UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Cristina Jeldes Carrascosa Teixeira

Fraternidade à flor da pele: visita de irmãos na uti pediátrica

São Paulo

2020

CRISTINA JELDES CARRASCOSA TEIXEIRA

Fraternidade à flor da pele: visita de irmãos na uti pediátrica

Versão Corrigida

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade São Paulo
para obter o título de Mestre

Área de Concentração: Psicologia Escolar
e do Desenvolvimento Humano

Orientadora: Profa. Dra. Helena Rinaldi
Rosa

São Paulo

2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Teixeira, Cristina Jeldes Carrascosa

Fraternidade à flor da pele: visita de irmãos na UTI pediátrica / Cristina Jeldes Carrascosa Teixeira; orientadora Helena Rinaldi Rosa. -- São Paulo, 2020.
160 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2020.

1. Avaliação Psicológica. 2. Procedimento de Desenhos-Estórias. 3. Irmãos. 4. Técnicas Projetivas. 5. Unidade de Terapia Intensiva. I. Rosa, Helena Rinaldi, orient. II. Título.

Nome: Teixeira, Cristina Jeldes Carrascosa

Título: Fraternidade à flor da pele: visita de irmãos na uti pediátrica

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Dedico este trabalho às pessoas que mais amo: meus abençoados filhos Gabriel e Bernardo, que são irmãos e companheiros; meu maravilhoso esposo Zeca e a meus pais (*in memoriam*) Isabel e German, que me deram um querido irmão (o Germaninho).

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida. Por me proporcionar tamanha oportunidade e aprendizado, pelo amparo e por ter colocado pessoas tão especiais em minha vida.

À minha muito querida orientadora, Helena Rinaldi Rosa, pelas orientações preciosas e competentes, pela atenção, zelo e principalmente pela abrangência dos conhecimentos fundamentais que comigo compartilhou para a realização deste meu estudo. Feliz o dia que a conheci e pude iniciar esta jornada com sua presença sempre motivadora e carinhosa.

Ao meu amor, meu doce e querido Zeca por seu carinho e companheirismo, e principalmente pela compreensão da importância deste trabalho em minha vida. Seu apoio e paciência durante os dias, noites e madrugadas que dediquei a essa dissertação foram fundamentais. Amo você.

Aos meus filhos amados Gabriel e Bernardo, irmãos, companheiros e amigos pela alegria da vivência cotidiana, e, sobretudo, pela compreensão amorosa de minha ausência devido meu estudo.

Ao meu querido irmão German, sempre presente, com quem percorri memórias de infância e adolescência, buscando sentidos e exemplos na nossa própria experiência de fraternidade.

À Profa. Dra. Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo pela atenção e generosidade do compartilhar de seu primoroso conhecimento e experiência.

À Profa. Dra. Audrey Setton Lopes de Souza pela atenção e pelos valorosos apontamentos e contribuições na Qualificação deste trabalho.

À minha grande amiga Mirian Constantino pela valiosa amizade tão presente em minha vida, pelo apoio e carinho. O percurso de nossa amizade é longo, duradouro e forte, na verdade é fraternidade.

À Maria Inês Rittes de Oliveira minha querida analista pelo suporte profissional e afetivo.

À Mariângela Figueiredo, Márcia Aragute, Maraialva Frullani e Sueli Akemi, amigas do Senpi, pelos gestos de atenção e solidariedade. Pela amizade.

Aos meus primos irmãos pelo carinho e bom humor constante em nossas vidas desde nossa infância tão feliz.

À Diretoria do Hospital Infantil Cândido Fontoura pela oportunidade da realização desta pesquisa e todo apoio que me foi oferecido e aos colegas de trabalho pelo incentivo e carinho.

À Universidade de São Paulo e ao Instituto de Psicologia, aos professores e a todos os funcionários pela promoção e produção da ciência e ensino de excelência que sejam reconhecidos, valorizados e implementados nestes tempos e sempre.

Aos funcionários da Biblioteca do IP e em especial à bibliotecária Lucila Borges Assis, pelo atendimento atencioso e prestimoso.

Aos pacientes, seus pais e irmãos, que na beleza de seus laços afetivos revelados no encontro num momento difícil, concederam a generosidade de sua contribuição a este trabalho.

RESUMO

Teixeira, C. J. T. (2020). *Fraternidade à flor da pele: visita de irmãos na UTI pediátrica* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A hospitalização de uma criança enferma gera um grande impacto na família, ainda mais quando se dá em uma Unidade de Terapia Intensiva. Por vezes, os irmãos dos pacientes passam a apresentar alterações de sono, comportamento, assim como agressividade, tristeza ou regressão. Frente a estes fatores e na intenção de um atendimento mais humanizado, alguns hospitais implantaram o Programa Visita de Irmãos na UTI. A presente pesquisa foi realizada na UTI Pediátrica de um hospital público da cidade de São Paulo com o objetivo de investigar os aspectos emocionais dos irmãos que visitam os pacientes internados em UTI Pediátrica. A amostra foi composta de quatro irmãos de pacientes internados na UTI Pediátrica, na faixa etária de 05 a 12 anos de idade, de ambos os sexos. Os instrumentos de pesquisa utilizados foram: entrevista, prontuário do paciente, observação da visita à UTI Pediátrica e Procedimento de Desenhos-Estórias. Foi aplicado o Procedimento de Desenhos-Estórias com, duas unidades antes da realização da visita (de 20 minutos), e três após esta. A análise foi pautada na teoria psicanalítica, considerando os aspectos formais e de conteúdo. Os resultados mostraram que os participantes expressaram medo da morte do irmão internado e desejo de cura destes, assim como sentimento de desproteção, abandono e ansiedade. A dificuldade dos pais lidarem com a hospitalização de um filho em detrimento dos demais membros da família e a ruptura da rotina familiar como agente desestabilizador do equilíbrio doméstico, além da fragilidade de todos os membros da família diante da doença de um deles, entre outros resultados. Os dados sugerem que o Programa Visita de Irmãos se mostrou benéfico na situação de hospitalização de um irmão doente. Indicam também que o Procedimento de Desenhos-Estórias foi sensível para captar o estado emocional dos irmãos que participaram da pesquisa.

Palavras-chave: Avaliação Psicológica. Procedimento de Desenhos-Estórias. Técnicas Projetivas. Irmãos. Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Teixeira, C. J. C (2020). *Fraternity emotion run high: siblings visit in the pediatric intensive care unit* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

The hospitalization of a sick child has a great impact on the family, even more when it occurs in an Intensive Care Unit. Sometimes, patients' siblings start to show changes in sleep, behavior, as well as aggression, sadness or regression. Faced with these factors and with the intention of providing more humanized care, some hospitals have implemented the Siblings Visit Program in the ICU. This research was carried out in the Pediatric ICU of a public hospital in the city of São Paulo with the aim of investigating the emotional aspects of the siblings who visit patients admitted to the Pediatric ICU. The sample consisted of four siblings of patients admitted to the Pediatric ICU, aged 5 to 12 years old, of both sexes. The research instruments used were: interview, patient's record, observation of the visit to the ICU and Drawing-Story Procedure. The Drawing-Story Procedure was applied with two units before the visit (20 minutes), and three after it. The analysis was based on psychoanalytic theory, considering their formal aspects and content. The results showed that the participants expressed fear of admitted siblings' death and desire for healing from them, as well feelings of lack of protection, abandonment and anxiety. The parents' difficulty in dealing with a child's hospitalization to the detriment of other family members and the rupture of the family routine as a destabilizing agent of the domestic balance, besides the fragility of all family members in the face of illness of one of them, among other results. The data suggest that the Siblings Visit Program is beneficial in the situation of hospitalization of a sick sibling. They also indicate that the Drawing-Story Procedure was sensitive to capture the emotional state of the sibling who participated in the research.

Keywords: Psychological Assessment. Procedimento de Desenhos-Estórias. Projective Techniques. Siblings. Intensive Care Unit.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Caso 1

Unidade 1	70
Unidade 2	72
Unidade 3	75
Unidade 4	77
Unidade 5	79

Caso 2

Unidade 1	84
Unidade 2	86
Unidade 3.....	89
Unidade 4.....	91
Unidade 5.....	93

Caso 3

Unidade 1.....	99
Unidade 2.....	101
Unidade 3.....	105
Unidade 4.....	108
Unidade 5.....	111

Caso 4

Unidade 1.....	117
Unidade 2.....	120
Unidade 3.....	124
Unidade 4.....	127
Unidade 5.....	130

LISTA DE ABREVIações

AME	Amiotrofia Muscular Espinhal
D-E	Procedimento de Desenhos–Estórias
DFH	Desenho da Figura Humana
HTP	Human-Tree-Person
PNH	Programa Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

APRESENTAÇÃO

O hospital é um local pouco atraente tanto para os adultos como para as crianças. O adoecer e a hospitalização de uma criança requer paciência e dedicação por parte da família e paciente, em especial na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Estar doente e entrar em contato com nossa mortalidade e com o contexto de doença, medicações, exames e procedimentos muitas vezes dolorosos não faz da hospitalização uma situação agradável, tão pouco de fácil enfrentamento. Somam-se a isso as mudanças abruptas na rotina de vida e na dinâmica familiar de todo paciente e consequentemente dos pais e irmãos.

Trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Infantil Cândido Fontoura, hospital público pediátrico da cidade de São Paulo, e há alguns anos implantamos o Programa Visita de Irmãos nas UTIs Neonatal e Pediátrica, motivados por preocupações e colocações de algumas mães sobre os demais filhos em casa, que passavam a apresentar choro, dificuldades para se alimentar, para dormir à noite, recusa de ir à escola, além de também adoecerem (febre, tosse, mal-estar). Algumas mães referiam que o irmão saudável pedia para ver o paciente na UTI, pois estava com saudades e queria ter notícias dele. Percebemos a necessidade de voltarmos nossa atenção e cuidado também para os irmãos de nossos pacientes que pareciam expressar sofrimento e um pedido para serem incluídos e participarem do processo de hospitalização.

As visitas em sua grande maioria traziam alegria para os pacientes e irmãos visitantes, assim como para o ambiente da UTI como um todo. Era possível perceber a força das relações fraternas no reencontro dos irmãos, e o quanto era benéfico e saudável para a dupla (ou até mesmo trio) de irmãos a possibilidade de estarem juntos, ainda que fosse na UTI. Na intenção de estudar, de maneira mais sistemática e científica o trabalho que vinha desenvolvendo na UTI, procurei pela Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da USP. Foi junto ao PSA a decisão de realizar um estudo a fim de conhecer melhor e compreender os sentimentos, a dinâmica emocional e a forma como os irmãos enfrentam a hospitalização de nossos pacientes internados na UTI Pediátrica, assim como proporcionar mais notoriedade a este tipo de atenção com os irmãos dos pacientes internados em UTI Pediátrica.

