogo a criança representa e produz muito mais do que aquilo que viu. A imaginação e a criatividade dependem da experiência, das necessidades e dos interesses de quem brinca, assim como da capacidade combinatória e do exercício contido nessa atividade e não podemos reduzir a imaginação às necessidades e sentimentos do homem.

“Todos conhecemos o grande papel que nos jogos da criança desempenha a imitação, com muita frequência estes jogos são apenas um eco do que as crianças viram e

escutaram dos adultos, não obstante estes elementos da sua experiência anterior nunca se reproduzem no jogo de forma absolutamente igual e como acontecem na realidade. O jogo da criança não é uma recordação simples do vivido, mas sim a transformação criadora das impressões para a formação de uma nova realidade que responda às exigências e inclinações da própria criança” (Vygotsky, 1989).

Em Piaget vimos que a atividade lúdica é o berço obrigatório das atividades intelectuais da criança. Não é apenas uma forma de desafogo ou recreação para gastar energias e sim um meio de enriquecer a atividade intelectual da criança. O jogo é, portanto, sob as suas duas formas, essencial como exercício sensório-motor e de simbolismo, uma assimilação da atividade real à atividade própria, fornecendo a esta seu alimento necessário e transformando o real em função das necessidades múltiplas do eu. Para ele, é necessário fornecer às crianças materiais que permitam que ao jogar assimilem as realidades intelectuais, sem isso estas permanecem exteriores à inteligência infantil (Piaget).



1.4 - A magia do brincar: a Brinquedoteca

Uma brinquedoteca é reconhecida como espaço preparado para estimular a criança a brincar, permitindo o acesso a uma grande variedade de brinquedos, dentro de um ambiente especialmente lúdico.

A Brinquedoteca teve o seu surgimento nos Estados Unidos, na cidade de Los Angeles, no ano de 1934 quando era feito o empréstimo de brinquedos ficando conhecida como Toy Loan. Mas foi na Suécia, em 1963, que a idéia de emprestar brinquedos desenvolveu-se mais enfaticamente e se expandiu, quando duas professoras, mães de crianças excepcionais, fundaram a primeira ludoteca, em Estocolmo tendo aí o nome de Lekotec. O objetivo era emprestar brinquedos e dar orientação às famílias de excepcionais sobre como poderiam brincar com seus filhos para melhor estimulá-los. Em 1987, no Congresso Internacional de Toy Libraries em Toronto, Canadá, foi questionada a adequação do nome Toy Libraries e logo após, no Canadá, muitas delas tornaram-se Centro de Recursos para a Família (Friedman ,1998; Santos,2001).

No Brasil, a exemplo das Lekoteks da Suécia, em 1971, por inauguração do Centro de Habilitação da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais -APAE- de São Paulo, foi realizada uma grande exposição de brinquedos pedagógicos. Em 1973, este setor implantou o sistema de rodízio de brinquedos e materiais pedagógicos, a Ludoteca. Todos os brinquedos foram então centralizados e passaram a ser utilizados nos moldes de uma biblioteca (Cunha, 1997).

Em 1960, a UNESCO implantou a idéia internacionalmente, a partir desse momento diferentes iniciativas foram surgindo. Aparecem, assim, diversas experiências de utilização deste espaço, com diversas formas e características: hospitais, escolas, creches, clubes, centros comunitários, universidades, etc.

Segundo Cunha (1997), a Brinquedoteca pode ser vista como um mundo de fantasia, de magia, de alegria, de imaginação, o mundo das brincadeiras. Um espaço para a liberdade, para a alegria e para o resgate do brincar. É um local criado com o intuito de proporcionar à criança um espaço rico em estímulos, onde ela possa brincar livremente e sem cobranças, onde acontece a valorização da atividade lúdica e o respeito às suas necessidades afetivas. É também um espaço preparado para estimular a criança a brincar, dando a ela oportunidade de acesso a uma variedade de brinquedos , dentro de um “*setting*” lúdico. É um lugar onde

tudo convida ao prazer de sentir, explorar e experimentar e tem como objetivos : favorecer o equilíbrio emocional; dar oportunidades à expansão da criatividade; proporcionar um espaço onde a criança possa brincar sem cobranças e sem sentir que está perdendo tempo; estimular a operatividade das crianças; estimular o desenvolvimento de uma vida interior rica e da capacidade de concentrar a atenção; incentivar o uso do brinquedo como forma de gerar desenvolvimento intelectual, emocional e social e valorizar os sentimentos afetivos e cultivar a sensibilidade. Para a autora, além de resgatar o direito à infância, a brinquedoteca tenta salvar a criatividade e a espontaneidade da criança tão ameaçada pela tecnologia educacional de massa.

As brinquedotecas estão presentes em vários locais como: escolas, igrejas, creches, clubes, hospitais, etc. É possível que uma brinquedoteca tenha diferentes finalidades no âmbito lúdico, desde que os espaços de jogo estejam organizados de acordo com as necessidades dos usuários e do contexto em que ela está situada (Negrine, 2000). Para o autor, quando estamos no âmbito de uma brinquedoteca infantil podemos dizer que é jogando que a criança constrói conhecimentos. Ao brincar ela faz uma releitura de seu contexto emergente, amplia, modifica, cria e recria através de papéis que eleger para representar.

A brinquedoteca no contexto hospitalar pode permitir a criança, ao adolescente e aos familiares esta construção de conhecimento e “re” criação da doença. O lúdico no resgate da saúde, foi tema da II Jornada sobre Brinquedoteca Hospitalar -realizada em São Paulo/maio/2005. Na abertura do evento a diretora do Departamento Social da Associação Paulista de Medicina, Mara Gândara, apresentou um depoimento que expressa claramente o seu papel. "Devemos implantar ações que quebrem o branco silencioso dos hospitais, onde o simples ato de brincar crie uma situação de saudável interatividade, atuando como poderosa medicação invisível".

Estudo da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo mostra que brinquedos reduzem o estresse. O trabalho mediu o nível de cortisol sérico - substância que indica o nível de estresse no sangue de um grupo de 58 crianças entre quatro e 14 anos. As 34 que iam à brinquedoteca tinham 22,5% a menos da substância do que as 24 que não tiveram acesso ao espaço (Folha de São Paulo, 29/09/05).

A instalação de brinquedotecas em ambientes hospitalares ganhou ainda mais importância depois que o Congresso Nacional aprovou no dia 21 de março de 2005 a Lei nº 11.104, que dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Além de garantir um atendimento médico humanizado e de qualidade às crianças hospitalizadas, a brinquedoteca tem se mostrado bastante eficiente, reduzindo o tempo de internação e acelerando o processo de recuperação.



1.5 - Descrição da Brinquedoteca Hortênsia de Hollanda

O espaço educativo brinquedoteca Hortênsia de Hollanda, foi inaugurada no dia 18 de Setembro de 2002 e funciona no Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecto-Parasitárias Orestes Diniz (CTR – DIP), instituição vinculada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal Minas Gerais (FM/UFMG) e à Prefeitura de Belo Horizonte (PBH). O nome do espaço é uma homenagem a professora Hortênsia de Hollanda que foi uma pesquisadora brasileira precursora da Educação em Saúde no Brasil, com ênfase na participação da população e consideração do contexto social e realidade das pessoas. O artigo de Schall (Schall, 1999).

O CTR é a instituição de referência para tratamento de crianças infectadas pelo HIV na região metropolitana de Belo Horizonte e para outras cidades do Estado de Minas Gerais. O ambulatório possui uma equipe multidisciplinar composta por médicos (clínicos, pediatras, ginecologistas e dermatologistas), enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e dentistas, que prestam assistência aos pacientes e suas famílias. A Unidade Pediátrica do CTR-DIP já atendeu, desde a sua implantação em 1989, mais de 1.700 crianças e adolescentes com história de exposição vertical ao HIV. Em janeiro de 2004, 623 crianças estavam em seguimento clínico ambulatorial, entre expostos verticalmente (327 pacientes) e com infecção comprovada (296 pacientes) (Ferreira, 2004).

O espaço foi implantado com recursos do Programa Nacional de doenças sexualmente transmissíveis e Aids/ PN/DST/Aids do Ministério da Saúde.

Depois de sua implantação sua manutenção vem sendo feita através de projetos submetidos a agências de fomento (FAPEMIG) que viabilizam o trabalho de pesquisa desenvolvido no espaço.

A pesquisadora está inserida no projeto da brinquedoteca desde a sua elaboração, implantação e condução das atividades. O trabalho desenvolvido na brinquedoteca é coordenado pela pesquisadora e por uma equipe de estagiários de psicologia. Durante o funcionamento são disponibilizados as crianças vários tipos de brinquedos e materiais pedagógicos como lápis, folhas, tinta, cola, tesoura, massa de modelar, etc. onde o brincar livre é estimulado e priorizado.

A brinquedoteca funciona nas quartas-feiras, dia de maior atendimento a pacientes soropositivos e já foram beneficiadas num período de 3 anos de funcionamento, aproximadamente 900 crianças e adolescentes entre 1 e 18 anos portadores do Vírus HIV e outras doenças infecto parasitárias.

A prática baseia-se no apoio ao tratamento da criança, adolescente e seus familiares, trabalhando a adesão e adaptação ao tratamento de uma forma lúdica. É um espaço agradável e colorido, a tenda é azul, vermelha e branca. Os móveis são em tamanhos variados, para favorecer a adaptação da clientela de idades diversificadas.

Os brinquedos foram escolhidos de acordo com as faixas etárias do grupo e com modalidades de brincadeiras, previamente pesquisadas e definidas pela equipe de acordo com sua funcionalidade.

Durante as atividades na Brinquedoteca é possível trabalhar o intercâmbio entre as crianças, entre as famílias, favorecendo uma troca de experiências, conhecimentos e angústias que surgem diante das doenças e do tratamento.

Dando voz ao paciente, estamos permitindo que consigam vivenciar suas expectativas, seus desejos, seus medos de uma maneira menos culpabilizada e em um espaço lúdico e de saúde.

O espaço atende a famílias provenientes de todo o Estado de Minas Gerais e da região metropolitana de Belo Horizonte. São famílias dos mais baixos extratos sócio-econômicos e culturais.

São na sua maioria, portadores de HIV/AIDS e outras doenças infecto parasitárias. Frequentam o ambulatório repetidas vezes durante o ano, devido à complexidade do tratamento.

O atendimento dos familiares e crianças portadoras de HIV/AIDS no CTR/DIP/PBH/UFMG, assim como na maioria dos ambulatórios brasileiros desta natureza estava centrado no tratamento médico, focalizando principalmente o controle medicamentoso do paciente, com alguns suportes para casos mais específicos, que incluem atendimento psicoterápico e assistência social às famílias. Um certo número destas crianças frequentam o Centro com certa regularidade e durante a sua permanência, à espera do horário da consulta

não tinham atividades programadas. Trata-se de um tempo por vezes prolongado, podendo chegar a algumas horas, quando torna-se importante potencializar esse momento para a ampliação do atendimento, visando uma melhor qualidade do seu tratamento e melhores relações com o ambiente ambulatorial. Baseado nestas concepções, o projeto veio ao encontro às necessidades que a população apresentava.

É possível perceber durante o funcionamento da brinquedoteca a alegria e o prazer das crianças de estarem no ambulatório e sobretudo na “casinha de brincar”, nome dado por algumas crianças ao espaço. Ao brincar de desenhar, pintar, colorir, jogar, brincar de casinha, de pai, de mãe, de médico, as crianças desenvolvem suas potencialidades, aprimoram suas qualidades, expressam seus desejos, seus medos. Falar da doença em um espaço de saúde, faz com que elas abordem a questão de uma forma mais aceitável e dentro de suas limitações.

Alguns benefícios podem ser percebidos nas observações participantes e em alguns relatos:

-Maior interação entre os familiares com trocas de experiências sobre formas de condução do tratamento, diagnóstico, enfrentamento da doença, melhoria na auto-estima, maior facilidade de comunicação entre os pares;

-Possibilidade de aprendizado e pesquisa para estudantes de áreas diversas, como biologia, pediatria, psicologia, etc; maior interação e entrosamento entre os adolescentes e as crianças, tornando diferenciado o ambiente do ambulatório. Antes da implantação do espaço era possível perceber a falta de entrosamento entre os pacientes, sem um elo que os unisse e sem um local para expressão dos sentimentos diversos relativos ao processo do adoecimento e tratamento; possibilidade de valorização e reforço da auto-estima dos adolescentes no espaço. É realizado com estes adolescentes um trabalho possibilitando-lhes participar como monitores das atividades da brinquedoteca, ajudando na condução da abordagem com as crianças

menores. Este trabalho vem apresentando excelente resultado para estes adolescentes, que passam a conduzir o tratamento de outra forma.

Com isto, podemos refletir a respeito do papel do profissional de saúde interessado no atendimento de crianças. Mesmo que haja um objetivo claro ao se atender uma determinada criança, é necessário que ela se sinta amparada e compreendida no que se refere ao seu universo e às suas demandas, o que significa poder brincar naquela situação na qual se percebe envolvida que pode ser, muitas vezes, extremamente ameaçadora. Quando a criança chega a uma consulta na área de saúde, ela provavelmente já imagina que há algo de errado no seu estado geral, até mesmo porque este também é, geralmente, o pensamento de seus pais ou responsáveis. Dessa forma, permitir-lhe brincar com o material e com a demanda que ali se apresenta, significa ajudá-la a se apropriar daquela situação e, assim, poder elaborar seus conflitos e medos. As atividades lúdicas como técnicas terapêuticas nos parece a maneira mais adequada e, por que não dizer, eficiente de se trabalhar com a criança, uma vez que, como dito anteriormente, ela passa a ser o sujeito da ação e não apenas seu mero receptor ou objeto.