Este estudo tem como objetivo investigar o estado emocional do irmão que faz a visita ao paciente internado na UTI Pediátrica por meio do Procedimento de Desenhos-Estórias. Os três capítulos da Introdução constituem o embasamento teórico da pesquisa. O primeiro capítulo apresenta o tema da família e dos irmãos, as relações fraternas e as possíveis interferências e consequências do processo de adoecimento e hospitalização na UTI Pediátrica no âmbito familiar. O segundo trata o tema da humanização, entendendo-se o termo humanização como aquilo próprio do homem, o ato de tornar humanas as relações. Na área da saúde, humanização relaciona-se diretamente com o ato de cuidar, do cuidar humanizado. O terceiro e último capítulo aborda o desenho e suas relações com a criança e finaliza com o Procedimento de Desenhos-Estórias como instrumento que “aplica-se a toda pessoa que possa representar gráfica e verbalmente de modo simbólico algum conteúdo interior” (Trinca, 2013b, p. 28).

A seguir são apresentados os objetivos e metodologia adotada neste trabalho, na sequência cada um dos quatro casos estudados, incluindo os desenhos realizados pela criança e a análise destes. Os resultados são discutidos no item seguinte, e a finalização deste trabalho ocorre com as conclusões e considerações finais.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	FAMÍLIA	17
1.1.1	Família, a Hospitalização e a Unidade de Terapia Intensiva	20
1.1.2	Os irmãos	25
1.2	HUMANIZAÇÃO	36
1.2.1.	A UTI e a humanização do cuidado	41
1.3	O DESENHO E AS TÉCNICAS PROJETIVAS	46
1.4	JUSTIFICATIVA	56
1.5	OBJETIVOS	57
2	MÉTODO	58
2.1	PARTICIPANTES	61
2.2	INSTRUMENTO	62
2.3	PROCEDIMENTO	63
3	RESULTADOS	65
3.1	CASO 1	66
3.1.1	Identificação	66
3.1.2	História clínica	66
3.1.3	Dados da entrevista com a mãe	66
3.1.4	O dia da visita	67
3.1.4.1	Procedimento de Desenhos-Estórias	68
3.1.4.1.1	Unidade 1	69
3.1.4.1.2	Unidade 2	71
3.1.4.1.3	Unidade 3	74
3.1.4.1.4	Unidade 4	76
3.1.4.1.5	Unidade 5	78
3.1.4.2	Síntese do caso	79
3.2	CASO 2	81
3.2.1	Identificação	81
3.2.2	História clínica	81
3.2.3	Dados da entrevista com a mãe	81
3.2.4	O dia da visita	82
3.2.4.1	Procedimento de Desenhos-Estórias	82
3.2.4.1.1	Unidade 1	83
3.2.4.1.2	Unidade 2	85
3.2.4.1.3	Unidade 3	88

3.2.4.1.4	Unidade 4	90
3.2.4.1.5	Unidade 5	92
3.2.4.2	Síntese do caso	94
3.3	CASO 3	96
3.3.1	Identificação	96
3.3.2	História Clínica	96
3.3.3	Dados da entrevista com a mãe	96
3.3.4	O dia da visita	97
3.3.4.1	Procedimento de Desenhos-Estórias	97
3.3.4.1.1	Unidade 1	98
3.3.4.1.2	Unidade 2	100
3.3.4.1.3	Unidade 3	104
3.3.4.1.4	Unidade 4	107
3.3.4.1.5	Unidade 5	110
3.3.4.2	Síntese do caso	112
3.4	CASO 4	114
3.4.1	Identificação	114
3.4.2	História clínica	114
3.4.3	Dados da entrevista com a mãe	114
3.4.4	O dia da visita	115
3.4.4.1	Procedimento de Desenhos-Estórias	115
3.4.4.1.1	Unidade 1	116
3.4.4.1.2	Unidade 2	119
3.4.4.1.3	Unidade 3	123
3.4.4.1.4	Unidade 4	126
3.4.4.1.5	Unidade 5	129
3.4.4.2	Síntese do caso	131
4	DISCUSSÃO	133
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
6	REFERÊNCIAS	146
7	ANEXOS	156
	ANEXO A – REFERENCIAL DE TARDIVO	156
	ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	158
	ANEXO C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	160

1 INTRODUÇÃO

Alguns hospitais no país implantaram o Programa Visita de Irmãos, principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, com a intenção de proporcionar um atendimento mais humanizado, respondendo ao Programa Nacional de Humanização (PNH). Este trabalho estuda as condições emocionais de irmãos que participam deste programa dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). A premissa é oferecer um ambiente humanizado e favorável que permita promover o bem-estar global da criança hospitalizada em UTIP, assim como de seus familiares e, em especial, de seus irmãos. A família é o primeiro e mais importante contexto de desenvolvimento do ser humano. É nela que se estabelecem as primeiras relações sociais, por meio das experiências e convívio com os pais e irmãos, e que ocorre grande parte do desenvolvimento emocional e da personalidade (Fernandes, Alarcão, & Raposo, 2007). As relações fraternas surgem no contexto familiar, são diárias, intensas e íntimas e envolvem vivências comuns e partilhadas entre os irmãos (Oliveira, & Cervený, 2010).

Toda e qualquer situação de doença e hospitalização, quer seja de uma pessoa adulta, quer seja de uma criança, é um fator de grande repercussão na dinâmica familiar. Altera toda a rotina do paciente e da família, resultando em fatores geradores de ansiedade, angústia, e dos mais variados sofrimentos (Dias, & Nuernberg, 2010; Hayakawa, Marcon, & Higarasi, 2009).

Neste estudo, o Programa Visita de Irmãos tem como cenário a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital, gerador de estresse (Oliveira, 2002; Orlando, 2002). A hospitalização de uma criança em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é vivenciada com muito estresse e medo pela família. Isto se deve ao próprio ambiente da UTI e à gravidade das condições de saúde do paciente que aproximam todos da possibilidade da morte (Schneider, & Medeiros, 2011; Hayakawa et al., 2009; Moraes, & Costa, 2009).

Os pais, já tão sobrecarregados com a internação do filho, muitas vezes trazem ainda a preocupação com os outros filhos em casa, que também sofrem com a internação. Nem sempre os irmãos compreendem a situação e nem sempre são adequadamente informados sobre as condições do irmão internado. Por vezes

passam a apresentar alterações de comportamento, sono, assim como agressividade, tristeza e regressão, fatores geradores de mais angústia aos pais já fragilizados (Ferreira, 2013; Schneider, & Medeiros, 2011; Hayakawa et al., 2009) .

O Procedimento de Desenhos-Estórias foi um dos instrumentos utilizado neste trabalho, técnica de investigação clínica que se utiliza dos desenhos livres e o do recurso de contar histórias e se fundamenta nas teorias psicanalíticas, nas técnicas projetivas e na entrevista clínica (Trinca, 1997). Destina-se à investigação de aspectos da personalidade e da vida mental, tanto de crianças como de adultos, evidenciando a dinâmica emocional inconsciente (Trinca, 1997).

O desenho tem sido motivo de muitos estudos e pesquisas, no campo da Psicologia, pois tem se apresentado como um importante instrumento para os processos de investigação diagnóstica e de psicoterapia e como uma forma de comunicação, principalmente junto às crianças. Desenhos realizados de maneira espontânea ou mesmo dirigida por crianças e adolescentes correspondem a formas clínicas de comunicação, preferencialmente verbal direta (Trinca, 1976), e comunicam indireta e inconscientemente aquilo que não são capazes de compreender e, por conseguinte expressar-se de maneira verbal.

O desenho vem se mostrando um instrumento projetivo, pois essa técnica permite que o indivíduo projete seu mundo mental, seus conflitos e elementos inconscientes no desenho. Como observa Tardivo (2010), os instrumentos projetivos são “importantes recursos auxiliares para o conhecimento das características latentes e não observáveis, pois facilitam o acesso aos aspectos mais profundos da personalidade, sobre os quais o indivíduo possui menos controle” (p. 101).

1.1 FAMÍLIA

Ao longo dos tempos, a família tem se mostrado como o grande sustentáculo, um pilar nas bases de formação do ser humano. Ariés (1981) demonstra que, com as mudanças históricas, políticas e sociais através dos séculos, a família sofreu transformações na sua conceitualização, organização e função. Segundo o autor, uma importante transformação veio com a revolução industrial do século XVIII, que coincidiu com a grande “revolução da afetividade” na estrutura familiar. A família passa então a deter o monopólio da afetividade, da preparação para a vida e para o lazer e a exercer funções para o desenvolvimento humano, como proteção, socialização e afeição.

Desde os tempos mais antigos, como cita Pratta e Santos (2007) a família “é um grupo social que exerce marcada influência sobre a vida das pessoas, sendo encarada como um grupo com uma organização complexa, inserido em um contexto social mais amplo com o qual mantém constante interação” (p. 248), e não apenas como um grupo de pessoas com laços de parentesco que vivem na mesma casa, como pai, mãe e filhos. Pratta e Santos (2007) fazem uma análise sobre o valor e a importância da instituição família. Para eles, apesar das transformações significativas vivenciadas pela família nas últimas décadas do século XX e início do XXI, o homem continua depositando nessa instituição a base de sua segurança e bem-estar, o que por si só é um indicador da valorização da família como contexto de desenvolvimento humano.

Os psicanalistas Salinas, Casamadrid, Solis-Ponton e Menendez (2014) partem da seguinte conceitualização de família:

Do ponto de vista biológico, a família é a unidade de transmissão genética, a estrutura que sustenta a continuidade da espécie; do ponto de vista sociológico, a família constitui uma forma de pertencer a um grupo, que faz parte de uma comunidade, de um grupo social, de uma população, de um país, e no qual existem trocas afetivas e intimidade; do ponto de vista psicológico, a família é a matriz do desenvolvimento emocional e das características da estrutura psíquica. (Salinas, Casamadrid, Solis-Ponton, & Menendez, 2014, p. 141)

Concluem, portanto, que a família tem uma característica que a diferencia de qualquer outro grupo, pois é um conjunto de indivíduos com uma história e um futuro comuns. É o grupo primário ao qual a criança pertence, a primeira referência enquanto sujeito. A dinâmica familiar pressupõe vínculos estabelecidos na infância

que, somados aos fatores genéticos e sociais, são importantes para a formação da identidade do indivíduo.