Estudos como o de Motta e Enumo (2004), Martins(2001), Mitre (2004) dentre outros mostram o brincar como alternativa para aliviar o sofrimento das rotinas hospitalares, podendo criar oportunidades para que os pacientes falem e elaborem o que para eles seja necessário em cada momento deste processo.

Para Mitre a doença afasta a criança e o adolescente de sua vida cotidiana, do ambiente familiar e promove um confronto com a dor, a limitação física e a passividade. Esta situação pode trazer sentimentos diversos, como: culpa, punição e medo da morte. Para dar conta de elaborar essa experiência torna-se necessário que a criança possa dispor de instrumentos de seu domínio e conhecimento. “O brincar pode contribuir para que se (re) signifique o modelo tradicional de intervenção e cuidado de crianças hospitalizadas.” (Mitre, 2004)

No presente estudo , o brincar trouxe um novo significado ao ambulatório e uma forma diferenciada de trabalho junto às crianças e adolescentes soropositivos, como apresentados nos artigos do capítulo a seguir.



1.6- Referências Bibliográficas

1. *1º de Dezembro de 2005 - Dia mundial de luta contra a Aids – “Aids assunto de todos”* Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br:8180/saude/Downloads/programas/Aids_MG_2005.pdf Acessado dia 02/02/2006.
2. *AIDS epidemic update*. 2005. Disponível em: <http://www.unaids.org> Acesso em: 22 nov. 2005.
3. Benjamin, W. *Reflexões: a criança o brinquedo a educação*. São Paulo: Summus, 1984.

4. *Boletim Epidemiológico AIDS* - Ano II nº 1 - Janeiro a junho de 2005. Disponível em www.aids.gov.br Acessado em 20/12/05.
5. Brito, A.C. M ; Castiljo, E. A.; Szwarcwald, C.M.L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev. Sociedade. Bras. medicina tropical* v. 34, n. 2, p. 207-19, mar./abr. 2001.
6. Connor, E. M., Sperling, R. S., Gelber, R. et al., 1994. Reduction of maternal infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *New England Journal of Medicine*, 331:1173-1180.
7. Cunha, N. H. Da S. A brinquedoteca brasileira. In: Santos, S. M. P. dos (Org). *Brinquedoteca: o lúdico em diferentes contextos*. 4. Ed. Petrópolis: Vozes, 1997. p.13-22.
8. Ferreira, Flávia Gomes Faleiro - Determinantes da Adesão à Terapia Anti-retroviral em Crianças infectadas pelo HIV./ Tese mestrado Não publicada- Belo Horizonte, 2004.
9. Friedmann, A. A Evolução do brincar. In: *O direito de brincar: a Brinquedoteca* 4. ed. São Paulo: Abrinq, 1998. p. 25-35.
10. *Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Crianças* - Ministério da Saúde 2004
Disponível em www.aids.gov.br Acessado em 24/05/2005.
11. Huizinga, Johan. *Homo ludens*, São Paulo : Perspectiva, 1988 .
12. Israel, Giselle Raquel. *Como é que eu vou dizer para a gestante? Dilemas morais da oferta do teste anti-HIV a gestantes em trabalho de parto: uma contribuição da bioética*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 77 p.
13. Klein, Melanie. *A Psicanálise de Crianças* .Rio de Janeiro: Imago Editora - 1997.pg 145-168, 196-258 .
14. LEI 11.104/2005 (LEI ORDINÁRIA) - https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm Acessado em 26/10/2005.

15. Marins, J. R. P. et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patient. *AIDS*. v. 17, n. 11, p. 1675-82, Jul. 2003.
16. Marques, Heloísa Helena. "Evolução clínica e laboratorial de recém-nascidos de mães HIV positivas". *Rev. Assoc. Med. Bras.*, Mar./Apr. 2005, vol.51, no.2, p.71-72.
17. Martins, M. R, Ribeiro, C. A., Borba, R. I. H. de et al. Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, mar./abr. 2001, vol.9, no.2, p.76-85.
18. Motta, A. B.; Enumo, S. R. F. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicol. estud.*, jan./abr. 2004, vol.9, no.1, p.19-28. ISSN 1413-7372.
19. Moyles, Janet R. *Só brincar? O papel do brincar na educação infantil*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002 .
20. Mitre, R. M. A. e Gomes, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 2004, vol.9, no.1, p.147-154. ISSN 1413-8123.
21. Negrine, A. Brinquedoteca: teoria e prática. In: SANTOS, S. M. P. dos. *Brinquedoteca: o lúdico em diferentes contextos* Petrópolis: Vozes, 2000.p. 83-94.
22. Neto, C. *Jogo e desenvolvimento da criança*. Lisboa: Edições FMH , 1997, 272 pág.
23. Nogueira S.A.; Abreu, T.; Oliveira R.; Araujo L.; Costa, T. ; Andrade, M.; et al. Successful prevention of HIV transmission from mother to infant in Brazil using a multidisciplinary team approach. *Braz J Infect Dis* 2001; 5:78-86.
24. Piaget , J. *A formação do símbolo na criança*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.
25. Pizzo P.A, Wilfert C.M. Pediatric AIDS: the challenge of HIV infection in infants, children, and adolescents. In: editors. *Perinatally acquired HIV infection*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1991. p.3-21.

26. The Working Group on Mother-to-child Transmission of HIV - Rates of mother-to-child transmission of HIV-1 in Africa, America and Europe: results from 13 perinatal studies. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1995;8:506-10.
27. Santiago , R. Termina prazo para construção de brinquedotecas em hospitais - Disponível em: www.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u113304.shtml Acessado em 29/09/2005
28. Santos, Santa Marli P. dos (org). 1997. *Brinquedoteca: o lúdico em diferentes contextos* 4.ed. Petrópolis: Vozes.
29. Santos, S. M. P. (org). *Brinquedoteca: a criança, o adulto e o lúdico*, Petrópolis: Vozes, 2001.
30. Sperling RA, Shapiro D.E., Coombs R.W., Todd J.A., Herman S.A., McSherry G.D., et al. Maternal viral load, Zidovudine treatment, and the risk of transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. *N Engl J Med* 1996; 335:1621-9.
31. Silva, A. L. *O vírus ou a vida: A função de uma brinquedoteca em unidade hospitalar, como alternativa de atenção à saúde de crianças soropositivas ao HIV/AIDS*. Dissertação de mestrado (NUTES/UFRJ), Rio de Janeiro, 2000.
32. Succi , RCM. Avaliação da implementação da prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil: resultados e problemas enfrentados, a experiência da Escola Paulista de Medicina EPM/UNIFESP. In: *Conferência Internacional sobre Infecção pelo HIV em Mulheres e Crianças*. Rio de Janeiro: Informed Eventos; 2002. p. 6-7.
33. VIH/Sida - en América Latina y el Caribe - Una epidemia joven – UNICEF, 2005 Disponível em http://www.unicef.org/brazil/tacro_rep.pdf.
34. Vygotsky, L. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
35. Von, Cristina - *A história do brinqueado* , Ed. Alegro, 2001.
36. WinnicottI, D.W. – *O brincar e a realidade*, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1975.

2- ARTIGOS

2.1-

Conhecimento e percepção sobre Aids da clientela de um ambulatório de Aids pediátrica em Belo Horizonte, Brasil – Subsídios para a implantação de uma brinquedoteca.

Knowledge and perceptions about Aids of HIV infected children and adolescents and their parents or responsible in an outpatient clinic in Belo Horizonte, Brazil – Baseline to implement a playroom.

Drumond, I. ^I; Schall, V. T.; Pinto. J. A. ^I; Mesquita, J. D. ^{III}

I - School of Medicine, Federal University of Minas Gerais

II - Head of the Laboratory of Health Education/René Rachou Research Center/ Fiocruz

III - Federal University of Minas Gerais

Ivana Drummond

Psychologist, Master of Medicine, Federal University of Minas Gerais

Fellow – Laboratory of Health Education, René Rachou Research Center
Oswaldo Cruz Foundation

Av. Augusto de Lima 1715, 30140-002 Belo Horizonte, MG, Brasil

e-mail ivanadc@terra.com.br ; ivana.drummond@gmail.com (responsável pelas correspondências)

Jorge Andrade Pinto

MD, DSc

Associate Professor of Pediatrics

Chief, Division of Immunology

School of Medicine, Federal University of Minas Gerais

Av. Alfredo Balena 190/4th floor, Belo Horizonte, MG, 30130-100, Brasil.

Telephone: (55 31) 3248 9822 Fax: (55 31) 3273 0422

Júlia Duarte Mesquita

Psychology student, Federal University of Minas Gerais

Fellow – Laboratory of Health Education, René Rachou Research Center

Oswaldo Cruz Foundation

Virginia Torres Schall

MD, Ph.D.

Senior Researcher

Head of the Laboratory of Health Education

René Rachou Research Center - Oswaldo Cruz Foundation

Av. Augusto de Lima 1715, 30140-002 Belo Horizonte, MG, Brasil

Resumo

Este trabalho objetivou estudar os conhecimentos e percepções de crianças e adolescentes soropositivos e de seus pais ou responsáveis, pacientes de um ambulatório de Aids pediátrica. Foi investigado: a) Como e quando o vírus foi descoberto pela família; b) as condições sociais da população estudada; c) qual o acesso eles têm para prevenção e tratamento; d) como percebem a doença e quais os agravos que as crianças manifestam. Foram realizadas observações participantes e entrevistas semi-estruturadas com as crianças, adolescentes e seus responsáveis, previamente à implantação de uma brinquedoteca. Após a implantação do espaço, vem sendo feito o acompanhamento das crianças através de representações gráficas, atividades lúdicas e entrevistas complementares. Os resultados revelam que uma parcela significativa dos familiares entrevistados (n=28), toma consciência de que são portadores do HIV através do adoecimento das crianças (50,0 %), pela morte de um dos cônjuges (21,4%) e pela doença dos pais dos entrevistados (28,6%), o que permite concluir que o diagnóstico e a prevenção têm acontecido tardiamente e de uma maneira ineficaz. Da amostra de crianças entrevistadas (n=32), 87,5% não tinham conhecimento do diagnóstico, 18 (56,3%) não freqüentam escola e das crianças escolarizadas (14-43,8%), metade das escolas (7-50,0%) não têm conhecimento do diagnóstico da criança. A maioria, 27 (84,4%) já sofreu uma ou mais internações, e apenas 5 (15,6%) nunca foram hospitalizados. Entre as manifestações da doença relatadas estão: pneumonias, diarreias, tumores, febre alta, dores e manifestações dermatológicas. Tais dados foram fundamentais para conhecer a clientela previamente à implantação da brinquedoteca. A análise inicial das representações gráficas e atividades gerais na brinquedoteca indica o seu potencial enquanto ambiente promissor para intervenção terapêutica, promoção do diálogo e de auto-ajuda, podendo tornar-se estímulo à adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Aids pediátrica, brinquedoteca, educação em saúde, promoção de saúde.

ABSTRACT

This study describes the knowledge and perceptions about Aids of children and adolescents, their parents or those responsible for them, patients of an ambulatory care center. Observations and semi-structured interviews were carried out with the afore mentioned groups.

After the inauguration of the playroom, in addition to the first set of interviews, there was a follow up interview of the children represented by drawings and other ludic activities.

Results show that a significant number of relatives interviewed (n=28) realized that they too were carriers of HIV by the following facts:

The deterioration in the health of the children (50,0 %).

The death of a spouse (21,4%)

The late diagnosis of parents of infected children (28, 6%)

These figures allow us to conclude that prevention had been late and ineffective. From the sample of children interviewed (n=32), 87,5% were not aware of their diagnosis, the majority (27-84,4%) has been hospitalized and only 5 (15,6%) has not been hospitalized. Eighteen (56,3%) did not go to school and 14 (43,8%) are regular students. Only 50,0 % of the schools of the 14 positive schoolchildren were aware of the positive diagnosis.

The initial analysis of the drawings and general playroom activities indicate that the playroom is a promising environment for the promotion of continuation the drug treatment, dialogue with relevant groups and self-help initiatives. During sessions in the ambulatory care center, the emotional, social and psychological needs of the children are taken into account, helping them to regain self-confidence in their capabilities and creating a new pattern in the treatment of the disease. In conclusion it is suggested that the

introduction of activities developed in this ludic environment may improve the treatment of the HIV infected children, information on the health and their health care.

Key words: pediatric AIDS, playroom, health education, health promotion, Brazil.

INTRODUCTION

UNAIDS estimations indicates that about 2.5 million children, worldwide, have been infected up from the beginning of the epidemic (1982) until December 2003 which has resulted in about 500,000 of deaths (UNAIDS, 2005).

Belo Horizonte, with 6.601 notified cases of AIDS, has the 4th highest number of cases, representing 2,7% of the total number of cases in Brazil. This epidemic behavior pattern follows others observed in the twenty-seven states of Brazil e.g. epidemic poverty and the increase in the importance of the heterosexual transmission category. (Boletim epidemiológico, 2004) As a consequence of this latter category there is an increase in the number of children born to infected mothers. This increase has been reflected in the number of patients assisted at “Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias” (CTR/DIP) (Training and Reference Center for Infectious and Parasitic Diseases), Belo Horizonte, Brazil, where the playroom that is object of the study has been implanted.

In general, the assistance of children infected by HIV and their relatives is centered upon medical treatment. Emphasis is placed on the clinical and laboratory diagnosis and therapeutic treatment. Children attending the health care centers often have long periods to wait before seeing a doctor and it is thought that this waiting time could be put to better use by extending medical assistance, improving relationships with medical staff and as a consequence improving attendance at the centers.

This has been the experience of a laboratory team (Laboratory of Environmental and Health Education (LEAS/IOC/FIOCRUZ), under the coordination of Schall (1991) who conceived and

implemented a playroom in “Hospital Fernandes Figueira” (IFF – FIOCRUZ, Rio de Janeiro), where children, carriers of HIV, could play together whilst waiting for the doctor’s assistance or for their parents and/or those responsible for them. They take part in-group activities, lectures and exchange experiences with a multiprofessional team. (Silva, 2000)

The ludic activity may act as a marker to gauge the child’s experience of life whilst living with AIDS. Play has an ontological dimension in the subject’s well being during which they can express how they feel about the world around them.

A revision of the national and international literature revealed that this topic is an important part of studies about pediatric hospitalization, considering issues related to humanization of hospital assistance. Starting in the end of the 80 an increase of publications can be noted especially from authors like Sherlock, (1988); Chiattonne, (1984); Duarte, et al (1987); Guimarães, (1988;).

More recently authors in this field are Lindquist (1993 e 1996), Pinheiro & Lopes, (1993); Junqueira, (1999).

The HIV-infected child requires regular medical care, with frequent visits to the health care unit. Many of them undergo prolonged hospitalization or have to attend the hospital regularly to receive parenteral medication and therefore a significant proportion of the children’s time is spent in a hospital-medical environment. The playroom implementation is an important therapeutic resource to facilitate a quicker and less traumatic recovery for the child, both as an inpatient and as an outpatient. Feeling ill and experiencing difficult moments, children still maintain a ludic potential which must be further explored. (Tosta,1997)

With this research we aimed to assess the representation of the disease in the family environment, investigating a) how and when they found out about the virus, b) the social conditions of this population and

c) what kind of access they had to prevention and treatment, in a way to improve the development of activities in the playroom integrated with medical care in the ambulatory.

Thus we can develop guidelines for the follow-up of the families, aiming at a greater adherence to the treatment and to an improvement in the quality of ambulatory assistance. It is necessary to guarantee the children's access to a place, which allows them to express their distress, sorrows, happiness and curiosity regarding their illness. (Winnicott, 1975)

MATERIALS AND METHODS

Place and sample of study

This study is being carried out at “Brinquedoteca Hortênsia de Hollanda”, a playroom located in the front yard of “Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecto-Parasitárias” of “Universidade Federal de Minas Gerais” (UFMG) and of “Secretaria Municipal de Saúde” of “ Prefeitura Municipal de Belo Horizonte” (PBH), CTR/DIP/PBH/UFMG. (Figure 1) The space has 16 m² and is constructed with a colored plastic, which permits flexibility and communication with the public. Inside the space there are several toys, tables, chairs, pedagogical material and audiovisual resources.

Through the initiative of “Laboratório de Educação em Saúde” (Laboratory of Health Education), “Centro de Pesquisa René Rachou” (Rene Rachou Research Center) and of “Departamento de Pediatria” (Pediatric Department) - “Faculdade de Medicina” (Faculty of Medicine) - “UFMG” and with a financial support of “Programa Nacional de DST/AIDS” - “Ministério da Saúde”(National Program of STD/AIDS from Minister of Health), a playroom has been established which enables communication between relatives or those responsible for the children; where the HIV/AIDS seropositive children can talk amongst themselves and both groups can communicate with the health team of the ambulatory care center.

Established in 1988, the AIDS Pediatrics Service of CTR/DIP is a reference service which assists the pediatric and adolescent populations of the metropolitan region of Belo Horizonte (BH) and also assists

cases referred by counties of the state of Minas Gerais. This service has already assisted around 1,500 children and adolescents with a history of exposure to HIV. From these 276 have a confirmed serological diagnosis and 195 have been undergoing an anti-retroviral treatment. Thirty-one are adolescents, from 11 to 17 years old, 13 males and 18 females.

An average of 20 new infant cases per month, average age of 2 months, born to infected mothers have been assisted. With the expansion of anti-HIV testing in antenatal visits, results show an increase in admissions at this age.

In the first phase of the study, before implementing the playroom, 32 children from 2.8 to 14 years old (15 males and 17 females) were interviewed. They were chosen based in their frequency in the ambulatory center (the most presents) and to be representative of the age range.

The majority of patients are from the metropolitan region of BH. A smaller group came from other cities in the state of Minas Gerais. Families from very low social-economical level compose the greatest number.

The group was composed of 56, 3% ranging children from 1 to 5 years of age, 31,3% from 6 to 10 and 12,5 % from 10 a 15 years.

Definition of the methods to be used in study

This investigation is characterized by a qualitative research (case study), which aims to make clear single aspects and general trends in the participant's statements. The aim is to understand their perspective whilst taking part in this research and thus the interviews were carried out in an environment favoring free and spontaneous discussion, as suggested by Bromley (1986) and Lüdke and André (1986).

Firstly, data and opinions were collected on how HIV/AIDS seropositive children and their families perceive the ambulatory care center, secondly how they relate to the disease and thirdly the adherence of their respective families to the treatment.

In order to achieve the proposed goal, the case study and the observations of the participants are methodological approaches, which offer the possibility of a deeper understanding of conceptions about the children's and their relatives' health and how they relate to the fact that they are sick.

The present investigation aims to register their life history and so their conceptions in order to understand them in the therapeutic and ludic situation. In this way the analysis of the children's language is of worth as it is possible to understand the relationship of their own notion of health, disease, their experience and perceptions about themselves. This may be fundamental in introducing new strategies or even new viewpoints of the prevention process in the health area.

Measurement Methods

Two semi-structured interviews were used, one directed to the children and the other to the parents or those responsible for the children, with the purpose of achieving background information on the population studied.

The children's interviews consisted of 15 questions that addressed diverse themes e.g. school, family, friends, favorite games, social life, health/ disease, fears, dreams and history of their time in hospital.

The interviews prepared for the parents and those responsible for the children was divided in 8 questions, addressing subjects related to why and how long the children had been treated, family, number of times hospitalized, positive and negative points of the assistance they received and the children's day to day existence.

The information obtained from the interviews has been analyzed by content analysis method which may enable us to reach a greater understanding of the children's and their families' concerns. (Minayo, 2000; Bardin, 1986)

The study also includes data collected from HIV/AIDS seropositive children after implementing the playroom. This information has been collected through the following tools related to each other: 1) ludic activity with a drawing exercise, 2) interviews/ dialogue, 3) observation of the activities developed in the playroom (free and controlled activities), 4) observation reports of those responsible for the children and those of the health team during examinations. The graphic analysis was used with children as a form of assessment, allowing that children may express themselves much better when they draw.

The application of the interviews for the parents' and those responsible for the children

Those parents who were in the waiting room of the ambulatory care center were invited to take part in an interview after the purpose and objective of the research had been explained to them in detail. A rapport had been established before the interview and the purpose of the work was explained and it was then verified whether or not they were willing to take part in the project. If they agreed, they were asked to sign a free and clear consent form, which would then be signed by the children who are literate. This consent form is in agreement with the regulations of the committee of ethics in research with human beings of CPqRR/FIOCRUZ and of UFMG who analyzed and approved the project.

The interviews were carried out in a psychology office, arranged by the board of directors of the center. In order to make the interviews go by as peacefully as possible, we suggested those being interviewed left the children with a psychology student who was a fellow of the project.

The application of the children's interviews

After the parents' interview the children were also invited to attend an interview. Before each interview, a rapport was established in which the implementation of the playroom was addressed and each

child's capacity of response was evaluated, which would in turn direct the critical questions as recommended (Arfouilloux, 1976).

The children were also been asked to sign the consent term. In case they did not know how to write their names, this datum was reserved only for the parents or those responsible for the children.

After the interviews were completed the children were asked to draw the ambulatory care center. This acts as a base line for comparative analysis at a later date i.e. as seen through their drawings after the playroom was inaugurated.

After the play room inauguration, children were also stimulated to draw in each section. Most of the time, the drawings were undertaken without limiting the theme and when necessary they were asked to draw a pre-determined theme according to the guidance of the projective techniques.

Preliminary analyses carried out were based on the criteria presented by Manchover (1967) Van Kolck (1967, 1981), Hammer (1991) and Wecheler (2000).

Method of analyses

Interviews carried out with parents or relatives were analyzed in such a way as to enable a better understanding of the disease's influence within family circle. The identification data included: name, age, kinship with the child, profession, seropositivity, parents' death and origin. Complementary data was analyzed through listed and quantified contents' categories. (Minayo, 2000; Bardin, 1986) In order to guarantee the accuracy of the categories they were analyzed independently by two researchers (Drummond and Schall).

The children's interviews also included the following identification data: name, age, sex, school life, last hospitalization, awareness of the disease, whether or not they were adopted, the school awareness of the disease and whether or not they were orphans.

The children's graphic productions during the interview and the activities in the playroom were also analyzed.

Drawings were made, from January 2002 to March 2003, by the children and adolescents aged 2 to 16 years old who regularly attended the ambulatory care center, before and after implanting the playroom.

These 187 drawings were classified into categories whilst still in the initial phase of the analysis. In this phase, categories were divided into sub-groups according to the studies of Machover who is referred by Van Kolck (Figure 2) - Machover, (1967), Van Kolck (1967, 1981)

Various drawing techniques are known, but especially the Machover human figure test (1967 and 1969) showed to be a very useful tool. Machover confirms, that somebody who is submitted to draw a person test, refers necessarily to internalized images of himself and others, projecting in this way the corporal image.

This drawing technique is of paramount importance, especially for children suffering from a disease affecting the body image, as it is the case of HIV/Aids.

Categories were defined by the health team according to the themes which appeared the most i.e. drawings of houses, human figures, the ambulatory care center, the playroom, landscapes and scribbles (Machover, 1967; Van Kolck, 1967, 1981).

RESULTS.

Family awareness of the disease

Acknowledging the importance of the family during the progression of the disease and of its treatment, when and how the families became aware of being carriers of the virus were also investigated.

Of the 32 children interviewed, it was possible to talk with 28 adults who were responsible for them. The four remaining adults were the directors from support homes and have not yet been contacted. Amongst the first group were 18 parents, one grandmother, five aunts, one stepfather and one stepmother.

A significant number of interviewed family members verified they became aware of being HIV carriers through the children's deterioration in health (14/50,0%), through the death of one of the spouses (6/21,4%), or through the parent's disease (8/28,6%), which allows us to conclude that the diagnosis and preventative methods were late and ineffective.

In the family statements, it was possible to observe how they became aware of the disease. Some statements registered in the interviews are presented below:

1. *"We found W. in a terrible situation, as he already had pneumonia 8 times and was almost dead. His biological mother lives on the streets and didn't take care of him and that's why we decided to adopt him. After a while we found out he had the virus. The social assistant said that if we wanted to give him back, we could and he would be sent to a support house but we didn't have courage to do that and he is very well today."* (male, 25)

2. *"She got sick very easily when she was adopted and that's how we found out about the virus."* (female, 50)

3. *"She is a carrier of HIV, as well as her father and I. We found out why she was hospitalized so often and had pneumonia 12 times. The physician had already given up on her until they found the virus and I was examined and found out about it. At first the father didn't want to undergo the examination, as he did not believe AIDS existed, then he did it and it was corroborated. I wanted to be sure of when I got infected but I don't know."* (female, 32)

4. *"When I was breastfeeding I found out I had a sarcoma and then HIV."* (female, 29)

5. *"She was hospitalized very often, a week at home and the rest in the hospital, then they examined her and found out about it."* (female, 40)

6. *"The father got sick and died very quickly, then we underwent the examination and found out about it."* (female, 27)

7. *"He was just decaying and almost died, here in BH. HIV was figured out."* (female, 45)

8. *“He was always hospitalized and then came back but he was never well, so they asked for an examination and found the virus. I was very scared and surprised because I have never imagined that. That is how I found out that I also have AIDS. Now I take medication but he still does not need to take it. His father underwent the examination only once and says he does not have the virus, I don’t know how because I had sexual relationships only with him.” (female, 25)*

Children’s perception of the disease

From the 32 children interviewed, 17 (53,0 %) were girls and 15 (47,0 %) were boys. Eighteen (56,3 %) were aged between 1 and 5 years , 10 (31,3%) were between 6 and 10 and 4 (12,5%) children were over 10 years old. From these 32 children, seven were orphans, nine children were adopted and they lived with their parents, uncles, aunts, grandparents, cousins or those people legally responsible for them. Five of the children had not been hospitalized, whilst 27 had been hospitalized on one or more occasions.

Whilst analyzing the children’s statements, it was possible to observe they have no real idea of the disease, as the family tries to keep HIV a secret thus avoiding giving the children correct information about the pathology.

From the interviewed sample (n=32), 87.5% of the children are not aware of the illness and 12.5% are aware of being carriers of HIV. This last group came from support houses.

The drawings and statements displayed below illustrate how the children perceive the disease in their world.

1. *“I undergo a treatment here, I don’t know what it is for.” (male, 6)*

2. *“Once I was hospitalized because I was thin and I had dysentery, then I came here and the doctor prescribed me a medicine. I don’t know what I have; my mother doesn’t like to talk about it. I know I can’t run because I get tired, and I can’t get hurt so I won’t bleed.” (female, 10)*

3. *“To be examined and then get the medicine.” (female, 5)*

4. *“I have to see the doctor, right? I don’t know why.” (female, 9)*

5. *"I have been sad since I was little, I was born like this. I am sick, that's what the doctors say, but I don't believe it." (male, 13)*

6. *"I come here because I have HIV virus. I got it from my mother when I was born. My dream is to get rid of the virus." (male, 14)*

7. *"The doctors say I am sick, but I don't believe it. My mother tells me not to believe it." (male, 13)*

8. *"I ask my mother but she doesn't answer me and keeps silent, she must know something because she takes the medicine, too" (female, 7)*

9. *"I know I have to undergo a treatment because of the problem, the HIV." (female, 9)*

10. *"I have a little bug in my blood which is always sleeping, if I don't take medicine it wakes up and destroys the soldiers who take care of my body." (male, 12)*

11. *"I don't know why I come here, sometimes I get sick, and when I am not sick I come here anyway. Sometimes I have a fever and stomachache." (female, 13)*

Influence of the disease in the children's life: School Environment

In the statements of families assisted at the CTR, many of the mothers admit they are still afraid of exposing the children's disease to the directors of the schools. Others say they haven't sent the children to school because of the medication and also because they are afraid of other people discovering that they are carriers of the virus.