Para a Psicanálise, em sua multiplicidade de referenciais teóricos, a influência da família na estruturação do psiquismo da criança e na consequente formação da personalidade dos indivíduos é inegável (Rodriguez, & Gomes, 2012). As autoras afirmam que as experiências vividas pela criança e pelo adolescente tanto em contexto familiar como em outros ambientes contribuem para a sua formação e o amadurecimento até a idade adulta. É dentro da célula familiar que a criança vai passar pelas primeiras experiências de afeto, dor, medo, raiva e outras, possibilitando aprendizado para atuação futura (Pratta, & Santos, 2007).

Diante da importância que a família tem no desenvolvimento e constituição dos indivíduos e dos vínculos emocionais e afetivos que os unem, qualquer interferência que aconteça com algum de seus membros poderá afetar a vida de todos os demais e a organização e a dinâmica dessa família. A ocorrência de um evento como uma doença e por vezes a hospitalização de um dos entes da família podem alterar seu equilíbrio e sua organização. A vida familiar não se baseia apenas em rotinas, o inesperado, como a doença, faz parte desse viver (Romano, 1997).

De acordo com Campos, Álvares e Abreu (2004), a família é vista como um organismo dinâmico, e, dependendo das variáveis que incidam sobre esse organismo, movimentos e transformações podem surgir. Esta colocação, segundo as autoras, possibilita compreender melhor os movimentos da família em face de um imprevisto, tal qual aquele introduzido pela doença. Em famílias que enfrentam o adoecimento de um de seus membros essa dinâmica fica muito evidente, assim a doença pode ser um fator que desorganiza, mas há uma reorganização frente à necessidade de manter a ordem e o equilíbrio. O adoecimento interfere no equilíbrio e organização do sistema familiar, alterando sua dinâmica, exigindo redistribuição de papéis, reorganização emocional, quebra de rotinas e a emergência de sentimentos como insegurança, culpa e agressividade (Romano, 1997). O revelar de um diagnóstico, assim como o desenvolvimento do tratamento provocam desestabilização, sofrimento e dor e não só o indivíduo que adoeceu, mas toda a família precisará buscar formas de enfrentamento, reorganização e adaptação a essa nova situação, como argumentado por Freitas (2005) e Cerezetti (2010). A doença altera o ritmo da vida das famílias que passam por momentos de

vulnerabilidade, uma vez que estas, muitas vezes, não se encontram preparadas para lidar com uma doença grave (Ferreira, 2013).

Em acordo com tais colocações, Dórea (2010) também afirma que, quando um membro da família adoece, isso pode afetar sua organização, acarretando reestruturações no seu funcionamento original e influenciando a todos de maneira profunda. Na família nuclear (pai, mãe e filhos), dependendo do membro que adoece, haverá diversos comportamentos e reações. Campos et al. (2004) apontam que, comparativamente ao adulto, quando o doente é uma criança, a questão assume proporções maiores para a família, assim como as emoções mobilizadas têm um caráter diferente.

Frequentemente, a criança é o centro de projetos, fantasias, frustrações e expectativas à dos pais, como também de seus irmãos e outros componentes da família. A doença pode ser vista como algo ameaçador tanto para a criança, quanto para o grupo familiar, como analisam Campos et al. (2004) e Dias e Nuernberg (2010), pois o adoecimento pode vir interromper a realização desses planos e projetos, além de representar uma ameaça concreta à vida.

De acordo com Câmara (2009), vivenciar a doença torna-se um aspecto perturbador para a família, pois a criança doente demanda muita atenção e cuidados. O autor refere que é preciso considerar o impacto emocional gerado nos pais e na criança desde o diagnóstico, passando pela convivência diária, assim como pelas consequências da doença. Muitos são os sentimentos e angústias que são mobilizados e vivenciados pela família ao enfrentar essa situação, revelando assim sofrimento emocional, entre eles tristeza, insegurança, medo, inquietação e impotência.

Segundo Câmara (2009) e Moraes e Costa (2009), às vezes a família apresenta certos sentimentos ambíguos que resultam em culpa pela doença da criança, perda de controle, fantasias de que causaram ou desejaram a doença e insegurança em relação ao retorno ao equilíbrio. As fontes mais frequentes de ansiedade na família são: súbito e inesperado surgimento da doença; incerteza sobre o prognóstico; medo de que o paciente sinta dor, tenha sequelas da doença ou morra; separação física do paciente e/ou distância entre hospital e casa (Burd, & Mello Filho, 2004).

Um importante e significativo aspecto diz respeito aos mecanismos de defesa aos quais as famílias recorrem no sentido de se proteger da ameaça externa representada pela doença. O mais comum e que primeiro transparece é a negação, que pode ser sinalizada pela tentativa de consultar outro médico em busca de outros diagnósticos (Campos et al., 2004), demandando um tempo precioso que poderia estar sendo investido no combate à doença. Campos et al. (2004) ressaltam ainda um segundo mecanismo observado com grande frequência: a projeção. Por se tornar insuportável conviver com a ideia de uma situação ter ocorrido sem que houvesse culpados ou inocentes, a culpa vivida pelos familiares pode ser deslocada do seu lugar real e transferida para a figura do médico, ou para a escola.

1.1.1 Família, a Hospitalização e a Unidade de Terapia Intensiva

O adoecimento de uma pessoa traz uma iminente possibilidade de hospitalização, que, como afirmam Moraes e Costa (2009), muitas vezes é vivenciada pelo paciente como uma experiência desagradável por determinar processos de perda - independentemente do tempo de permanência no hospital e da faixa etária - tais como perda da saúde, do ambiente de casa, da convivência com os familiares e amigos, das rotinas, da autonomia, privacidade, independência. A experiência da hospitalização vivenciada como desagradável, e os fatores dela decorrentes também afetam a família. No caso do paciente criança, ao adentrar no hospital a família apresenta problemas emocionais decorrentes do próprio ambiente e sua dinâmica de trabalho, aliados a ter que conviver com a doença do filho (Milanesi, Collet, Oliveira, & Vieira, 2006).

Durante todo o processo de hospitalização de uma criança é de grande importância para a sua recuperação que ela seja acompanhada pelos pais. A família, assim como para quem adoece, não está preparada para lidar com a situação de internação. A pessoa que se torna acompanhante do paciente é a mais próxima dela e a quem tem forte ligação afetiva. Em geral são os pais, mais comumente a mãe, e serão eles os que mais sofrerão vivenciando a dor do filho (Milanesi et al., 2006).

Segundo Dias e Nuernberg (2010), o ato de acompanhar um paciente hospitalizado é difícil e gera estresse e angústia, pois o cuidador familiar sofre dois impactos: primeiramente o da notícia da doença, com a possibilidade de sofrimento que trará ao paciente e, a seguir, o de se ver diante da fragilidade do papel de

acompanhante, que exigirá ter que dar força e auxílio ao doente familiar, no decorrer da hospitalização. Milanesi et al. (2006) constataram em sua pesquisa que os acompanhantes das crianças hospitalizadas estão expostos a muitos fatores estressantes que podem desencadear sofrimento. Esses fatores estão relacionados à estrutura física do local, que não oferece condições necessárias de conforto a eles e às dificuldades em se estabelecer relações satisfatórias entre equipe de saúde e familiares. Surgem daí tensões e conflitos que resultam no sofrimento psíquico pela falta de informações e orientações sobre a doença do filho, sua evolução e cuidados, sobre como podem contribuir para os cuidados prestados e seu tratamento, além de sentimento de impotência. Soma-se o fato de os acompanhantes, na maioria das vezes as mães, sofrerem com tudo que deixaram para ficar no hospital com o filho: sua casa, outros filhos, o trabalho, ou seja, sua rotina de vida. Milanesi et al. (2006) fazem importantes considerações sobre os resultados da pesquisa e apontam que o sofrimento manifesta-se quando o indivíduo está constantemente exposto a pressões internas e externas, ou seja, a tensão é decorrente tanto dos sentimentos do indivíduo quanto dos fatores provenientes do ambiente em que se encontra.

Outra pesquisa realizada por Schneider e Medeiros (2011), com o objetivo de verificar o impacto emocional nos pais causado pela hospitalização do filho, concluiu que são muitas as mudanças que ocorrem nessa situação, causando sofrimento emocional e angústias, além de afetar o bem-estar físico deles. Esse impacto traz consequências emocionais e físicas tanto para os pais como para a criança, sendo que os sintomas podem ser os mais diversos, tais como dor, sofrimento, cansaço, angústia, culpa e mudanças na rotina da família. A análise de algumas categorias levantadas na pesquisa das autoras levou-as a considerar fatores como: a preocupação dos pais com o acompanhamento do filho no momento da hospitalização; a dificuldade em se organizar diante da rápida e inesperada situação que então se estabelece, por se verem despreparados e com a rotina pessoal e familiar alteradas; cansaço, insegurança, medo e desesperança com relação às mudanças, angústia pelo sofrimento do filho e sentimento de ausência de casa.

As duas pesquisas, Schneider e Medeiros (2011) e Milanesi et al., (2006), apontam para as adversidades e dificuldades com que se deparam o paciente e sua família, que precisa enfrentar a hospitalização do filho, o que gera conflitos e

sofrimento emocional. Schneider e Medeiros (2011) concluem que a família acaba adoecendo com o filho internado e, portanto, passa a necessitar também de atenção e cuidados, sendo que o atendimento psicológico de apoio se mostra relevante e de suma importância nessa situação.

Quando se trata de uma internação em uma UTI, os fatores abordados acima estão presentes e alguns intensificados. Surgem ainda novas situações, próprias e características desse ambiente, que oferece tecnologia avançada para o cuidado rotineiro e constante de pacientes graves ou criticamente doentes. Elas impactam no enfrentamento tanto do paciente como da família. Considerando que este trabalho ocorre em um hospital e especificamente em UTIP, será apresentado um panorama geral desse local peculiar.

A UTI nasceu da necessidade de oferecer suporte avançado de vida a doentes agudos que por ventura possuam chances de sobreviver e se destina à internação de pacientes com instabilidade clínica e com potencial de gravidade. A publicação da Portaria no. 3.432, de agosto de 1998, que estabelece critérios para as unidades de tratamento intensivo, define em seu Anexo as UTIs como “unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco, que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnósticos e terapêuticas” (Brasil, 1998).

É um local de alta complexidade, reservado e único no ambiente hospitalar, já que se propõe a estabelecer monitorização completa e vigilância 24 horas (Villa, & Rossi, 2002; Moura, & Mohallen, 2003). Em especial as UTIs Pediátricas têm como objetivo preservar a vida de crianças e adolescentes em estado grave ou em risco, que necessitem de recursos humanos especializados, com equipamentos específicos próprios e outras tecnologias destinadas a diagnósticos e tratamentos.

É inegável todo o valor, contribuição e importância das UTIs no contexto hospitalar e da saúde como um todo. Há, porém, alguns fatores a elas relacionados de efeitos negativos relevantes que são os fatores geradores de estresse, que comprometem os pacientes e familiares, bem como os profissionais de saúde que ali atuam. A UTI, de acordo com Oliveira (2002) e Baldini (1997), embora seja ideal para o atendimento a pacientes agudos graves recuperáveis, por vezes configura um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital. Ali, o nível

de ruído é intenso, devido a alarmes e ao barulho dos equipamentos e da equipe, que atua 24 horas por dia; as janelas, em geral fechadas, e a luz é artificial e contínua, dificultam a diferenciação entre dia e noite; a temperatura é constante, mantida por ar-condicionado. Todos esses fatores provocam estresse e ansiedade, somados a um ambiente de elevada tensão, com incertezas no tocante à sobrevivência, à vida e à morte (Moura, & Mohallem, 2003).

Morais e Costa (2009) afirmam que as UTIs, ao mesmo tempo que possibilitam a sobrevivência de uma pessoa criticamente doente, configuram-se em ambientes de isolamento e ansiedade, despersonalizantes, estressantes e de hiperestimulação. Segundo Dias e Nuernberg (2010), como as doenças graves são muito instáveis quanto a seu curso, a família sofre com essa incerteza e suas emoções tornam-se muito inconstantes, pois, a cada melhora do paciente, vem a esperança de vida e, a cada recaída, o medo da morte. Essa oscilação e a constante incerteza podem esgotar a família emocionalmente.

Nesse contexto, ela vive um intenso sofrimento provocado pela condição crítica de saúde da criança e pelas interações que vivencia com o ambiente e os profissionais que ali atuam (Côa, & Pettengill, 2009). Hayakawa, Marcon e Higarasi (2009) ressaltam que a hospitalização na UTIP geralmente é considerada uma fatalidade na vida das famílias e que ainda hoje muitas delas relacionam essa internação com a proximidade da morte.

Côa e Pettengill (2009) e Ismael (2004) salientam que, nessa conjuntura, a família vivencia uma ruptura em sua estrutura e dinâmica. Os pais percebem que perdem o poder sobre a criança, que ela passa a pertencer, ainda que temporariamente, à equipe da unidade. Isso pode levar a família a se sentir relegada a segundo plano e tolhida pela rotina hospitalar e pelo tratamento impessoal da equipe, que em alguns casos, tende a padronizar os pacientes por diagnósticos ou sintomas, gerando assim nos pais a sensação de despersonalização e de perda de controle sobre o que é feito com o filho.

Algumas situações consideradas estressoras podem provocar um aumento de ansiedade e sentimentos de incerteza quanto à família: a doença que aparece repentinamente; o prognóstico incerto ou desfavorável; a falta de informação adequada sobre o diagnóstico ou a seriedade da doença; o medo do paciente ficar longo tempo em sofrimento e o medo da morte; a falta de privacidade e

individualidade; o ambiente da própria UTI, que é estranho à família (Ismael, 2004). A autora ressalta que a percepção de impotência por parte dos familiares é, de modo geral, uma das sensações mais angustiantes vivenciadas por eles, principalmente quando enfrentam quadros de grande sofrimento, dor física e de possibilidade de morte.

De acordo com a Lei 8960 (1990), a permanência de um acompanhante em tempo integral junto à criança no ambiente hospitalar é garantida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Como já mencionado anteriormente, diante da hospitalização da criança é a família – ou mais especificamente os pais - que passa a acompanhar o filho também durante o processo de internação na UTI, sofrendo também a influência dos fatores estressores característicos da UTI.

A hospitalização em UTI é um evento que deflagra uma crise e abala o equilíbrio familiar. Moraes e Costa (2009), numa revisão de literatura sobre a vivência de mães de crianças hospitalizadas em UTIP, mostram que a realidade de ter um filho hospitalizado, passivo em sua condição de enfermo, rompe a estrutura familiar, a começar pela desorganização das rotinas, ampliação de suas responsabilidades, alteração dos papéis ocupados pelos membros da família, ausências prolongadas dos pais, principalmente da mãe, do ambiente familiar e pelo sofrimento que tudo isso gera.

Ferreira (2013) e Hayakawa et al. (2009) corroboram, em suas pesquisas com pais de pacientes internados em UTIP, que a família se depara, no caso de internação de um de seus membros, em especial de uma criança, com uma grande alteração de rotina. Como isso exige uma reorganização, é comum que alguns membros passem a assumir, com maior ênfase, determinadas tarefas. Assim, em geral, a mãe se incumba da maior parte do acompanhamento e do cuidado com o filho doente, ainda que deixe seus afazeres domésticos, altere sua rotina profissional e adie seus planos e compromissos. Os autores indicam que a ruptura familiar e as mudanças no dia a dia fazem com que todos os membros envolvidos sofram de formas diferentes: os filhos, pela ausência da figura materna e do irmão doente; a mãe, por se ver longe dos demais filhos e pela preocupação em deixar a rotina do lar, além de se sentir só; o pai, pela impossibilidade de permanecer com o filho doente, por estar privado da convivência com a esposa e sobrecarregado pelas responsabilidades antes compartilhadas.

Em meio a tantos fatores estressores e a tantas preocupações dos pais durante a internação da criança, os filhos saudáveis, ou seja, os irmãos do paciente, que estão afastados dele e de seus pais, também são atingidos com as mudanças de rotina, da dinâmica da família e de suas vidas, o que lhes acarreta alterações emocionais. Entretanto, muitas vezes eles são pouco cuidados e até esquecidos pelas equipes de saúde. Também há poucos registros nacionais de pesquisas feitas sobre irmãos saudáveis de crianças hospitalizadas. Alguns autores, como Dias e Nuernberg (2010), Ferreira (2013), Campos (2004), Schneider e Medeiros (2011), Milanese et al. (2006) e Hayakawa et al. (2009), citam a preocupação dos pais dessas crianças para com os filhos saudáveis em virtude de seu afastamento abrupto e às vezes prolongado e da falta da devida atenção e do apoio a eles.

Para os irmãos saudáveis, a maior fonte de sofrimento se encontra na separação e no afastamento dos pais e do irmão, como aponta Dórea (2010). Eles têm que se adaptar a novas rotinas, assumir novos papéis e responsabilidades, sentem falta de notícias e por vezes apresentam sentimentos de abandono, tristeza, preocupação, ciúmes e culpa.

Em um trabalho sobre a implantação e realização de um Programa de Acolhimento aos irmãos de bebês internados em UTI Neonatal, Morsch e Delamonica (2005) puderam observar como repercussões nos irmãos visitantes, fantasias de abandono, temor à perda do amor parental, bem como sentimentos ambivalentes em relação aos pais e demais figuras de autoridade. Alguns apresentaram comportamentos de difícil manejo, depressão, estranhamento; ou comportamentos reativos (mostraram-se exigentes e opositores); ou então totalmente confortáveis com a situação, cordatos, “bonzinhos”, bem como frustração e tristeza por não levarem o bebê para casa, aliadas à ausência dos pais. Observaram também que a falta de informações sobre a internação deu lugar a fantasias sobre culpa na ocorrência de situação de risco do bebê.

1.1.2 Os irmãos

A família, como já tratado anteriormente, é a fonte primária de apoio e de desenvolvimento do ser humano. “Por ser o primeiro contexto desenvolvimental, é o mais significativo na ontogenia” (Fernandes, Alarcão, & Raposo, 2007, p. 297). Os autores prosseguem dizendo que “é na família que sentimos os primeiros amores e os primeiros ódios, com ela fazemos as primeiras aprendizagens - que fazem parte

do processo de socialização e é lá que começa o desenvolvimento de nossa personalidade” (Fernandes et al., 2007, p. 297). É com base no convívio e no que se aprende dentro do contexto familiar, principalmente nas relações com os pais e os irmãos, que se constitui grande parte de quem se é. Portanto, as futuras relações sociais em geral são determinadas por essas primeiras e significativas experiências relacionais.

Kaës (2011) aponta que a questão do fraterno passou a ser tema de interesse e objeto de estudos em vários campos de pesquisa das ciências humanas a partir do final do século XIX e ao longo do século XX, período que acarretou várias mudanças econômicas, sociais e políticas na Europa e em todos os países industrializados e áreas urbanizadas. Essas mudanças provocaram transformações estruturais profundas que afetaram a organização social e as implicações psíquicas dos laços familiares. Uma delas se deu na estrutura nuclear da família, com o declínio do poder da função paterna e o surgimento de novas configurações de casal, da família e da fratria. O autor assinala ainda que tudo isso apontou estudos das relações fraternas nas famílias adotivas, nas famílias monoparentais e nas famílias recompostas, por exemplo.

Para os estudiosos sobre família, as duas maiores preocupações são as inúmeras mudanças na estrutura familiar e a redução dos irmãos. Como avaliado por Fernandes et al. (2007), esses fenômenos podem ser resultado das grandes transformações ocorridas na sociedade, indicadas pelo aumento da taxa de divórcios, do número de mulheres no mercado de trabalho, pela diminuição do número de casamentos e da natalidade e pela crescente importância dada à infância. Os autores destacam que a redução das fratrias favorece o aumento na intensidade das relações entre os irmãos e a maior interdependência em situações de crise, como durante o processo de separação dos pais e de entrada dos irmãos numa nova família. A relação fraterna e o bem-estar dos irmãos, embora incipientes, têm sido motivo de estudos e pesquisas atualmente levados também por esta nova problemática familiar.

A investigação intrafamiliar tem incidido, quase exclusivamente, sobre as relações pais-filhos (e mais sobre a influência dos primeiros sobre os segundos do que o inverso) e, muito raramente, sobre as relações no seio da fratria (Fernandes et al., 2007). Os estudos de Goldsmid e Féres-Carneiro (2011) confirmam esta

afirmação. As autoras complementam que, nessas investigações, as situações de competição, ciúme, ódio e rivalidade são enfatizadas, ao passo que a literatura especializada a respeito da amizade e da solidariedade entre irmãos ainda é escassa.

Apenas mais recentemente a relação fraterna começou a ser pensada para além da rivalidade costumeiramente abordada (Goldsmid, & Féres-Carneiro, 2011). De acordo com as autoras, o fato de, haver uma tendência a enfatizar mais a inveja, o ciúme e a rivalidade, em detrimento de um possível bom relacionamento entre irmãos, faz com que não se dê a devida importância ao papel que a função fraterna desempenha na estrutura familiar.

Oliveira (2006) afirma que estudos mais recentes vieram demonstrar que, no relacionamento entre irmãos, a rivalidade raramente existe sozinha. Carinho, heroísmo, lealdade e sentimentos de obrigação entre outros, estão em geral profundamente interligados e coexistem com a rivalidade e com outros sentimentos, como a raiva e o ciúme, que podem acompanhá-la.