Of the 32 children interviewed, 18 (56,3 %) did not go to school and 14 (43,8 %) were regular students. From these 14 children who went to school (each one in a different school, totalizing 14 schools), seven schools (50,0%) known that they were carriers of the HIV virus and seven did not.

Data shows how this illness influences the normal development of the children, many times depriving them of healthy interaction with other children and of a regular and productive school life. This evidence suggests the need of guidelines and support for family members in such a way as to guarantee the children a better quality of life and the right of to attend school.

Manifestations of the disease: symptoms, complications and hospitalization

During the interviews and observations made in the ambulatory care center it was possible to see the diversity of symptoms and manifestations of the disease in the children. Of 32 children interviewed, most of them, 27 (84,4%) have already been hospitalized one or more times and only 5 (15,6%) have not been hospitalized. From amongst the symptoms described by the family members and by the children themselves, we note frequent bouts of pneumonia and other respiratory manifestations, diarrheas, tumors, high fever, pain in different parts of the body and dermatological presentations. Through conversations and observations in the playroom, it is perceived in some older children and in adolescents, the consequences of the disease reflected in their behavior. Scars on the body or on the face, pain, relapse of symptoms which cause suffering and changes in their self-esteem may even lead them to have no confidence in the treatment, influencing their attendance at the health care center.

The graphic analysis as an initial idea of each child's perception of reality

A group of 187 drawings was classified through categories which are represented in Figure 2. The largest category (20,9%) was made of scribbles, the second one was made of drawings of houses (19,3 %), the third and the fourth ones were made of drawings of landscapes and animals (both with 12, 8%) and the fifth and the sixth ones were composed of drawings of human figures and of the ambulatory care center/playroom (both with 12,8%). The largest number in the scribble category reflects the greatest number of patients in a younger age group, which corresponds to 56, 3 % of children below 5 years of age.

The drawings of human figures (Figure 3) were classified in category A, where there is a negative view of the body (62,5%) and in category B, for those who have a positive view (37,5%). Drawings 1 and 2 of Figure 3 were considered to present a negative view of the body indicating apparent symptoms, expressing pain or sadness, lying down and with a black color around the bed. Both the black outline and the expression in the drawing are very symbolic in the children's interpretation of the disease (Figure 3).

Drawings of houses: category A, with indications of conflict (55,6%), category B, well structured houses (44,4%). Some draws showed a well-structured house with indications of affection (hearts), sun and a colorful garden.

Other drawings represent the ambulatory care center and the playroom, landscapes or animals; all of them in prevailing sad colors with sickly and scared expressions. One drawing of the playroom (Figure 4/drawing 2) includes a light bulb at its center (which does not exist) suggesting a positive view of the place. On the other hand, (Figure 4/drawing 1), represented the view of the ambulatory care center before the implementation of the playroom and the place looks like a prison.

The interpretation of the drawings and dialogues through them with the children facilitates a better understanding of their health and helps address the disease in a milder and more constructive way. This is one of the alternatives, which allow the child to establish a link with places and with people who had previously seemed to be threatening, e.g. the hospital and the medical team. The children are then able to guarantee that they will continue with the treatment and in addition the drawings will be used to develop educational materials directed towards methods of prevention. The analyses presented are only a starting point of a study which requires more depth, followed up by further investigations.

DISCUSSION

The data collected from the parents or those responsible for the children represent a strong indicator of the ineffectiveness of prevention of the disease in the area studied. Previous studies confirm these data (Van Kolck, 1981; Hammer, 1991). Alves et al (2001) interviewed 26 infected women and 14 of them had the diagnostic test performed after their partner or child became ill. Vermelho et al (1999) ²⁵ reported that several women “received their diagnosis and initial medical care only after their partners and/or children’s illness or death.” Herdy et al (2003) presented a high percentage of the children who were index cases. Among 45 patients, 26(57,0%) were index cases. The lack of knowledge of pregnant women with HIV was

pointed out by Marques et al. (1998) . The authors identified a lack of testing during pregnancy and inadequate information in the basic health care units, which are the most important source of care for the population investigated. More recent data (Tomazelli et al., 2003), also verifies a high proportion of unknown transmission category amongst the women investigated, revealing ignorance in this high-risk situation.

All these results emphasize the risks to which some women are exposed and submitted and that the health care system does not give them information in a satisfactory manner. There is an urgent need to improve the prevention programs and to draw more attention to this situation.

With the data collected it is possible to reinforce the importance of the implementation of this area and this new approach of conducting and following the treatment of HIV-infected children and their families.

AIDS is a disease that involves all the family and leads us to reflect upon it's spread, it's implications within the family circle and the physical and emotional effects on the children. The disease will affect their activity at home, with their siblings and friends and also at school.

The way the children adapt themselves to the disease depends on their understanding and their relationship with others. Several times when parents are facing the disease, they present feelings of blame, fear, frustration, resentment, protection and indulgence, feelings that may or may not influence the children's way of dealing with their treatment. The pediatric patient should be always seen as a person in their own right; respecting their individuality and trying to listen, whenever possible, to what they have to say (Novaes, 1998).

The present work points to a positive perspective in the way the treatment of HIV-infected children and their families is conducted. It allows them to experience the implications of the disease in a place where

they will be welcomed and listened to; where they can work on their self-esteem and their potential for the future.

Their perceptions about the illness reinforces the necessity of an integrated approach where the playroom can be a very important support.

COLABORADORES

Drumond, I. trabalhou na concepção, na metodologia, na redação final e na pesquisa bibliográfica; Schall, V. T. participou como orientadora no processo de concepção teórica, análise dos dados e na avaliação final do texto; Pinto, J. A. participou como orientador do trabalho e na avaliação final do texto; Mesquita, J. D. colaborou na coleta e análise dos dados.

REFERENCES

Alves, R. N., Kovacs, M. J., Stall, Ron et al. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. *Revista de Saúde Pública*, 2002;36 (4); 32-39.

Arfouilloux, J.C. *A entrevista com a criança: A abordagem da criança através do diálogo, do brinquedo e do desenho*. Rio de Janeiro: Zahar; 1976.

Bardin, L. *L'analyse de contenu*, Paris: P.U.F., 1986.

Boletim epidemiológico Aids, 2004. [accessed in 2005 June 20] Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/dados/BOLETIM2.pdf>.

Bromley, D. B. *The Case-study Method in Psychology and Related Disciplines*. John Wiley & Sons. Chichester. 1986.

Chiattonne, H. B. C. Relato de experiência de intervenção psicológica junto a crianças hospitalizadas. In: Angerami-Calmon (Org.), *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. São Paulo: Traço Editora:1984.p.15-57.

Duarte, et al. A utilização do brinquedo na sala de recuperação: um recurso a mais para a assistência de enfermagem à criança. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 1987; 40 (1): 74-81.

- Guimarães, S. S. A hospitalização na infância. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 1988; 4 (2): 102-112 .
- Hammer E. *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1991.
- Herdy, G. V. H., PINTO, C. ^a M., Lopes, V. G. S. et al. Study of the cardiac alterations in HIV-infected children consequent to the antiretroviral therapy: prospective study of 47 cases. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2003; 80 (3):316-320.
- Junqueira, M. F. S. O brincar e o desenvolvimento infantil - *Revista Pediatria Moderna*, Volume XXXV - Edição 12; 1999.
- Lindquist, I. Brincar no hospital. In Friedmann A., Aflalo C., Andrade C. M. R. J. & Altman R. Z. (Orgs.), *O Direito de Brincar* São Paulo: Scritta:1996; p. 127-137.
- Lüdke, m. e André, M. E. D. A. *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária; 1986.
- Machover, K. O traçado da Figura Humana: um método para o estudo da personalidade. In: H. H. Anderson & G. L. Anderson (Orgs.), *Técnicas projetivas do diagnóstico psicológico*. São Paulo, SP; Mestre; 1967. P. 345-370.
- Marques, HHS, Latorre, MRDO, Dellanegra, M et al. Deficiencies in diagnosing HIV-infection during pregnancy in Brazil, 1998. *Revista de Saúde Pública*, 2002; 36(4); 385-392.
- Minayo, M.C.S. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec-Abrasco: São Paulo-Rio de Janeiro; 2000.
- Novaes, L.H.V.S. *Brincar é saúde – O alívio do estresse na criança hospitalizada*. Pelotas: Educat; 2006.
- Pinheiro, M. C. D. & Lopes, G. T. A influência do brincar na humanização da assistência de enfermagem à criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 1993; 46 (2), 117-131.
- Roza, E. S. *Quando brincar é dizer: A experiência psicanalítica na infância*, Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1997.
- Sherlock, M. S. M. Programa de recreação na Unidade Pediátrica do Hospital Universitário Walter Cantídio - UFC : uma experiência de integração ensino-serviço. *Revista de Psicologia*, 1988; 2 (6):47-50.
- Silva, A. L. *O vírus ou a vida: A função de uma brinquedoteca em unidade hospitalar, como alternativa de atenção à saúde de crianças soropositivas ao HIV/AIDS*. [dissertação] Rio de Janeiro (RJ); NUTES/UFR; 2000.

Tomazelli, J., Czeresnia, D. and Barcellos, C.. Distribution of aids cases in women in rio de janeiro, brazil, 1982-1997: a spatial analysis. *Cadernos de saúde pública*, 2003; 19(4):1049-1061.

Tosta, R.M. A Atividade lúdica no contexto da internação hospitalar. *Revista Pediatria Moderna*, 1997 ; Vol. 3.

Van Kolck O. L. *O Desenho da Figura Humana na técnica de Machover*. Apostila elaborada para fins didáticos. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP; 1967.

Van Kolck O. L. *Técnicas de exame psicológico e suas aplicações no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes; 1981.

Vermelho, L. L., Barbosa, R. H S., Nogueira, S. A.. Women with AIDS: disclosing risk stories. *Cadernos de Saúde Pública*, 1999;15(2);369-379

Wechsler, S. M. *O desenho da Figura Humana: avaliação do desenvolvimento cognitivo infantil*. Campinas: Psy: 1996.

Winnicott, D. W. *O Brincar e a Realidade*, Imago, 1975.

ACKNOWLEDGEMENTS

We are grateful to Dr. Marion Kusel from Glasgow University, for providing an English revision of the original manuscript. We are also grateful to FAPEMIG, CN-DST/Aids and CNPq, by the valuable support.

LEGENDS

- Figure 1. Façade of “Brinquedoteca Hortênsia de Hollanda” (Hortênsia de Hollanda playroom) located in the frontal patio of CTR/DIP/UFMG.
- Figure 2. Analysis categories of the batch of 187 drawings of children carriers of HIV, Belo Horizonte, MG

- Figure 3. Drawings showing the negative viewpoint of the body indicative of apparent symptoms, expressing pain or sadness, in a lying position and with black around the bed. Both the black outline and the expression in the drawing are very symbolic in the children's interpretation of the disease.

Drawing 1 was carried out by a 16-year-old adolescent, carrier of HIV in the Hortênsia de Hollanda playroom, Belo Horizonte, MG.

Drawing 2 was carried out by a 5-year-old boy, carrier of HIV, in the Hortênsia de Hollanda playroom, Belo Horizonte, MG.

- Figure 4. drawings illustrating the ambulatory care center before and after the implementation the ludic area. Drawing 1 was carried out by an 8-year-old girl, carrier of HIV and drawing 2 was carried out by a 13-year-old boy, carrier of HIV.



Figure 1- An outpatient clinic playroom for HIV-infected children in Brazil: exploratory study about the local clientele and therapeutic potential of the new space

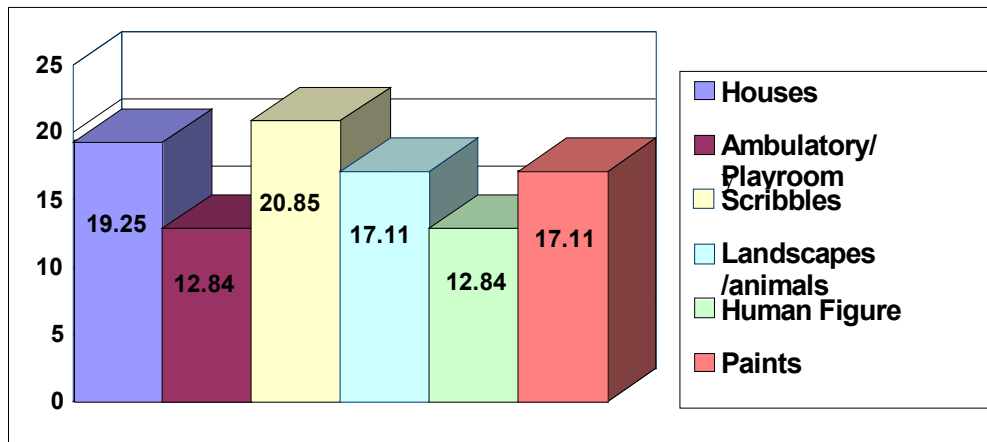
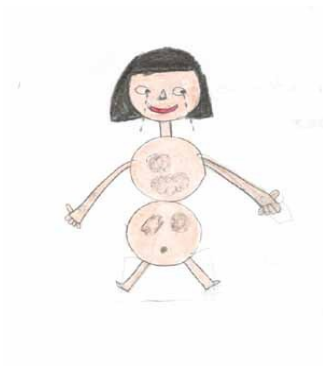
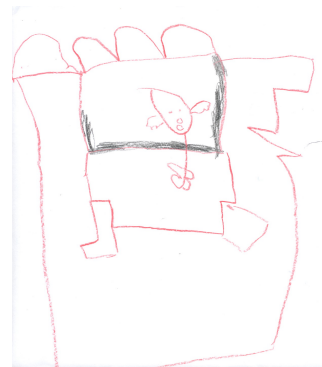