Ainda salientando a relação fraterna como algo que vai além da rivalidade e do ciúme, as autoras Goldsmid e Féres-Carneiro (2011) citam uma definição de Losso (2001) sobre a função fraterna como sendo “de ajuda recíproca, de colaboração, de assistência em um nível de igualdade, de defesa dos direitos e de provisão de modelos de identificação diferentes do dos pais” (Goldsmid, & Féres-Carneiro, 2011, p. 774). O contexto da relação entre irmãos possibilita a elaboração da angústia e o desenvolvimento da criatividade. Além disso, a reciprocidade do ato de ensinar e aprender, também permite a liberação de agressividade.

Goldsmid e Féres-Carneiro (2011) relatam que, em sua experiência clínica, observaram não só relações afetivas rompidas entre irmãos, arrastadas para gerações seguintes, como relação de grande proximidade afetiva, em que os irmãos eram solidários, companheiros e cúmplices. Nesse segundo caso, quando os irmãos forem adultos, essa relação se estenderá à família mais ampla, isto é, o intercâmbio afetivo entre tios e sobrinhos vai refletir a amizade entre os primos. As relações fraternas podem vir a ser as mais longas da vida das pessoas. “Esse vínculo se inicia na infância e dura ao longo da vida, tem um poder emocional o qual modela a história de quem somos e de quem nos tornamos” (Oliveira, 2006, p. 63). Os pais morrem, os casais formam-se e os filhos nascem, os amigos mudam, mas, salvo em

condições excepcionais, os irmãos tornam-se os mais antigos companheiros de vida (Fernandes et al., 2007).

A fratria se inicia com o nascimento do segundo filho e dá origem ao conflito intrageracional, apontado por Goldsmid e Féres-Carneiro (2007): “Não escolhemos nossos irmãos, eles nos são impostos por nossos pais, mas com eles compartilhamos a nossa história de vida, nossas experiências, vivências e lembranças por mais tempo do que provavelmente com qualquer outra pessoa” (p. 293).

Para Oliveira e Cervený (2010), a relação com um ou mais irmãos muitas vezes é a única relação íntima e diária com iguais, envolvendo vivências comuns, somente divididas entre irmãos. É por esse motivo que um irmão tem grande impacto sobre o outro. “Esse impacto que se dá por meio da mútua socialização, do comportamento de ajuda, das tarefas e das atividades cooperativas, do companheirismo e também dos comportamentos negativos, agressivos e dos conflitos” (Oliveira, & Cervený, 2010, p. 94). Com essa colocação, a autora referencia a relação fraterna como a aquela que permite o aprendizado da disputa, da admiração, da inveja, da cooperação, da negociação, da imitação, da possibilidade de se comparar e se diferenciar, do dominar, do amar e do ceder - enfim, de uma gama de habilidades e sentimentos.

Goldsmid e Féres-Carneiro (2007) afirmam “Ser e ter um irmão vai-se constituir numa das três contingências vitalícias, pois assim como não há ex-pais nem ex-filhos, não existem ex-irmãos” (p. 293). Ser irmão é ter a mesma genealogia, a mesma herança no sentido amplo e pertencer à mesma geração, com diferenças de idade e cinquenta por cento de possibilidade de ser do mesmo sexo. O vínculo fraterno, por situar-se na mesma geração, é próximo, igual e simétrico, diferentemente do vínculo paterno-filial. Essa simetria permite maior liberdade entre seus membros, facilitando suas relações. A dominação de um irmão sobre o outro, se houver, é negociável e pode se inverter. Ela não é pressuposta, não define o vínculo, como ocorre na relação pai-filho (Goldsmid, & Féres-Carneiro, 2007).

Oliveira e Cervený (2010) ressaltam que não há um único tipo de vínculo ou uma única forma de relacionamento entre os irmãos, e sim “uma multiplicidade de vínculos que se arranjam entre si em diferentes padrões de relacionamentos” (Oliveira, & Cervený, 2010, p. 96). Ao longo do tempo, os vínculos entre os irmãos e

a relação fraterna, que tem seu início na infância, podem sofrer mudanças. Na adolescência, se dá o auge dessas transformações; e, com a fase adulta e a velhice pode vir o reequilíbrio e uma nova forma de manutenção dessa relação (Oliveira, & Cervený, 2010).

Conforme as diferentes fases da vida, o relacionamento entre os membros da fratria pode ser de mais atividades ou de uma maior quietude. Fatores como uma maior ou menor convivência, o sexo do irmão, a diferença de idade, o temperamento individual, os eventos de vida (casamento, morte, nascimentos, divórcio) são levantados pelas autoras como influenciadores na qualidade dessas relações de forma positiva ou negativa, facilitando-as ou não, tornando-as amigáveis e positivas ou negativas e destrutivas. Elas afirmam que o vínculo afetivo pode ser transformado e ressignificado ao longo da vida. Assim, é possível estabelecer diferentes vínculos, envolvendo diversos graus de proximidade afetiva com cada irmão.

Nesse sentido, Caligiuri (2015) narra o percurso analítico de três irmãs adultas “no crepúsculo de suas vidas”, uma história de relação fraterna permeada por repetidos desentendimentos e conflitos e de perdas traumáticas. Na intenção de compreender toda essa situação conflituosa na relação fraterna, essas irmãs buscaram atendimento psicanalítico. A autora pôde observar que o processo analítico propiciou um retorno ao passado delas, “ressignificando as experiências traumáticas desse passado e revelando novos sentidos, possibilitou a reconstrução da solidariedade e o resgate do sentimento de fraternidade para elas” (Caligiuri, 2015, p. 51). Impactada por leituras anteriores de publicações de Birman e de Kaës sobre o tema da fraternidade, a autora também pôde observar a importância das relações entre irmãos e sua implicação na constituição do sujeito e no estabelecimento dos laços sociais e afetivos. A relação fraterna é íntima, diária e intensa, envolvendo vivências comuns, divididas entre os membros da fratria. Ao longo do tempo, essa relação e os vínculos que se estabelecem podem ser transformados e ressignificados, como demonstra o relato de Caligiuri (2015) sobre as três irmãs no contexto analítico.

Estudos sobre a relação fraterna são escassos, apesar de sua importância para a formação do sujeito e do laço social, mesmo para os estudiosos sobre família. Na Psicanálise, são poucas as obras que fazem uma contribuição

sistemática ou específica sobre o assunto, assim como a respeito da influência das relações fraternas na personalidade, quando comparado com outros temas que norteiam o desenvolvimento psíquico dos sujeitos (Guimarães, 2014).

De acordo com Goldsmid e Férez-Carneiro (2007) e Kaës (2011), Freud em *Totem e Tabu* (Freud, 1913/1976), ao propor um mito da horda do início da civilização, constata a existência da fratria, da paridade e identificação entre os sujeitos. Faz a análise de uma horda primitiva governada por um pai admirado e protetor, mas, por outro lado, tirânico e opressor. Este pai detém para si o poder absoluto de vida e de morte, além de todas as fêmeas do grupo. Não atende às reivindicações sexuais dos demais machos nem igualmente de seus filhos e acaba atraindo para si toda a fúria e revolta. Por meio de um pacto entre a fratria, os filhos se reúnem e matam o pai. Freud apontou a inveja e o ciúme despertados pelo poder e pela posição do pai. Observou também a inveja e o ciúme entre os irmãos após o assassinato do patriarca, quando ocorre uma disputa de quem assumiria o lugar do pai morto. Movidos pelo sentimento de culpa e arrependimento pela morte do pai, os filhos se organizam em fratrias, que os tornam iguais (sentimento de paridade). Na intenção de evitar que um dos irmãos pudesse cometer outro assassinato, instituem o tabu do “não matarás”, assim como o tabu do incesto.

Goldsmid e Férez-Carneiro (2007) concluem sobre estes escritos de Freud (1913/1976) que a fratria se mostra como um acordo, um pacto que suporta a falta e tolera a diferença, e está continuamente ameaçada pela hostilidade e rivalidade fraterna. Cabe lembrar que as competições e disputas entre irmãos acontecem e não têm de todo uma conotação negativa, podendo propiciar também experiências e vivências positivas, como compartilhar e dividir, solidariedade e tolerância à frustração. A proibição do incesto entre irmãos leva Freud a articular “a organização dos laços fraternos e das relações do grupo de irmãos com a organização das relações sociais” (Kaës 2011, p. 28).

Guimarães (2014) destaca a biografia do próprio Freud realizada por Filippo Garozzo (2004), que traz as constatações de Freud acerca dos próprios conflitos sobre sua relação com os irmãos que marcaram sua primeira infância, como a inveja suscitada com o nascimento de seu primeiro irmão, Julius, e o sentimento de remorso após sua morte. A “busca da atenção de sua mãe enlutada, urinando em todos os lugares possíveis e a simulação de dores para conseguir o cuidado

carinhoso dela” (Guimarães, 2014, p. 06). Freud retorna ao sofrimento quando do nascimento de sua irmã mais nova, Anna.

Em sua obra, Freud (1908/1976) aponta sentimentos de raiva e inveja do irmão mais novo, que se vê impotente diante do irmão mais velho quando este o maltrata e rouba seus brinquedos. Como cita Diuna (2010), Freud não dedicou especificamente nenhum artigo ao tema da fratria, mas ele pode ser encontrado em diferentes textos e na descrição de alguns dos casos por ele analisados, que revelam como as experiências emocionais que envolvem os irmãos são importantes para a formação do psiquismo e podem repercutir na vida adulta deles.

Entre os casos apresentados por Freud, Diuna (2010) aponta o “caso Goethe” em que Freud refere-se à inveja que Goethe, com três anos de idade e primogênito, sentiu com o nascimento do irmão, mostrando que essa reação contribuiu para sua transformação em um jovem obstinado, indócil, que desafiava sem cessar a severidade da mãe. Embora Freud tenha observado que o nascimento de um irmão “represente a irrupção de um hóspede indesejado na casa” (Diuna, 2010, p. 19), um intruso, que leva a criança a experimentar sentimentos de inveja, ódio e competição pelo amor e atenção dos pais, ele também considerava a inveja como normal e necessária. Pelos relatos da análise do “caso do pequeno Hans” (Freud, 1909), um menino de três anos e meio, Freud pôde notar não só os sentimentos de inveja e ódio por ele experimentado, mas também outros efeitos com a chegada de um irmãozinho. Entre eles, o fato de ter estimulado a curiosidade de Hans sobre a sexualidade, trabalho mental que lhe permitiu elaborar as próprias teorias sexuais e observar e questionar o que lhe contavam sobre os bebês serem trazidos pela cegonha, além de uma curiosidade acentuada sobre a diferença entre o seu órgão sexual e o da irmã (Kaës, 2011; Diuna, 2010).