Figure 2. Analysis categories of the batch of 187 drawings of children carriers of HIV, Belo Horizonte, MG

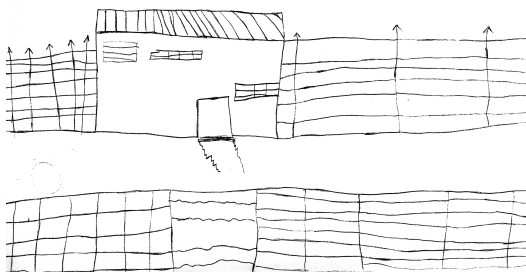


Drawing 1



Drawing 2

Figure 3 - An outpatient clinic playroom for HIV-infected children in Brazil: exploratory study about the local clientele and therapeutic potential of the new space



Drawing 1



Drawing 2

Figure 4 - An outpatient clinic playroom for HIV-infected children in Brazil: exploratory study about the local clientele and therapeutic potential of the new space

2.2-

Brinquedoteca Hortênsia de Hollanda: A inserção do lúdico no tratamento da Aids pediátrica

Ivana Drummond

Psicóloga, mestre pela Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais
Coordenadora do Comitê Comunitário Assessor do Grupo de AIDS Materno-Infantil da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gera
Colaboradora do Laboratório de Educação em Saúde, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz.
Av. Alfredo Balena, 190/3051-Laboratório DIP- Faculdade de Medicina
30. 130-Belo Horizonte MG
e-mail: ivanadc@terra.com.br Fone: 3132489822 FAX: 3132730422

Jorge Andrade Pinto

Pediatra, professor Doutor da faculdade de medicina, Universidade Federal de Minas Gerais

Wesley Silva Balbino Santana

Estudante de psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais

Celina Maria Módena

Psicóloga, Pesquisadora visitante do Laboratório de Educação em Saúde do Centro de pesquisas René Rachou/Fiocruz

Virginia Torres Schall

Pesquisadora titular, Chefe do Laboratório de Educação em Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou/Fiocruz

Brinquedoteca Hortênsia de Hollanda: A inserção do lúdico no tratamento da Aids pediátrica

Resumo

Este trabalho descreve o significado atribuído por usuários e equipe a uma brinquedoteca que atende crianças e adolescentes soropositivos para Aids. Elegeu-se como estratégia metodológica a pesquisa qualitativa através da observação participante e entrevistas semi-estruturadas. A amostra constituiu-se de 57 sujeitos e as informações foram trabalhadas na perspectiva da análise de conteúdo, através das seguintes categorias temáticas: A Brinquedoteca como espaço terapêutico; espaço de acolhimento; de troca de experiências; favorecedor da adesão, como “ *empowerment* ” (empoderamento) e na formação de recursos humanos. Segundo os entrevistados, no espaço lúdico, os sujeitos podem elaborar suas vivências, podendo favorecer o tratamento e a adesão. O brincar também trouxe uma grande contribuição na humanização do ambulatório. Possibilitou aos familiares trocas de experiências, compartilhamento de vivências e reflexão sobre a condição da soropositividade. Ressalta-se a alternativa de monitoria por parte de adolescentes soropositivos, caracterizando a brinquedoteca como espaço de (re) significação do tratamento e melhoria na auto-estima.

PALAVRAS CHAVE: Brinquedoteca , Aids pediátrica, educação em saúde, lúdico.

Toy library Hortênsia de Hollanda: The insertion of the playful in the treatment of the pediatric Aids

Abstract

This work describes the meanings and/or signification attributed by users and the professional team of a toy library, which attends HIV/Aids positive children and adolescents. In order to describe the attributed meanings of this toy library by different social actors, qualitative research using participative observation, semi-structured interviews were chosen as a methodological strategy. The sample size was 57 individuals, and the data were analyzed by applying content analysis, using the following categories: 1) the toy library as a therapeutic space; 2) a space for welcoming ; 3) a place for exchanging experiences; 4) strengthening compliance and 5) strengthening of capacity building of students involved in the project. According to the interviewees, the participants were able to elaborate upon their life experience at the toy library, and in this way contribute to the treatment and its compliance. The playing aspect in itself also brought a significant contribution to the humanization of the ambulatory. It offered the possibility for families to share and exchange their experiences and reflect about the condition of seropositivity. It is also important to point out that the possibility of the seropositive adolescents to be monitors characterized the toy library as place for (re)signification of their treatment and improvement of self-confidence.

Keywords: Toy library, Pediatric AIDS, Health Education, Ludic

Introdução

O brincar é uma condição inerente à infância, possuindo uma dimensão simbólica e funcional. Pensar o brincar nos remete às mais diversas abordagens, tais como a cultural, educacional e a psicológica. A importância do lúdico no desenvolvimento é consenso entre diversos estudiosos da psicologia infantil. Freud (1998) foi o primeiro autor a descrever o mecanismo psicológico do brincar e a estudar a vinculação

entre a brincadeira e a constituição do sujeito. Sua obra introduz a visão da função simbólica do brincar. Ele apontava que brincando as crianças situam-se na dimensão do sonho, se desenvolvem e se constituem. Na perspectiva da psicologia sócio-histórica de Vygotsky (1989), o jogo aparece como facilitador do desenvolvimento, imaginação e criatividade. Brincando, a criança aprende através de seus processos interativos, recriando a realidade. Imagina situações diversas, representa papéis do cotidiano, as regras e seus conteúdos. No brinquedo, a criança adquire capacidades para no futuro desenvolver seu nível de ação real e moralidade. Vygostky ainda considera que o brincar deve ser entendido em função das mudanças nos desejos e necessidades da criança e que conduzem a ação. Para Piaget (1998) , o lúdico está no cerne das atividades intelectuais, constituindo-se em condição para o desenvolvimento infantil. Para ele a brincadeira é uma instituição social que permite o desenvolvimento da autonomia e reciprocidade, de ordem e ritmo. Brincando, o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e descobrir seu self (eu), Winnicott (1975). A brincadeira permite da assimilação e reestruturação emocional à ressignificação de conteúdos vividos. O lúdico é universal e constituidor da possibilidade de um desenvolvimento saudável, facilitando o crescimento e permitindo um entrosamento social, podendo funcionar como intermediário entre a realidade externa e a interna.³ Por meio do jogo espontâneo e do faz-de-conta a criança imagina, cria e elabora. Brincando, externaliza situações ruins e persecutórias aliviando-se de suas ansiedades (Roza, 1993). O brincar é um facilitador de acesso à atividade simbólica e à elaboração psíquica de vivências do cotidiano. Através dos jogos simbólicos usados nos momentos de brincadeira, a realidade externa pode ser assimilada à realidade interna. No caso específico do brincar no contexto hospitalar, auxilia a criança a lidar com o seu adoecer e a apropriar-se de experiências dolorosas. O espaço lúdico está situado entre o real e a fantasia. É uma condição intrínseca na vida do sujeito e elemento essencial para a manutenção da saúde, fornecendo subsídios que podem contribuir para um bom desenvolvimento do processo saúde/doença, principalmente quando a doença é crônica e pode levar a desajustes emocionais, comportamentais e sociais. (Drummond,

2006)

Aspectos da intervenção no ambiente hospitalar são discutidos por Zannon (1991), o qual defende a criação de mecanismos promotores de um ambiente saudável e vê o brincar como uma possível estratégia no enfrentamento de condições estressantes e como recurso que pode ser utilizado tanto pela criança, como pelos profissionais, para lidarem com as adversidades do processo de adoecimento.

Uma das doenças crônicas que exige tratamento e intervenções contínuas é a AIDS. Nos últimos anos ocorreram vários avanços na abordagem e no tratamento dos soropositivos, e sabe-se que um dos principais fatores de êxito no tratamento é a completa adesão à prescrição medicamentosa e uma boa qualidade de vida. No caso da população soropositiva-infante juvenil, torna-se necessário a implementação de ações que possam trazer ao tratamento um novo significado, visando a uma intervenção efetiva para a promoção de uma adesão adequada. Assim foi o objetivo deste trabalho, investigar o significado atribuído a brinquedoteca, por diferentes atores sociais, usuários e trabalhadores deste espaço.

Percurso metodológico

Local de Estudo

Existe uma carência de espaços que permitam a manifestação lúdica de crianças e adolescentes soropositivos em tratamento ambulatorial. Visando suprir esta lacuna e buscando um espaço onde a interação serviço/ensino e pesquisa fosse possível o Laboratório de Educação em Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou e o Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais implantou a “ Brinquedoteca Hortência de Hollanda ” no ambulatório Orestes Diniz em Belo Horizonte, que atende a famílias de todo o Estado de Minas Gerais. O espaço foi descrito em publicação anterior por Drummond (2006).

Sujeitos da pesquisa

Foram entrevistados no período de Janeiro de 2004 a Fevereiro de 2005, 57 sujeitos. A amostra constituiu-se de 14 crianças e adolescentes, 14 acompanhantes, 24 membros da equipe técnica do ambulatório e 5 estagiários do curso de psicologia. A eleição das crianças, adolescentes foi orientada pelos critérios: frequência a brinquedoteca, soropositividade e consentimento em participar da pesquisa.

A equipe de profissionais de saúde era composta por dentistas, médica, assistentes sociais, psicóloga, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e de consultório dentário e a administrativa por porteiro, atendentes, auxiliares administrativos e de serviços gerais. Esta equipe foi convidada a participar da pesquisa durante uma reunião em agosto de 2005. Dos 22 presentes, 19 consentiram em participar.

O projeto foi aprovado por um comitê de ética e os participantes que concordaram em participar assinaram um termo de consentimento informado.

Observação participante

As observações participantes foram realizadas na brinquedoteca, semanalmente, no período de julho de 2003 a dezembro de 2004. Os registros eram usados para indicar como as atividades se desenvolviam, como era a relação do usuário e da equipe com o espaço (Minayo, 1993). A observação participante é obtida por meio de contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, para recolher as ações dos atores em seu contexto natural, a partir de sua perspectiva e seus pontos de vista. A pesquisa contemplou as quatro etapas significativas do processo de observação participante: inserção do pesquisador, observação e validade da consistência temática no grupo, organização do material recolhido, discussão e ação. (Bardin, 1977).

Metodologia de análise

A análise do estudo incluiu três momentos: análise das entrevistas e da observação participante. Por se caracterizar como uma metodologia qualitativa, buscamos incluir um número suficiente de depoimentos com o objetivo de garantir certa reincidência das informações e perspectivas, viabilizando o exercício interpretativo. Contudo, não ignorou-se as informações ímpares cujo potencial explicativo deve ser levado em conta. Baseado em Minayo (1993) e Bardin (1977) seguiu-se as seguintes etapas: ordenação dos dados com transcrição das gravações, leitura exhaustiva do material por dois pesquisadores; organização das observações participantes; classificações dos dados em categorias específicas e por fim, a articulação entre os dados obtidos e a literatura existente.

Resultados e Discussão

Caracterização dos entrevistados

A população usuária demonstrou ter baixo poder aquisitivo, média escolaridade e a maioria pertencente ao sexo feminino. Esses resultados estão de acordo com estudos anteriores, já apontados nos trabalhos de Parker (2000) que destacam a pauperização e feminização da epidemia. Os acompanhantes (n=14) eram na sua maioria soropositivos (79%) com faixa etária de 30 a 40 anos (71,4%). Destes, 13 eram mulheres (mães biológicas, mães adotivas e avós) e 1 homem (pai). Quanto à escolaridade 42,8% possuem o 1º Grau incompleto, 37,7% o 1º Grau completo e 21,5% o 2º Grau incompleto. Em relação à moradia 85,7 % residem em Belo Horizonte e região metropolitana e 14,3% em cidades do Estado de Minas Gerais. A renda familiar variou de menos de um salário mínimo a quatro salários, sendo a maioria (57,2%) na faixa de um a dois salários

A idade das crianças e adolescentes (n=14) variou de 5 a 17 anos, sendo o maior número (71,4%) de 6 a 10 anos com média de 9,8 anos. Quanto ao gênero, 71,4% eram do sexo feminino e 28,6% do masculino. A maioria, 92,9%, freqüentam a escola. Quanto à forma de infecção, 92,9% foram infectados verticalmente e 7,1% (um) por transfusão. Somente 4 (28%) têm conhecimento do diagnóstico, com idade variando entre 9 e 17 anos.

Categorias de análise

Para compreender o significado atribuído à implantação da Brinquedoteca no ambulatório e as implicações desta no processo de tratamento das crianças, adolescentes e seus familiares e propor estratégias de intervenção e implantação de programas que favoreçam a adesão, é essencial que se tenha conhecimento das concepções da relação de cada indivíduo envolvido com o espaço. Nesse sentido, a análise de conteúdo das entrevistas semi-estruturadas destacou a lógica subjacente à construção do discurso destes grupos.

As categorias de análise foram construídas a partir das repostas obtidas nas entrevistas, nas observações participantes e pela leitura exaustiva das entrevistas e do diálogo com outras pesquisas empíricas, nos quais procurou-se reconhecer tópicos, temas e padrões relevantes para a compreensão do objeto de investigação. Foram tomadas como principais categorias para a análise: a brinquedoteca como espaço terapêutico; (b) como espaço de acolhimento; (c) de troca de experiências; (d) de estímulo à adesão; (e) de emponderamento e de (f) formação de recursos humanos.