Outra contribuição sobre as relações fraternas é de Klein (1921/1981), com as noções de justiça e de lei. Com o nascimento do segundo filho, têm início partilhas, negociações, julgamentos. O primogênito necessitará reorganizar seu espaço e sua maneira de pensar, levando em conta a existência do mais novo. A fratria retira do filho mais velho o lugar de único e privilegiado que ele até então ocupava na relação com os pais. Para Klein (1921/1981), a relação com os irmãos e as irmãs desempenha papel fundamental. Ela afirma que “qualquer análise demonstra que todas as crianças sofrem de fortes ciúmes, tanto dos irmãos e irmãs menores como

dos maiores” (Klein, 1921/1981, p. 236). As crianças, até as mais novinhas, têm um conhecimento inconsciente de que os bebês crescem no útero materno e por ciúmes dirigem grande ódio ao bebê recém-nascido, muitas vezes ainda no útero da mãe, despertando fantasias de desejos de destruí-lo (Klein, 1921/1981). Kaës (2011) levanta também as concepções de Klein sobre a ambição como um dos modos mais importantes da relação fraterna. Para ela, ambição é o sentimento de cólera que o sujeito experimenta quando teme que outro possua alguma coisa de desejável e que, de forma geral, o leva a querer possuir o que o outro possui para ser o que ele é. Kaës (2011) faz referência ao “caso Erna”, uma menina de seis anos, analisada por Klein, que mesmo sendo filha única, experiência muita inveja. Entre muitas outras questões, Klein aborda o fato de que irmãos imaginários também se constituem em objetos de inveja e agressividade.

Ressalta-se Adler (1870-1937), discípulo e dissidente de Freud, que defendia a teoria da importância do contexto parental na formação da personalidade. Segundo Kaës (2011) e Fernandes et al. (2007), Adler foi um dos primeiros a estudar as relações fraternas e a relacionar traços da personalidade com a posição na fratria. “O autor não fez um estudo sistematizado da questão fraternal, mas definiu, em traços gerais, a personalidade do filho mais velho, do segundo, do meio, do mais novo e do único” (Fernandes et al., 2007, p. 299), além de referir outras posições fraternais, tais como: único rapaz entre meninas, gêmeos, apenas meninas. Observou, assim, que também o sexo e o número de irmãos influíam na personalidade (Fernandes et al., 2007).

Kaës (2011), ao abordar os estudos de Adler (1957), cita o “destronamento” do primogênito pelo caçula. Se antes do nascimento do irmão a atenção dos pais era toda voltada para ele, agora deverá partilhar com o irmão mais novo, que acabará monopolizando os pais devido aos cuidados constantes que um bebê requer. O primogênito, então, tentará conquistar a todo custo a sua grandiosidade em relação aos pais ou aos irmãos. Trará como traços de características a independência, a competitividade e o conservadorismo, enquanto o caçula carregará a marca da inferioridade, que tentará compensar com a vontade de poder. Assim, segundo Kaës (2011), para Adler as relações fraternas são caracterizadas por uma rivalidade com o objeto, sendo o irmão aquele que priva o outro do alimento e do amor materno.

Alguns autores mais contemporâneos passaram a estudar a função fraterna e consideram a fratria uma entidade psíquica grupal, sincrônica, com um aparelho psíquico específico, diferente da soma dos psiquismos individuais dos irmãos e das irmãs. O laço fraterno diferenciado da relação fraterna fica definido pelo partilhar do mesmo laço de filiação, ou seja, ser irmão ou irmã em uma mesma família (Goldsmid, & Féres-Carneiro, 2007). Já o vínculo fraterno seria uma construção psíquica comum aos membros de uma fratria que lhes permite distinguir-se como subgrupo dentro do grupo familiar.

Kaës (2011) desenvolveu e publicou vários estudos sobre as relações horizontais, que se iniciam dentro do núcleo familiar no convívio com os irmãos, também denominadas relações fraternas. Kaës (2011) apontou para a importância do irmão na constituição do psiquismo e seu papel fundamental na construção da subjetividade, considerando a fratria como o conjunto de todos os filhos de um casal. Levando em conta as mudanças que a estrutura familiar sofreu com o passar dos tempos, o autor atualmente, aceita uma extensão na definição de fratria, pois inclui meios-irmãos, que não apresentam nenhum laço de consanguinidade, ou parcial com apenas um dos membros do casal, como nas famílias recompostas, por exemplo. “Portanto, uma fratria se qualifica mais pelos laços emocionais e afetivos, morais e sociais que unem os irmãos e as irmãs” (Kaës, 2011, p. 18).

O autor fez um estudo sobre o complexo fraterno, que ocupando lugar de grande importância em sua obra, considera que as relações entre os membros da fratria formam um complexo, o complexo fraterno que para ele, “é um dos organizadores psíquicos inconscientes do laço, de todo laço: de família, de casal, de grupo” (Kaës, 2011, p. 46) Ele observa que “a análise deste laço integra também as relações entre as imagos, as relações de objetos, as identificações, os mecanismos de defesa dos sujeitos que travam entre um laço” (Kaës, 2011, p. 46). O laço fraterno, a seu ver, implica fundamentalmente as diversas modalidades de alianças, conscientes e inconscientes, que fazem os sujeitos manterem-se juntos. As relações entre os irmãos não se caracterizam apenas pela inveja, pelo ódio e pela ambição, mas também pelo amor e pelas identificações, sendo que “sua estrutura é organizada conjuntamente pela rivalidade e pela curiosidade, pela atração e pela rejeição que um sujeito experimenta diante deste outro semelhante que em seu mundo interno ocupa o lugar de um irmão ou de uma irmã” (Kaës, 2011, p. 11).

Com a chegada do irmão, a criança é obrigada a renunciar a considerar-se o objeto exclusivo e privilegiado da figura materna, o que é apontado por Goldsmid e Féres-Carneiro (2007) como um facilitador da diferenciação do real e do imaginário e assegura a mediação e o intercâmbio entre a realidade psíquica e a realidade grupal em seus componentes familiares, sociais e culturais (Goldsmid, & Féres-Carneiro, 2007). As autoras fazem uma comparação da chegada do irmão na família com a chegada de um estrangeiro, como o surgimento de um estranho que invade, usurpa, transtorna a harmonia familiar, aquele que com sua presença perturba o equilíbrio constituído. Com ele, é introduzida a noção de mudança e de paridade.

O nascimento de um irmão é vivenciado como um período de grandes transformações na família, acompanhado tanto de sensações positivas quanto negativas por parte daquele que recebe o irmão, e exige deste um difícil período de adaptação (Oliveira, 2006). Toda essa rede complexa de vivências inicia-se já com a notícia da gravidez, e o primogênito, até então filho único, geralmente vivencia sentimentos de ambivalência, tanto em relação aos pais, quanto com relação ao futuro irmão, e raiva, ciúme e rivalidade podem surgir.

Os irmãos são muito importantes uns para os outros na formação de suas personalidades e têm um papel significativo na constituição do sujeito; pela percepção das diferenças e semelhanças, cada um poderá se perceber enquanto sujeito. Com a experiência de viver em grupo, proporcionada pela família, os irmãos não só despertam sentimentos de ciúme e inveja, mas são também objeto de amor. O ciúme possibilita a cada um dos irmãos se definir melhor, pelo jogo das semelhanças e diferenças entre si. Por vezes, os irmãos podem se constituir em importantes objetos de identificação e diferenciação, numa rede de apoio uns para os outros, principalmente se as figuras parentais são deficitárias ou faltam (Goldsmid, & Féres-Carneiro, 2011). O vínculo entre os irmãos é de tamanha importância que as autoras acrescentam que ele pode desempenhar um papel fundamental como sustentáculo do equilíbrio familiar em crise, como separação dos pais, doença, morte de um dos pais, de ambos, ou de outros.

O estudo realizado por Dórea (2010) com cinco irmãos saudáveis de pacientes crônicos cardiopatas hospitalizados permitiu avaliar os efeitos psicológicos decorrentes da convivência com o irmão doente e as repercussões da hospitalização dele na criança saudável. O instrumento foi a entrevista lúdica (hora ou observação

lúdica), que apontou que a maior fonte de sofrimento desses irmãos eram a separação e o afastamento de seus pais e do irmão doente. Os irmãos saudáveis não demonstraram explicitamente ciúme ou rivalidade. Os sentimentos mais observados foram amor e compaixão. Eles se preocupam muito com a possibilidade do irmão doente sentir dores, demonstrando também grande capacidade de empatia e solidariedade para com ele.

Ao pesquisar o tema fraternidade, Diuna (2010) pôde constatar, pela observação da visita de irmãos de alguns pacientes internados na UTIP, a importância e a contribuição positiva do laço fraterno tanto para o paciente como para o irmão que sofre por ter um membro de sua família internado. Verificou ainda que, em muitos casos, primos e amigos também desempenham a função fraterna, apresentando laços de amizade e solidariedade. O estudo permitiu que percebesse que o “papel que o irmão exerce sobre o psiquismo vai muito além do pertencimento familiar, já que o resgate dessa relação num ambiente onde a angústia reina mostrou o cuidado com o outro e seu reconhecimento com um igual” (Diuna, 2010, p. 80).

Este projeto de pesquisa se insere nesse contexto, da hospitalização, da fratria, das relações fraternas, buscando estudar como os irmãos de pacientes vivenciam a hospitalização do irmão doente, no momento da visita a ele na UTI de um hospital público infantil. Tem uma atenção não só voltada para o paciente, mas também para a família, em especial os irmãos, promovendo um cuidado humanizado e valorizando os diferentes sujeitos no processo de saúde e doença, proposta contemplada no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), apresentado no próximo capítulo.

1.2 HUMANIZAÇÃO

O tema humanização vem despertando um interesse cada vez maior entre profissionais de diversas áreas e muitas discussões sobre o assunto têm sido promovidas no contexto da saúde coletiva. O debate sobre a humanização dos cuidados em saúde não é novo, tão pouco modismo ou conceito de ocasião. Deslandes (2006) esclarece que “o debate, esforço conceitual e luta por novas possibilidades de organização desses cuidados não são de forma alguma novos no campo de saúde” (p. 33). A autora verificou que alguns conceitos e modelos ainda permanecem nesse campo e que, por outro lado, houve o amadurecimento de certos questionamentos.

No Brasil, o tema ganhou legitimidade no ano 2000, quando o Ministério da Saúde elaborou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com o propósito de promover uma mudança de cultura no atendimento à saúde (Lima, 2007). Constavam como objetivos do PNHAH; resgatar o atendimento mais humanizado na área da saúde; melhorar a qualidade e eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar, além de recuperar a imagem dos hospitais públicos perante a comunidade; capacitar os profissionais dos hospitais para um conceito de atenção à saúde baseado na valorização da vida humana e da cidadania; conceber e implantar novas iniciativas de humanização, beneficiando tanto os usuários como os profissionais de saúde; estimular as parcerias e trocas de conhecimentos; desenvolver um conjunto de indicadores de resultados para incentivos ao tratamento humanizado (Ministério da Saúde, 2001).

O PNHAH propunha um conjunto de ações integradas que visava mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados na ocasião pelas instituições (Ministério da Saúde, 2001). O empenho do Ministério da Saúde e o comprometimento de todos os envolvidos com o PNHAH comprovam que a importância dada à relação humanitária não é apenas mais um modismo, e sim, antes de tudo, uma necessidade ética para com os usuários e para com os profissionais que atuam no setor da saúde (Leite, & Strong, 2006). Esse programa teve como proposta implantar ações em hospitais com o intuito de criar comissões de humanização dedicadas à melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, posteriormente, ao trabalhador (Lima, 2007).

Conforme argumenta Deslandes (2004), o PNHAH seguia três eixos discursivos sobre a humanização da assistência, não apresentando uma definição clara de fato. No primeiro, destacava-se a humanização como oposição à violência física ou psicológica, com referência aos maus-tratos físicos e psicológicos sofridos pelos usuários nos serviços públicos de saúde. No segundo eixo, a humanização era vista como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento. O terceiro trazia a ideia de humanização como melhoria das condições de trabalho para os profissionais de saúde e da qualidade de atendimento à saúde do usuário.

O programa apontava também para um problema de comunicação entre gestores, profissionais e usuários que interfere de forma negativa na atenção à saúde, fazendo uma proposta de ampliação do processo de comunicação. Segundo Mezzomo (2003), o PNHAH propunha uma mudança cultural. Essa mudança era complexa porque dizia respeito ao modo de pensar, tratar e agir em relação aos pacientes, aos familiares e aos profissionais de saúde. Por isso, ela devia ser compreendida pela mente, aceita pela vontade e acolhida pelo coração (Mezzomo, 2003).

O PNHAH foi extinto no final de 2002 e, em fevereiro de 2003, o Ministério da Saúde definiu-se pela construção da Política Nacional de Humanização (PNH), com a proposta de expandir a humanização para além de o ambiente hospitalar, constituindo uma política de assistência, e não apenas um programa específico, intitulada Humaniza SUS. Tem como objetivos “efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas e gestão qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários” (Ministério da Saúde, 2004). A PNH deve estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. Apresenta como diretrizes o acolhimento, a gestão participativa e a cogestão, a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalho e do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários.

A PNH do Ministério da Saúde compreende por humanização a valorização dos diferentes sujeitos que compõem o processo da produção de saúde – pacientes, colaboradores e gestores, enfatizando a autonomia e o protagonismo desses sujeitos; a corresponsabilidade entre eles; o estabelecimento de vínculos solidários; a identificação das necessidades da saúde; a mudança nos modelos de atenção e a

participação coletiva nos processos de gestão, tendo como objetivo as necessidades dos cidadãos; o compromisso com o ambiente; e a melhoria da qualidade de trabalho e atendimento (Ministério da Saúde, 2004). A humanização é a responsabilização entre os serviços de saúde e a sociedade, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento e de reconhecimento dos limites do paciente, e representa uma conquista na melhoria do atendimento à saúde dos pacientes e na condição de trabalho dos profissionais (Ministério da Saúde, 2004).

Vários autores se debruçaram sobre o tema e seu significado. O termo humanização constitui o ato ou ação de humanizar. Humanizar ou humanar significa tornar humano. Humano, por sua vez, é definido como aquilo que é relativo ao homem ou próprio dele (Selli, 2003). A autora conclui que humanização pode ser entendida como o ato ou ação de tornar humanas as relações, ou seja, levar em consideração tudo que é relativo ao homem ou próprio dele.

Mezzomo (2003) partilha do mesmo pensamento quando afirma que a humanização começa e termina nas relações humanas. Somente nos humanizamos pelas relações humanas estabelecidas pelo ato de cuidar; portanto, a humanização é uma construção possível pelos cuidados humanos.

Como dizem Pessini e Bertachini (2014), humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. O sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo, para ser humanizado, precisa ser reconhecido, e não só pela expressão das palavras. Humanizar a assistência hospitalar implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que pense e promova as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais com base na dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade (Pessini, & Bertachini, 2014).

A humanização dos hospitais é uma questão de respeito à cidadania, pois o doente é, acima de tudo, um cidadão que, na situação em que se encontra, está necessitando do maior amparo possível. Segundo Baraúna (2003), um atendimento digno dispensado ao paciente requer respeito ao ser humano e à família. O acolhimento, o afeto e o calor humano devem estar presentes em todos os momentos da hospitalização.

A humanização tem sido estudada em todo o âmbito da saúde visando proporcionar um tratamento eficiente que considere a totalidade do indivíduo e tenha como característica principal o cuidado para com o ser humano doente e a promoção da sua saúde, compreendendo o bem-estar físico, mental, social e espiritual, e como prioridade a beneficência, que significa fazer o bem ao paciente internado. Outra característica da humanização é a justiça, na qual a dignidade do ser humano tem que ser respeitada (Pessini, & Bertachini, 2014).

Enfim, as definições e relações que podem ser estabelecidas com a humanização são muitas: o ato de humanizar, tornar humanas as relações, solidariedade, valorização da vida, respeito à singularidade, à ética e dignidade das pessoas. Na área da saúde, ela tem uma estreita relação com o ato de cuidar do outro.

Waldow, e Borges (2011) afirmam “O cuidado é entendido como um modo de ser, sem o cuidado deixa-se de ser humano” (p. 415). As autoras apontam que, segundo a visão filosófica heideggeriana, o ser humano vive o significado da própria vida por meio do cuidado. Waldow, e Borges (2011) complementam “É um modo de ser essencial, ele se encontra na raiz primeira do ser humano” (p. 415). Elas afirmam “que não é apenas uma conotação existencial do cuidar, mas também relacional”, isto é, estar com o outro e fazer para o outro. O que implica interessar-se pelo outro e, de certa forma, completar-se um no outro (Waldow, & Borges, 2011, p. 415).

Waldow e Borges (2011) citam que “O cuidado faz parte da capacidade humana, ao satisfazer uma resposta a algo ou alguém que importa, atualizando nosso potencial para cuidar” (p. 415). As autoras concluem que o cuidado reúne atos, comportamentos e atitudes que podem variar de acordo com as condições das situações e com o tipo de relacionamento que se estabelece. Uma relação entre humanização e o cuidar estabelecida por Waldow e Borges (2011) é a de que humanizar é afirmar o humano na ação, o que significa cuidado, porque só o ser humano é capaz de cuidar no sentido integral, de forma natural, consciente.

Ayres (2006) aborda a temática do cuidar e conclui que é um exercício, a prática de nossa humanidade. É o que o profissional acrescentará a suas ações, desencadeando o processo de cuidar. De acordo com Ayres (2006), o cuidado na área da saúde pode ser nomeado como cuidado humanizado ou humanização do cuidado, uma consequência do humano. A grande questão ou desafio é levar essa

atitude mais filosófica e reflexiva aos planos mais específicos da organização e efetivação da atenção à saúde (Ayres, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2001), o que levou à implantação do PNHAH foi justamente a identificação do número significativo de queixas dos usuários referentes a maus-tratos nos hospitais, cuidados desrespeitosos e até mesmo violentos nesses serviços de saúde. Isso trouxe um grande desafio: promover a mudança no cuidado, tornando-o humanizado, e a valorização da intersubjetividade nas relações (Ministério da Saúde, 2001).

De modo geral, o ser humano é envolvido por sentimentos, atitudes e ações: cada pessoa tem o próprio modo de sentir, agir e vivenciar as situações. Diante do processo de hospitalização, ocorre o mesmo: cada um reage de determinada maneira. É preciso olhar o paciente como um ser único, com necessidades e crenças individuais, construídas com base em seu mundo subjetivo e social, que precisam ser contempladas e incorporadas ao cuidado (Bolela, 2008).

Vale lembrar que a PNH enfatiza que o processo de humanização deve incluir também os profissionais da saúde (Ministério da Saúde, 2004) – e isso implica a necessidade de qualificá-los. Com uma formação muitas vezes tecnicista, que não facilita a criação de ações mais humanas para lidar com o outro no ambiente da UTI, nem tampouco para estabelecer relações solidárias e compreensivas, principalmente com os usuários (Ministério da Saúde, 2004), esses profissionais, em geral, apresentam-se despreparados. A questão se agrava com o desgaste físico e emocional, gerado pela estrutura e organização do trabalho, assim como pelos efeitos dos fatores estressores característicos da UTI e pelo contato constante com o sofrimento humano.

O Ministério da Saúde (2004) afirma, por meio do PNHN, que o campo das relações humanas que caracterizam qualquer atendimento à saúde, “é essencial agregar à eficiência técnica e científica uma ética que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que acolha o desconhecido e imprevisível, que aceite os limites de cada situação”. A humanização é traduzida assim em melhor qualidade de atendimento ao usuário e melhores condições de trabalho para os profissionais (Ministério da Saúde, 2004).

1.2.1. A UTI e a humanização do cuidado

Embora já exposto anteriormente, vale lembrar que a UTI se caracteriza por ser um ambiente fechado, sem janelas, com camas muito próximas, geralmente com circulação de ar e iluminação contínua e artificial, nível de ruídos alto, devido a monitores e aparelhagem complexa e choro de crianças (Oliveira, 2002). Atendimento intensivo da equipe médica e de enfermagem, com assistência especializada para pacientes em estado grave, ou com risco de morte, que necessitem de observação e monitoramento constante das funções vitais e, situações de urgência e emergência muitas vezes imprevisíveis (Orlando, 2002).

Todo esse contexto promove um ambiente tenso e muito estressante para os pacientes, familiares e profissionais (Moura, & Mohallem, 2003; Orlando, 2002) que propicia sentimentos como medo (da dor, do sofrimento, da incerteza e da morte), solidão, abandono, desamparo e tristeza, tanto por parte dos pacientes como de seus familiares, configurando um local e uma situação de difícil vivência e convivência (Moura, & Mohallem, 2003).