A brinquedoteca como espaço terapêutico

Percebeu-se pelos relatos, que a brinquedoteca propicia uma elaboração das implicações da doença na vida dos sujeitos. A fala dos profissionais traz o brincar como uma nova estratégia de enfrentamento do universo complexo das doenças crônicas. *“Eu como pediatra acho que foi um ganho enorme pro serviço, é um*

espaço onde as crianças podem através da brincadeira resolver questões ligadas ao adoecer... e relativas a própria doença. A criança tem muita dificuldade de falar.” Goulart (2003) nos diz que a construção das narrativas do brincar, pode configurar-se como um instrumento para os profissionais que trabalham com crianças. Além de permitir que elas organizem sua experiência de forma narrativa e possam elaborar os conteúdos ali presentes. Pode ser uma ferramenta para que o profissional possa conhecer a maneira como seu paciente vem significando aquilo que lhe acontece. Torna-se necessário criar um local onde estas verbalizações sejam possíveis. Neste estudo, o espaço lúdico veio de encontro a esta necessidade, facilitando e colaborando na simbolização das experiências vividas no processo de adoecimento. Brincando e construindo estórias os pacientes podem falar das suas vivências e elaborá-las de uma maneira mais salutar. Saggese e Maciel (1996) sugerem que no contexto hospitalar a atividade lúdica seja considerada um instrumento terapêutico a serviço da intervenção médica.

Para os pais o brincar traz uma possibilidade de expressão de sentimentos, receios, angústias e elaboração de situações novas ou ameaçadoras. *“Eu acho que ajuda muito, o menino quando está brincando não lembra de nada. Quando fica parado ele pensa em tudo, tem que ir ali tirar sangue, fica lembrando, fica sonhando com aquilo pra ver se ainda tem sangue. Lá nem lembra daquilo mais. Já passou aquela gastura, ajuda muito”.* (pai)

Para as crianças e adolescentes fica evidente que o espaço pode funcionar como um agente reorganizador, o que, por sua vez, implicaria na produção de sentido para as experiências vividas. *“Para mim a brinquedoteca é boa, desenvolve meus pensamentos. Ajudou muito meus pensamentos, a memória de criança, infantil mesmo, triste. Eu venho para cá e fico mais aliviada.”* (Feminino, 17 anos). Podemos dizer que a criança se apropria de experiências dolorosas através do brincar, esse espaço de ilusão situado entre o real e a fantasia. Ela passa então a ser sujeito e não somente objeto da experiência (Ajuriaguerra ,

1982 e Winnicott, 1975). Ao lidarmos com uma clientela que tem sua rotina de vida desestruturada pela doença e pelos processos inseridos neste contexto, o brincar aparece como uma possibilidade de organização desse caos (Vieira e Lima, 2002).

Nessa perspectiva, o lúdico torna-se um instrumento interessante para trabalhar exatamente o que não é dito ou não pode ser dito no tratamento. Tal benefício não só pode atingir a criança hospitalizada, mas também aquela em uso do serviço de atenção secundária - o ambulatório, por exemplo. As possíveis tensões e incômodos gerados por este processo podem ser atenuados com o brincar que pode assumir um papel de suporte no cuidado e atenção à saúde da criança, permitindo que o serviço possa ser encarado de maneira mais acolhedora, o que pode até influenciar na adesão ao tratamento e promover uma maior humanização no atendimento ambulatorial na Aids pediátrica.

Na Aids, os pacientes vão acumulando dores, tristezas, dúvidas e nem sempre podem compartilhar destes sentimentos com a equipe de saúde, transformando este não dito em momentos de angústias que podem inclusive interferir na adesão. Falar destas “dores” é extremamente necessário e cabe aos profissionais de saúde fazer este intercâmbio.

Experiências de intervenção têm mostrado como o lúdico no contexto hospitalar pode favorecer a comunicação e expressão do sofrimento e amenizá-lo (Soares (2001), Novaes(2006)). A criança utiliza-se do brincar para apreender novas situações, elaborando psiquicamente vivências de seu cotidiano e possíveis conflitos internos. Para Walter Benjamim (2002) a principal característica da brincadeira se encontra na possibilidade de transformar uma experiência dolorosa e poder expressar aquilo que é difícil de ser traduzido em palavras.

A brinquedoteca como acolhimento

A doença para a criança/adolescente constitui-se num caminho, por vezes longo, difícil e imprevisível. Sua vida passa a ser regida pela doença, com exames, internações e viagens, pois muitos deles residem em outros municípios (Junqueira, 1999). Este contexto faz com que a necessidade de um ambiente mais humanizado e acolhedor seja uma constante na vida deste sujeito “doente” e que necessita sentir-se “acolhido” .

Para Soares (2001), um dos problemas existentes na hospitalização é o descuido de aspectos psicológicos, pedagógicos e sociológicos. Os efeitos da hospitalização podem variar em função da idade, das experiências prévias, de determinadas variáveis individuais e, especialmente, do repertório de habilidades de enfrentamento de cada uma. *“Eu acho ótimo a brinquedoteca, ter feito isto, por que tem criança que não gosta de hospital e tem a brinquedoteca e eles ficam com paciência de esperar, os pais, a consulta. A criança tem um lugar onde ficar quando estiver esperando os médicos”*. (Mãe)

O brincar no contexto hospitalar, humaniza o atendimento, estimula o contínuo e adequado desenvolvimento das crianças e adolescentes e pode promover a saúde mental .(Carvalho, 2004) A utilização do lúdico neste contexto pode ser um catalizador no processo de recuperação na capacidade e adaptação deste paciente e tornar o ambiente mais acolhedor para as relações das crianças e adolescentes entre si, com os familiares e com os profissionais que lidam com eles.²⁴ O brincar pode transformar o ambiente hospitalar, proporcionando melhores condições psicológicas para as crianças e adolescentes ²⁵. *“Legal, tem muitas pessoas que brincam comigo, que trata eu bem, que me faz carinho.”* (Masculino, 10) A fala desta criança nos mostra como o “cuidar ” vai além do tratamento convencional.

Os estudantes trazem nos seus relatos a importância do espaço para os pais e para as crianças, um espaço de elaborações, de socialização e de relacionamentos. Um espaço onde é permitido falar das questões que envolvem o processo saúde/doença, um espaço de troca de experiências e vivência de emoções e

sentimentos, um espaço de acolhida e possibilidades. *“A brinquedoteca mostra-se um espaço relevante pelo seu próprio propósito e atuação. Permitir que as crianças e seus pais tenham um espaço de atenção voltado para eles, de interação e de amenização do stress, da angústia decorrente de ser soropositivo e de possíveis implicações que não se limitam a uma alteração do corpo físico”*. Falam também do espaço como alento para amenizar os possíveis “sofrimentos” da soropositividade. *“Lá eles podem expressar suas angústias, medos, inseguranças, de uma forme lúdica e ainda é um espaço de socialização. Crianças e pais partilham suas experiências e assim podem auxiliar outros em seu tratamento”* (Estudante de psicologia, feminino). A brinquedoteca não representa apenas oportunidade de acesso a brinquedos, mais que isso, expressa uma filosofia de educação voltada para o respeito ao eu da criança, às potencialidades que precisam de esforço para se manifestarem. (Moraes, 1999)

A brinquedoteca como troca de experiências

Na Brinquedoteca os usuários podem falar o que sentem e vivem, expressam suas dificuldades com relação à doença e refletem sobre maneiras de solucionar as questões levantadas. Relatam que as trocas de experiências e compartilhamento de vivências com outras famílias que frequentam a brinquedoteca, possibilitam uma elaboração e reflexão da condição da soropositividade. É possível perceber também nas falas dos acompanhantes uma vontade de permanecer na brinquedoteca, usando-a como forma de benefício também a eles, fazendo do local um espaço de convivência entre pares. O espaço passou a ser também da família e não apenas das crianças e adolescentes. *“Para mim também é ótimo, eu posso falar das minhas coisas lá, do que sinto”*. (Mãe) *“Eu também gosto por que posso conversar com vocês, com as outras mães, com mais gente”*.(Mãe) Num contexto onde é permitido brincar, acontece uma interação social entre crianças, adolescentes, acompanhantes e equipe multidisciplinar ou ainda com alguém provocador de transformações que pode servir como promotor do desenvolvimento (Sampaio e Novaes, 2001) e melhoria

na qualidade de vida. É possível mostrar a função do espaço como um local de acolhimento na fala desta pediatra “ *Eu acho a brinquedoteca extremamente importante, principalmente por que as consultas são por ordem de chegada e as crianças ficam lá naquele estresse e as mães brigando por que o menino não pode fazer bagunça, ficam naquele corredor escuro. Ai eles estão num espaço de brincar além de conviverem com outras crianças na brinquedoteca, elas podem conviver com outras crianças, interagir realmente, não só pelo diagnóstico, mas também brincando. Melhora a convivência no ambulatório.*” O lúdico pode ser uma forma de auxiliar os envolvidos no processo a atravessar a situação com mais benefícios e fazer com que a situação não seja apenas de dor e sofrimento, ultrapassando o sentido convencional do tratamento médico, proporcionando um contexto rico e repleto de significados que levarão a uma melhoria e uma maior recuperação do bem estar físico, social e psíquico (Carvalho *et al*, 2004). Através do brincar a criança se vê possibilitada a transpor as limitações impostas pela doença e pela hospitalização O Brincar é saudável e proporciona o estabelecimento de relações de confiança com outras crianças, mas também com os adultos, incluindo a própria mãe (Mitre, 2004).

A brinquedoteca na adesão

Os acompanhantes entrevistados apontam o espaço como positivo no tratamento dos filhos e como uma ajuda para esperar pelas consultas, pois segundo eles os médicos demoram muito para atendê-los. “*Eu acho muito bom, acho que ajuda muito a criança brincando*”. (Mãe) Relatam também ser um lugar onde as crianças podem esquecer um pouco do tratamento e de suas intercorrências, pois estando em um local onde tem brinquedo e outras atividades eles podem ficar mais adaptados e dispostos ao tratamento.

Os adolescentes nos trazem com mais clareza as falas relativas ao impacto da implantação do espaço na adesão ao tratamento, mostrando a brinquedoteca como uma alternativa positiva para seu auxílio. “*Aqui fico mais aliviada. Depois que eu estou aqui resolvi tomar meus remédios, me ajudou muito*” (Feminino,

19). Estas falas reforçam a idéia de Silveira e Ribeiro (2005) que nos traz a adesão como uma ação conjunta entre a atitude acolhedora do profissional que cuida, que respalda o paciente para novas atitudes perante o adoecimento e a medicação. A finalidade da instituição de saúde é promover e estimular ações que contribuam para que os indivíduos envolvidos possam caminhar em direção à eficácia e à qualidade do tratamento. Esta contribuição é ilustrada na fala de uma adolescente ao relatar sobre a brinquedoteca. *“Para mim a brinquedoteca ajudou muito, como a maneira de eu saber brincar, conviver com as outras pessoas. Na minha saúde ajudou também, antes minha avó ficou pelejando e conseguiu tratamento para mim aqui. Ajuda pra eu poder distrair, conhecer pessoas que tem a mesma doença que eu, a minha avó me contou que tenho o HIV. Brincar na brinquedoteca, eu posso chegar triste e chateada, e começo a brincar e fico distraída e acabo esquecendo de tudo.”* (Feminino, 11 anos)

Constatou-se que os usuários e os profissionais atribuíram à brinquedoteca o lugar de um espaço diferenciado, onde atividades lúdicas são permitidas e possibilitam aos usuários potencializarem o momento de espera pelas consultas. Os pais evidenciam que o espaço trouxe para a criança um outro estímulo para as vindas ao médico. *“Ele ficava quieto, às vezes brincava com um menino, mas brinquedo não tinha. Hoje em dia tem diversão para brincar e quando estão aqui eles intertem o dia inteiro. Ficam aqui sem problema”.* (Pai)

O lúdico no hospital permite a criança divertir-se, agitar-se alegremente e a função do brincar na infância não se torna descaracterizada pelo adoecimento e ou pela hospitalização (Sampaio e Novaes, 2001). *“Quando não tinha a brinquedoteca era bem pior, agente não podia fazer nada, não podia brincar, não podia correr. Agora que tem é bem melhor.”*(Feminino, 10) Durante as atividades, o lúdico torna-se um meio de intervenção no processo de saúde/doença e no tratamento, despertando as crianças para a expressão de sua criatividade, de seus medos e ansiedades relacionados à doença.

Os pediatras não explicitam claramente a associação da brinquedoteca com a adesão, mas mencionam o espaço como colaborador no tratamento e como facilitador das idas das crianças ao ambulatório. *“Olha eu não tenho dados estatísticos e científicos para te falar isto. O que eu posso te falar é que eu adoro chamar os meninos quando eles estão lá. Sempre sobem com um desenho .O que eu vejo é que estão interagindo mais entre eles.” Acho que favorece a adesão a medicação, por que o que acontece; o menino vem e tem o horário para brincar, ele gosta de vir e eu posso fazer um direcionamento da medicação, uma orientação melhor, tem prazer em vir a consulta para depois poder brincar. Todo mundo é igual, de bebê a adulto, todo mundo tem dificuldade e aqui podem compartilhar isto. As medicações não são fáceis de tomar, então eu acho que contribuiu muito.*(Pediatra)

Brinquedoteca como “empowerment” (empoderamento)

Desde o início das atividades implementamos um trabalho de monitoria com os adolescentes que manifestaram vontade de estar presentes mais vezes no espaço e com outros indicados pela equipe por apresentarem dificuldades na adesão. Esta prática inovadora traz a eles a capacidade de adotarem uma postura mais ativa no tratamento, desenvolvendo um relacionamento mais produtivo com outros usuários, buscando, dando informações e assumindo também a responsabilidade por sua própria saúde, *passando a desenvolver maior compromisso consigo mesmo e solidariedade com os pares no espaço (Andrade e Vaitsman, 2002).* *“Contribuiu bastante no meu tratamento . Passei a tomar posse do tratamento sozinha, aceitar, tem gente que não aceita nem o tratamento e a doença. Posso ajudar as outras crianças a eles também aceitar, começar a tomar o remédio certo, não deixar de tomar para ficar bem é o mais importante.”*(Feminino,19)

Estes adolescentes passaram por situações diversas e podem ajudar outras crianças que passam por situações semelhantes e isto provavelmente acarretará uma melhoria na auto-estima e adesão. *“Aqui eu vivo*

muita coisa boa, o que a gente já passou não podemos deixar as outras crianças passarem, principalmente as coisas ruins. Eu tive muita recaída, eu acho que eles não precisam ter recaídas e a brinquedoteca pode ajudar. É uma coisa muito importante. Gosto muito de ajudar as outras crianças. Eu tenho melhorado muito, tomado os remédios, vir sempre aqui no hospital, fazer o tratamento certo, fiquei mais responsável.” (Feminino, 19)

Quando entrevistados os funcionários do ambulatório mencionam a importância do trabalho de monitoria como um favorecedor da adesão. “ *A brinquedoteca faz um importante papel junto a alguns adolescentes como monitores da brinquedoteca. Auxiliando no trabalho têm encontrado uma motivação nova para virem ao tratamento*”. (Psicóloga)

Esta é uma inovação no favorecimento da adesão e maior aceitação do tratamento por parte dos pacientes. Este trabalho é desenvolvido há 3 anos e (re)significa o papel do adolescente soropositivo. Frequentando o espaço como monitor ele passa a ser sujeito de sua “doença” e pode dividir com os outros o vivido por ele no seu processo de adesão.

“ É, acho que me ajuda muito, distrair , brincar com as crianças, pegar os brinquedos pra elas, combate minha timidez. Eu acho bom poder brincar também, ajuda no meu tratamento ler aqueles livros, fazer perguntas, saber o que eu não sei. Acho que posso ajudar elas a tomar o remédio, aprender a tomar, obedecer os médicos, posso dar para elas um exemplo.” (Masculino,15)

O “*empowerment*” (empoderamento) pode dar-se tanto em nível do coletivo quanto da relação intersubjetiva, podendo ocorrer em distintos espaços da ação sanitária, sejam eles o de promoção, de prevenção, de cura e/ou de reabilitação. O aspecto central do empoderamento é a possibilidade de que indivíduos venham a desenvolver competências para participar da vida em sociedade, o que inclui

habilidades, mas também um pensamento reflexivo. Ser dono do próprio destino é um processo e uma condição, que demanda a aquisição de competências tais como o desenvolvimento da auto-estima; a capacidade de analisar e desenvolver de recursos individuais para enfrentar determinadas situações (Carvalho et al, 2004). *“Eu gostei por que antes eu ficava muito nervosa e achava que era muito sozinha, aí depois que comecei a vim aqui, gostei muito. Eu posso chegar triste e chateada, começo a brincar e fico distraída, acabo esquecendo de tudo.”* (Feminino,11)

A brinquedoteca na formação de recursos humanos

Para os profissionais de saúde o brincar é um instrumento transdisciplinar que atravessa toda e qualquer prática com criança, um dos poucos que pode permitir um verdadeiro diálogo interdisciplinar (Junqueira, 2002). O espaço vem permitindo aos estagiários uma maior conscientização das necessidades globais do tratamento de pacientes com doenças crônicas. Eles ressaltam a importância do estágio como um tempo de aprendizado, onde a escuta deste paciente foi incentivada e o exercício da pesquisa qualitativa em toda a sua amplitude foi possível. Identificam a brinquedoteca como uma rica experiência de contato com a complexidade humana, onde torna-se possível a aplicação prática das teorias, o que mostra a viabilidade do espaço como local de pesquisas e intercâmbio estudantil. *“O que mais venho aprendendo nesse estágio é a importância de escutar as pessoas. Na psicologia, muitas vezes, essa informação se perde no meio de tanta teoria. Porém, no espaço, é feito um convite para tal atividade”.* (Masculino, estudante de psicologia)

“O estágio me iniciou na carreira científica, foi aí o lugar onde primeiro pude tomar conhecimentos de métodos científicos possíveis a uma pesquisa qualitativa e toda a amplitude que esta pode ter. Isso foi realmente apaixonante.” (Feminino, estudante de psicologia)

A instrumentalização e o conhecimento sobre o brincar contribuem para uma maior engajamento profissional em ambientes onde é necessário a inserção de uma abordagem multidisciplinar.²⁴ “*Acho que mais que um aprendizado profissional, foi um aprendizado de vida. Aprendi a lidar com as diferenças, com os diversos sujeitos e a ter um olhar diferente para as dificuldades e barreiras que o mundo nos apresenta*”. (Feminino, estudante de psicologia) O espaço como um local de novos aprendizados nos traz a memória Paulo Freire (1997) que diz que educar não é a mera transferência de conhecimentos, mas sim conscientização e testemunho de vida. Para Freire aprender é uma descoberta criadora, com abertura ao risco e a aventura do ser, pois ensinando se aprende e aprendendo se ensina, considerando que FORMAR é muito mais do que simplesmente EDUCAR.

Considerações finais

A análise dos dados permitiu concluir que o brincar trouxe uma grande contribuição na humanização do ambulatório, para o tratamento das crianças e favorecendo a adesão.

Na brinquedoteca a criança pode ter um encontro consigo mesma possibilitando uma maior facilidade ao elaborar suas vivências, medos, desejos, curiosidades e sentimentos cotidianos. “*A compreensão dos acontecimentos que lhe dizem respeito se torna possível pelo reviver que o seu brincar produz, expressando o que ela ainda não é capaz de formular pela linguagem e encontrando alternativas para solucionar impasses da realidade*”.(Serrão e Costa, 2005)

Percebeu-se também que traz outras possibilidades, podendo servir como um condutor do trabalho interdisciplinar e um campo de atuação científico.

Durante as observações no espaço, as atividades nele desenvolvidas mostraram ir além do público-alvo (inicial), atingindo também seus familiares. As trocas de experiências e compartilhamento de vivências com

outras famílias que freqüentam a brinquedoteca, possibilitam uma elaboração e reflexão da condição da soropositividade. Durante 18 meses de observação participante foi possível constatar que além dos benefícios diretos à criança, trouxe uma grande contribuição aos acompanhantes. O espaço passou a ser um espaço da família, onde o brincar junto era sempre observado. No início os pais recusavam-se a brincar dizendo ser “coisa de criança”, mas com o passar do tempo observou-se uma entrega às atividades e uma maior interação com a equipe e com a própria criança. Nestas ocasiões o brincar se configurou como uma ação religante (Cañeque,1993), possibilitando aos atores das brincadeiras uma nova “linguagem” para comunicar-se, uma linguagem universal, a brincadeira. Logo, uma brinquedoteca instalada em um ambulatório especializado no atendimento de Aids pediátrica deve considerar também a dinâmica familiar, possibilitando uma melhor relação dos familiares com suas crianças, com eles mesmos e com a doença, deixando de ser apenas acompanhantes e sim participantes do processo.

Quanto a humanização , a brinquedoteca inseriu no ambulatório um local onde a comunicação e o diálogo entre os usuários e a equipe era mais facilitado pelo brincar, dando lugar a uma nova postura profissional. Algumas vezes os médicos buscavam a criança na brinquedoteca para levá-la a consulta usando o lúdico como um facilitador deste contato.

Crianças com dificuldades na adesão ao tratamento eram encaminhadas pelos profissionais (médicos e psicólogos) para que se fizesse um trabalho contínuo e passavam a freqüentar a brinquedoteca uma vez por semana, demonstrando com isto uma aceitação do trabalho pela própria equipe como um favorecedor na adesão. Estas constatações são confirmadas por Mitre (2000) que traz o brincar como possibilidade de criar alianças entre as próprias crianças, entre estas e seus acompanhantes e a equipe. A promoção do brincar no contexto hospitalar proporciona relações de maior qualidade entre os envolvidos neste processo e surge como uma possibilidade de modificar o cotidiano e as relações nele manifestas.

Agradecimentos: Projeto de pesquisa apoiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (Fapemig) e Conselho nacional de Pesquisa (CNPq)

Referências.

1. Ajuriaguerra, J. (1982) *Manual de Psiquiatria Infantil*. 2º ed., São Paulo: Masson/Atheneu, 1982.
2. Andrade, G. R. B. & Vaitsman, J. (2002) Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.7, nº.4
3. Bardin, L. (1977) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
4. Benjamim, W. (2002) *Reflexões: a criança o brinquedo a educação*. São Paulo: Summus, 176 pp.
5. Cañeque, H. (1993) *Juego e vida*. Buenos Aires: Atheneo
6. Carvalho, A M. (2004) Ludicidade e Saúde: projeto de Integração Multiprofissional - *Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária* - Belo Horizonte
7. Carvalho, S. R.. (2004) The multiple meanings of "empowerment" in the health promotion proposal. *Cad. Saúde Pública*, Jvol.20, nº.4
8. Chizzotti, A. (1991) *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo, Cortez
9. Drummond, I. (2006) - *Espaço educativo Brinquedoteca Hortênsia de Hollanda: O lúdico na mediação do tratamento da Aids pediátrica*. 100 folhas. Dissertação (mestrado) _ Faculdade de medicina/UFMG
10. Freire, P. (1997) *Pedagogia da autonomia*. 5 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 165 pp.
11. Freud, S. (1998). Além do princípio do prazer. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Volume 18. Rio de Janeiro: Imago, 1998. (Edição standard brasileira)

12. Goulart & Sperb (2003) - Histórias de criança: as narrativas de crianças asmáticas no brincar; *Psicologia: Reflexão e Crítica*; v. 16, no.2, p.355-365
13. Junqueira, M. F. S. (1999) O brincar e o desenvolvimento infantil. *Pediatria Moderna*. v. 35 n° 12
14. Junqueira, M. F. P. S. (2002) A relação mãe-criança hospitalizada e o brincar. *Pediatria Moderna*. v. 38 n°. ½
15. Klein, M. (1997) *A Psicanálise de Crianças*. Rio de Janeiro: Imago, 350 pp.
16. Mello, C. O.; Goulart, C. M. T.; Ew, R., A.; Moreira, A. M. & Sperb, T. M. (1999) Brincar no hospital: assunto para discutir e praticar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. V.15, n°.1, p.65-73
17. Minayo, M. C. S. (1993) *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 2a. ed., São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco, 270 pp.
18. Mitre, R. M. de A. (2000) *Brincando para viver: um estudo sobre a relação entre a criança gravemente adoecida e hospitalizada e o brincar*. Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Rio de Janeiro (Dissertação de mestrado não-publicada)
19. Mitre & Gomes . (2004) A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n°.1, p.147-154
20. Morais, R. R.. (1999) Brinquedoteca: possibilidade de atuação do Terapeuta Ocupacional em Unidade de Internação Pediátrica. *Cadernos de Terapia Ocupacional*. Belo Horizonte: Gesto, Ano 11, n° 1
21. Motta & Enumo (2004) Playing in the hospital: coping strategy in child hospitalization. *Psicol. estud.* , vol.9, n°.1, p.19-28

22. Novaes, L.H.V.S. (2006) *Brincar é saúde. O alívio do estresse na criança hospitalizada*. Pelotas: Educat. 170 pp.
23. Oliveira R.D. & Oliveira M.D. (1986) Pesquisa social e ação educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. In Brandão C.R. (org), *Pesquisa Participante*. 6a ed. São Paulo: Brasiliense, p. 17-33.
24. Parker & Camargo (2000) Poverty and HIV/AIDS: anthropological and sociological aspects. *Cad. Saúde Pública*, v. 16 suppl.1, p.89-102
25. Piaget (1975) – *A formação do símbolo na criança*. Rio de Janeiro: Zahar Editores
26. Roza, E.S. (1993) *Quando brincar é dizer: a experiência psicanalítica na infância*. Rio de Janeiro: Relume-Dumar
27. Saggese & Maciel. (1996) O brincar na Enfermaria Pediátrica: recreação ou instrumento terapêutico? *Pediatria Moderna*, v. 32, n°.3, p. 290-292
28. Sampaio & Novaes (2001) Brincar também é aprender? *Pediatria Moderna* - Edição: Abr 01 V 37 n° 14
29. Serrão & Costa- Espaços de encontro: corporeidade e conhecimento . Disponível em: < <http://www.tvebrasil.com.br/salto/boletins2005/eecc/meio.htm> Acesso em 22/08/2005
30. Silveira, L. M. C. & Ribeiro, V. M. B. (2005) Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients. *Interface*, vol.9, n°.16
31. Soares, M. R.Z. (2001) Hospitalização infantil: análise do comportamento da criança e do papel da psicologia da saúde. *Pediatria Moderna*. v. 37 n° 11

32. Vieira & Lima (2002) Children and adolescents with a chronic disease: living with changes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol.10, n°.4, p.552-560
33. Vygotsky, L. (1989) *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 191 pp.
34. Winnicott, D.W. (1975) *O brincar e a realidade*, Rio de Janeiro: Imago , 203 pp.
35. Zannon, C. M. L. da C. (1991). Desenvolvimento psicológico da criança: questões básicas relevantes interven o comportamental no ambiente hospitalar. *Teoria e Pesquisa*

Contribuições da cada autor

Ivana Drummond Cordeiro

Coleta, análise dos dados, realização e redação do artigo

Jorge Andrade Pinto

Orientação do trabalho

Wesley Silva Balbino Santana

Colaboração na análise dos dados e redação do artigo

Celina Maria Módena

Colaboração na análise dos dados e redação do artigo

Virginia Torres Schall

Orientação para a realização do trabalho, análise dos dados e redação do artigo



3- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta do nosso estudo foi investigar a implantação de um espaço lúdico educativo em um ambulatório de Aids pediátrica e o significado atribuído pelos usuários e pela equipe a este espaço. A análise exploratória dos dados nos possibilitou confirmar a importância da ludicidade como técnica de abordagem das questões relativas a doença e como facilitador da adesão ao tratamento de crianças e adolescentes soropositivos. Nossos resultados vão de encontro aos dados da literatura que nos trazem relatos de experiências de intervenção em que a oportunidade do brincar no contexto hospitalar tem efeitos positivos e favorece a comunicação e a expressão dos sentimentos das crianças e adolescentes.

Com base nas teorias que embasam o estudo sobre o lúdico buscamos conhecer os aspectos mais importantes da relevância do brincar no desenvolvimento e no contexto de hospitalização. Os dados da literatura guiaram nossas entrevistas com 57 sujeitos e nos permitiram conhecer o significado atribuído pelos usuários e pela equipe ao espaço e a iniciativa de implantação da brinquedoteca.

Os resultados obtidos e a vinculação destes com a literatura nos levam a concluir que no contexto hospitalar que atende pacientes com doenças crônicas, como a Aids, um lugar onde seja possível utilizar-se de recursos lúdicos e educativos tem grande importância tanto para os usuários, como para a equipe médica e pode ser utilizado como uma das estratégias de enfrentamento das intercorrências destas doenças e colaborar na adesão ao tratamento. Os dados mostraram que a ludicidade constitui-se de fato em um recurso viável e adequado para o enfrentamento das doenças crônicas e pode ser mais utilizado quando a criança encontra apoio nas ações institucionais que viabilizam e disponibilizam recursos humanos e materiais para este fim.

Dando voz aos sujeitos participantes deste estudo percebemos que além do brincar agir como um elo entre a realidade da doença e a imaginação foi também um facilitador do contato entre mães e pais e seus filhos e entre avós e netos. A presença das avós tem sido uma realidade muito observada na área da Aids, estas

mulheres com a vida já “estabelecida” se veem de frente com uma doença a princípio culturalmente assustadora que traz dolorosas perdas, passam a ser novamente “mães”, assumindo a difícil responsabilidade de cuidar de uma criança com HIV/Aids. Foi possível perceber também nas observações participantes que mães que inicialmente resistiam em brincar com seus filhos foram com o passar dos dias se aproximando da brinquedoteca e usando o lúdico como suporte na aproximação com suas crianças. Hoje no espaço é sempre possível encontrar familiares participando ativamente das atividades e brincando junto com as crianças. Estes familiares se inseriram no espaço e fizeram dele um local de troca de experiências e acolhimento. Sempre trazem suas dúvidas, seus sentimentos em relação ao dia-a-dia da doença, suas preocupações com o futuro de seus filhos, seus sonhos e desejos e lá sempre encontram alguém que escute suas “dores” . Este fato traz um enorme ganho na abordagem destes pacientes, pois a Aids como uma doença complexa e que interfere em toda a família deve ser abordada levando em conta esta dinâmica. O espaço favoreceu a criação de alianças e de vivências entre pares, colaborando para um “alívio” da solidão imposta pela Aids e por todo o preconceito que a envolve.

Para as crianças e adolescentes a implantação da brinquedoteca trouxe ao ambulatório um contexto onde não impera a doença, no qual ela não é tratada como um doente e sim como um “brincante” saudável e repleto de possibilidades e desejos. A linguagem utilizada, o lúdico, é uma forma de comunicação familiar e libertadora que pode trazer a eles a possibilidade de dividir com os outros, sensações e sentimento muitas vezes ameaçadores e dolorosos.

A brinquedoteca também é usada como espaço científico e permitiu aos estagiários que passaram pelo espaço, uma aplicação prática de seus estudos sobre o desenvolvimento infantil, um refinamento e melhoria na escuta dos pacientes, uma vivência do trabalho multidisciplinar e oportunidade para sua formação científica.

Outra possibilidade revelada com sucesso pela pesquisa foi a valorização e autonomia junto aos adolescentes monitores que passaram a compartilhar com as outras crianças suas vivências, fizeram deste trabalho uma forma de tomar mais consciência da importância de uma boa adesão ao tratamento, apresentaram uma grande melhoria na sua auto-estima e mudanças na postura frente à doença.

Durante o nosso trabalho nos deparamos com alguns limites como:

- _ Pouco tempo de funcionamento durante a semana;
- _ Insuficiência de pessoal fixo na coordenação das atividades do espaço;
- _ Não institucionalização da brinquedoteca pelo serviço;
- _ Falta de recursos financeiros que viabilizem a manutenção física e estrutural da brinquedoteca;

É necessário que uma autonomia seja conquistada, o que possibilitará uma maior elaboração das intervenções e implementação de novas atividades e pesquisas.

O trabalho mostrou resultados satisfatórios e apresenta perspectivas interessantes no que se refere a adesão e melhoria na auto-estima dos usuários.

Os dados colhidos nas entrevistas permitirão ainda a redação de mais 2 trabalhos científicos sobre o impacto do vírus na vida da crianças e a implicação da soropositividade na dinâmica familiar.

Baseado nos dados deste estudo e de outros da equipe de Aids pediátrica da UFMG, elaboramos um projeto que dará continuidade ao trabalho com os adolescentes. Temos também como perspectiva a ampliação dos dias de funcionamento do espaço, o que permitirá um trabalho mais elaborado onde mais usuários e estagiários poderão beneficiar-se dele. Com esta ampliação haverá a possibilidade de oferecermos um projeto de extensão à universidade onde projetos de pesquisa de diversas áreas poderão ser elaborados.



4 - ANEXOS

1- Roteiro de entrevista semi-estruturada (Pais)

1-Dados Pessoais:

- a) Nome:
- b) Idade:
- c) Local de moradia:
- d) Parentesco com a criança:
- e) Filhos

Idade

Condição sorológica

2- Realidade social em que está inserida: (Classe social)

- a) Escolaridade – (Mãe) (Pai)
- b) Profissão – (Mãe) (Pai)
- c) Renda (em salários mínimos)
- d) Características domicílio e ambiente

3-História de contágio e descoberta do diagnóstico:

- a) Quando houve o contágio
- b) Sentimentos após a revelação do diagnóstico

4- Histórico da doença

- a) Doenças oportunistas
- b) Internações
- c) Mudanças corporais

5-História com o parceiro ou outros parceiros

6-História da gravidez:

- a) Com qual idade ficou grávida
- b) Descoberta do diagnóstico da criança
- c) Doenças oportunistas pelas quais a criança passou
- d) Internações da criança
- e) Dificuldades encontradas para lidar com a criança após a revelação do diagnóstico
- f) Sentimentos após a revelação do diagnóstico do filho
- g) Principais dúvidas em relação ao filho (direitos, deveres, alimentação, cuidados, etc.)
- h) Descoberta da doença por outros membros da família

- A) Desejo de ter outros filhos
- j) Criança frequenta escola.
- k) Conhecimento da escola sobre a patologia da criança.
- l) Quais as influências da soropositividade na vida da criança e da família
- m) Quais os ganhos e perdas após a doença?

7- Do serviço de saúde

- a) Como é o acesso ao serviço de saúde? Quais Hospitais frequenta?
- b) Os medicamentos são conseguidos com facilidade?
- c) Como avalia a forma como é atendida?
- d) Sente algum tipo de preconceito neste ambiente?
- e) Se sente a vontade para tratar de todas as suas dúvidas no serviço de saúde?

8) Brinquedoteca

- A) Já foi à brinquedoteca?
- b) O que acha da brinquedoteca?
- c) Quais as vantagens da brinquedoteca?
- d) Críticas à brinquedoteca.
- e) Sugestões

8- Auxílio

- a) O ambiente familiar é facilitador do tratamento? Sente algum tipo de preconceito neste ambiente?
- b) O empregador sabe da sua doença? Sente algum tipo de preconceito neste local?
- c) Qual a relação com os seus vizinhos?

Comentários dos entrevistadores

2- Entrevista com a criança (As questões deverão ser adaptadas a cada faixa etária)

1-Dados Pessoais:

- a) Nome:
- b) Idade:
- c) Onde mora:
- e) Com quem mora
- f) Irmãos

1) Conhecimento da criança sobre sua patologia

- A) Você tem saúde?
- B) O que é saúde para você?
- C) Você já ficou doente?
- D) Qual doença?
- E) Você frequenta sempre o CTR?
- F) Porque?
- G) Quem é seu médico?
- H) Você toma muitos remédios?
- I) Para que você faz uso destes remédios?
- J) O que você acha de tomar a medicação?
- K) Você deixa de fazer alguma coisa por isto?
- L) Já ficou internado? Quantas vezes? Por quê?
- M) As medicações, as idas ao ambulatório atrapalham você em alguma coisa?

1) Brinquedoteca

- A) Já foi à brinquedoteca?
- B) O que acha da brinquedoteca?
- C) Quais as vantagens da brinquedoteca?
- D) Críticas à brinquedoteca.

- E) O que você mais gosta na brinquedoteca?
- F) E o que não gosta?
- G) Quais seus brinquedos preferidos?
- H) O que você acha do ambulatório ?Se você pudesse mudar alguma coisa o que mudaria?

2) Vida escolar

- A) Você vai a escola?
- B) Gosta?
- C) Tem muitos amigos na escola? E perto da sua casa?
- D) Você falta as aulas por algum motivo?
- E) Qual?
- F) Já repetiu de série? Por quê?

3 - Entrevista com os pediatras

Qual a sua opinião a respeito da Brinquedoteca?

Acha que trouxe alguma contribuição ao tratamento? Quais?

Percebe algum impacto na frequência dos pacientes ou na adesão ao tratamento?

Você tem alguma sugestão para o espaço?

Tem alguma crítica?

Observações:

4- Entrevista dos estudantes

Qual a sua opinião a respeito da Brinquedoteca ?

Durante as atividades desenvolvidas quais as contribuições que você percebe para as crianças e familiares?

Qual a contribuição do estágio na sua vida profissional ?

O que poderia ser melhor no trabalho aqui? Tem alguma crítica?

5- Comitê de ética

6 - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (CTR-DIP) UFMG/PBH

Título do Projeto: Espaço educativo Brinquedoteca Hortênsia de Hollanda: O lúdico na mediação do tratamento da Aids pediátrica

Objetivo do estudo

Promover e Avaliar a forma como a criança portadora do HIV/AIDS e sua família se utilizam do espaço lúdico e do brincar terapêutico como um coadjuvante para mantê-la viva, e para superar as suas angústias. Visa também a possibilidade de alcançar resultados favoráveis no aspecto da aderência ao tratamento e da melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Garantir à criança o acesso a um espaço lúdico que lhe permita exprimir as suas angústias, tristezas, alegrias, curiosidades, etc. elaborando-as e fazendo com que ela tenha uma melhoria na sua saúde mental.

Desenvolver trabalhos de orientação e acompanhamento das famílias das crianças atendidas, visando uma maior aderência ao tratamento.

Garantir à criança o acesso a um espaço lúdico que lhe permita exprimir as suas angústias, tristezas, alegrias, curiosidades, etc. elaborando-as e fazendo com que ela tenha uma melhoria na sua saúde mental.

Riscos e Desconfortos

Você não serão expostos a riscos.

Benefícios

Você não receberá nenhum pagamento para participar do estudo, da mesma forma, não lhe custará nada a participação nas atividades da brinquedoteca.

Possíveis dúvidas sobre o estudo

Este consentimento explica o estudo. Por favor leia-o cuidadosamente. Pergunte sobre qualquer ponto que não tenha entendido. Se não tiver dúvidas agora, pode perguntar mais tarde. Durante o estudo você será informado sobre qualquer fato novo que possa influenciar seu desejo de continuar participando. Se você desejar falar com alguém sobre este estudo por julgar que não recebeu tratamento adequado ou que foi prejudicado ao participar, ou se tiver qualquer outra questão relativa ao estudo, você deve telefonar para os pesquisadores, Ivana Drummond Cordeiro(031)-32953566 R: 141) e Dr. Jorge A. Pinto (XX-31) 3248-9822, ou para o Comitê de Ética da UFMG, (XX-31) 3248-9364. A UFMG não têm nenhum programa para reembolsá-lo na ocorrência de danos ou acidentes que não são responsabilidade dos médicos e pesquisadores.

Confidencialidade das informações

A confidencialidade das informações obtidas será mantida nos limites garantidos pela lei. Entretanto, a legislação obriga a notificação de certas doenças infecciosas e maus tratos infantis. Em certas situações, pessoas responsáveis por assegurar que o estudo foi conduzido apropriadamente poderão rever os seus dados. Estas pessoas manterão seus dados confidenciais. Pessoas não envolvidas no estudo não terão acesso a nenhuma de suas informações pessoais a não ser que você dê permissão.

Participação voluntária no estudo

Você (o menor sob a sua responsabilidade) não é obrigado a participar do projeto e pode desistir a qualquer momento. Se decidir não participar, sua relação com os médicos não será modificada em nenhuma forma.

O que significa sua assinatura

Ao assinar este documento você demonstra ter entendido as informações sobre o estudo e estar disposto a participar do projeto descrito na pagina anterior

Assinatura (inclusive crianças, se aplicável) Data

_____/_____/_____
Assinatura do pai/mãe ou responsável legal Data

Assinatura do investigador Data

_____/_____/_____
Assinatura da testemunha Data

Obs. Cópias assinadas do consentimento devem ser:

- a) arquivadas pelo investigador principal,
- b) anexadas ao prontuário do paciente
- c) fornecidas ao paciente



“...A inteligência jamais procura a emoção. É a emoção que procura a inteligência. É a emoção que deseja ser eficaz para realizar o sonho. Mas a capacidade de brincar também precisa ser aprendida. E ela tem a ver com a capacidade do corpo de ser erotizado pelas coisas à sua volta, de sentir prazer nelas. Nossos sentidos _ a visão, a audição, o olfato, o tato, o paladar são órgãos de fazer amor com o mundo, de ter prazer nele.” (Rubem Alves)