A UTI é, portanto, o local onde urge o cuidado humanizado, que deve estar atento aos sentimentos e dificuldades desses sujeitos em situação tão vulnerável, necessário considerá-los e atenuá-los. Até mesmo a organização do trabalho na UTI, por si só, pode ser um fator determinante de desumanização desse setor, uma vez que os pacientes são colocados com pessoas estranhas (profissionais e outros pacientes) e retirados do convívio com seus familiares, sendo permitida tal interação somente em horários predeterminados e pouco flexíveis (Bolela, 2008). A autora segue afirmando que esses pacientes ficam impedidos de realizar atividades simples da rotina diária, são desprovidos de sua autonomia, da vontade própria, opinião e privacidade. Enfim, destituídos da subjetividade inerente ao ser humano. Cabe aqui, a reflexão e a aplicação de um dos princípios norteadores da PNH, a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, aliada ao atendimento das necessidades amplas da tecnologia (Ministério da Saúde, 2004), incluindo a UTI Pediátrica.

A situação da hospitalização configura-se como de perdas sucessivas, como a perda da saúde, da rotina, da autonomia e privacidade, do brincar, do convívio com a família, os amigos e a escola (Mitre, 2006). A autora acrescenta que a experiência

da hospitalização traz consigo uma marca de ruptura com a vida cotidiana, acarretando uma série de alterações para o paciente e sua família.

O ingresso no hospital significa abandono, mesmo que temporário, do ambiente familiar, que, *a priori*, dá segurança e sobre o qual é possível ter controle. Além disso, algumas atividades corriqueiras podem causar desconforto e constrangimento, como o sono interrompido, o banho no leito, a alimentação restrita ou suspensa em função do quadro clínico ou a realização de algum procedimento. Morsch e Aragão (2006) contribuem com essas afirmações ao destacar que todas as atividades em um hospital são programadas em torno dos cuidados em relação à doença e das rotinas preestabelecidas pela instituição (banho pela manhã, almoço em determinado horário, entre outros), modificando a rotina até então conhecida pela criança e acentuando a perda da sua autonomia e a de seus cuidadores familiares.

Como já citado anteriormente, a humanização proposta pela PNH (Ministério da Saúde, 2001) pressupõe, entre outros requisitos, o atendimento de boa qualidade, o respeito à singularidade e aos direitos dos usuários e uma melhora na relação entre profissionais da saúde e usuários. Segundo Mitre (2006), na área de cuidados pediátricos isso significa reconhecer a criança como cidadã, portadora de direitos, e promover condições para que ela participe do processo de produção de saúde, o que na prática não é tão simples assim.

O adoecer é sempre uma experiência singular. Crianças com o mesmo diagnóstico, internadas no mesmo local, experienciam o adoecimento de diferentes maneiras. É preciso atentar para o fato de que, para cada criança, segundo Mitre (2006), o adoecimento e a hospitalização trazem consequências e limitações que extrapolam os sinais e sintomas físicos. É fundamental que essa criança seja percebida como um agente, complexo e singular, e que tenha a seu dispor recursos para mostrar-se como tal.

Morsch e Aragão (2006) lembram que, por algum tempo, pensou-se que humanização em hospitais pediátricos seria apenas a possibilidade de os pais acompanharem seus filhos durante a internação, tanto em enfermarias quanto em UTIs, respondendo às teorias de autores como Spitz (1979), Winnicott (1982) e Bowlby (1989), que descreveram o que se passa com as crianças quando separadas de sua mãe no caso de hospitalização. No Brasil, o direito da criança a

um acompanhante em tempo integral durante a hospitalização passou a ser garantido em 1990, com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, somado ao compromisso por parte dos hospitais, que até então opunham grande resistência.

Diante de todo esse contexto e com o surgimento da PNHAH, deu-se início a algumas práticas institucionais de humanização da assistência no âmbito do SUS: Programa de Humanização do Parto, Programa de Acolhimento com Classificação de Risco, Programa Cuidando do Cuidador e Programa Familiar Participante. Além dessas práticas, o Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru e o Programa de Humanização das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, incluindo o Programa Visita de Irmãos, que, de acordo com Morsch e Aragão (2006), incentivam o acolhimento de toda a família nos cuidados intensivos neonatais, não só os pais, mas também os avós e os irmãos dos bebês vêm sendo considerados parceiros das equipes de saúde.

Em 2005, foi aprovada a Lei nº 11.104, segundo a qual todo hospital que ofereça atendimento pediátrico em regime de internação deve ter uma Brinquedoteca, espaço provido de brinquedos e jogos educativos destinados a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar. No hospital, essa atividade espontânea e prazerosa para os infantes traz alegria e resgata a condição de ser criança (Mitre, 2006). A autora enfatiza que a atividade lúdica é percebida por familiares e profissionais como uma possibilidade de a criança ganhar ou construir algo de positivo em um momento de tantas perdas, com o adoecimento e a hospitalização.

O Programa Visita de Irmãos vem sendo recomendado desde 2002 como parte do Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, em geral internado em UTI Neonatal. Busca promover o bem-estar global da criança hospitalizada em UTI, assim como de seus familiares e em especial de seus irmãos. De acordo com Morsch e Delamonica (2005), as discussões sobre os resultados dessa prática são escassas, bem como os relatos da ocorrência dessas visitas, encontrados em alguns artigos nacionais, como os de Scochi, Kokuday, Riul, Rossanez, Fonseca e Leite (2003). As autoras citam ainda o trabalho da Unidade Materno-Infantil do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão e o da UTI Neonatal da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, em Fortaleza. Há

programas similares em diferentes lugares do mundo, que também incluem o acompanhamento de irmãos por equipes das UTIs Neonatais.

Assim, os relatos de experiências sobre visita de irmãos, particularmente na UTI Pediátrica, e não apenas neonatais, são ainda mais raros. Podemos citar como exemplo a pesquisa de Diuana (2010), cujo objetivo foi analisar a importância do laço fraterno na constituição do sujeito e suas repercussões no ambiente intensivista pediátrico. Trata-se de um estudo teórico, somado à observação e análise da visita de irmãos no ambiente de uma UTIP, das quais a autora retirou alguns fragmentos clínicos da visita de sete irmãos. Eles apresentaram diferentes questões emocionais e relacionais que corroboraram as teorias levantadas pela autora, como o surgimento de distúrbios psicossomáticos no irmão mais velho a partir da internação do paciente, a tristeza do irmão devido ao afastamento da mãe, que passou a acompanhar o paciente durante a hospitalização, o medo do abandono dos pais e da morte do irmão internado, ciúme e rivalidade. Por outro lado, foram constatados laços de amizade e solidariedade entre os irmãos, a valorização dos vínculos horizontais e a identificação com o semelhante.

Morsch e Delamonica (2005) apresentaram a análise das repercussões do programa em uma clínica privada na cidade do Rio de Janeiro e concluíram que a visita de irmãos permite que a família se reúna durante a internação do bebê em UTI, resgatando os papéis e as funções de cada um de seus membros, e que os irmãos saudáveis conheçam o local onde está o irmão doente e seus pais e passem a entender e compreender melhor o que acontece com o irmão internado, além de ajudar a recuperar parte da dinâmica familiar. Esse trabalho possibilitou a observação de fantasias de abandono, do temor à perda do amor parental e da insegurança por parte do irmão saudável. Ainda resgatou a autoestima de todos os integrantes da família e propiciou à equipe o conhecimento mais integral da família, mais sensível e mais humano.

A Visita de Irmãos na hospitalização em UTI ainda não é uma prática comum no Brasil, sendo que o regulamento de alguns hospitais concede no máximo a entrada de adolescentes. Borges, Genaro e Monteiro (2010) analisam alguns argumentos que podem servir como obstáculo à entrada de crianças saudáveis em UTI: a exposição delas à infecção hospitalar e o favorecimento de trauma psicológico ou descompensação por elas não entenderem a doença nem a morte.

Borges, Genaro e Monteiro (2010) mostram que na literatura não há evidências que confirmem o argumento sobre o risco de infecção hospitalar - é esse, porém, o principal motivo apresentado pelas equipes de saúde. De forma secundária, surge como argumento o medo de a equipe não saber lidar com as demandas emocionais que esse tipo de visita pode acarretar. Em contrapartida, as autoras apontam que a visita de uma criança a um parente na UTI diminui a ansiedade e os sentimentos relacionados ao abandono e ao medo de morte. Ela passa a ter noção da doença e torna-se mais participativa no processo de internação. Além disso, a visita de uma criança pode trazer diversão, esperança e senso de normalidade para o parente internado e, se bem conduzida, poderá ser uma experiência benéfica para o paciente, a família e a própria criança visitante.

O Programa é desenvolvido de forma responsável e cuidadosa, em geral por um psicólogo, obedecendo a um protocolo ou fluxograma de acolhimento do irmão visitante. Este protocolo tem como objetivo esclarecer dúvidas com relação à UTI e à internação e prepará-lo para a visita conforme seu desenvolvimento cognitivo e psicológico (Morsch, & Delamonica, 2005).

O Programa Visita de Irmãos nas UTIs propicia um cuidado humanizado para o paciente e sua família. Olha para o paciente como um ser único e integrado, com necessidades individuais, com respeito à singularidade, à ética e à dignidade. Está voltado não só para o bem-estar do paciente, mas também para o de seus irmãos e pais, indo ao encontro de um dos preceitos da PNH que se refere à valorização de todos os sujeitos que compõem o processo de produção de saúde, enfatizando a autonomia e o protagonismo desses sujeitos e a corresponsabilidade entre eles.

Assim, este trabalho teve a expectativa de que o irmão ao participar da visita facilite esse processo de humanização e autonomia. Um dos instrumentos empregado nesta pesquisa foi o Procedimento de Desenhos-Estórias, que nos auxiliou nessa investigação e será apresentado a seguir.

1.3 O PROCEDIMENTO DE DESENHOS-ESTÓRIAS

Crianças brincam, desenharam, rabiscam e o fazem com prazer. Trata-se de uma produção impregnada de liberdade, e a criança, em geral, oferece o desenho de presente, como uma parte de si, a um adulto. Inconscientemente, ela bem sabe que aquele desenho fala dela mesma, sobre seu desenvolvimento, desejos, temores e mesmo angústias (Cognet, 2013). Como aponta Hammer (1991), o indivíduo começa a comunicação gráfica em uma época muito precoce de sua vida. A criança desenha antes de saber escrever. Quando está envolvida nesse tipo de atividade, segundo Mèredieu (2000), todo seu corpo participa, e ela sente prazer nesse gesto.

Silva (2008) descreve muito bem a criança ao desenhar: ela se deita sobre a folha de papel, sorri, faz caretas, mexe os pés, eventualmente as mãos, ou olha para cima, pensativa. De acordo com a autora, a expressão gráfica tem sua origem no gesto. Trata-se do registro dele. A criança percebe que um gesto deixa uma marca, seja na areia em que apoiou a mão, na janela embaçada do carro em que deslizou o dedo. A partir daí, ela passa a repetir outros gestos para observar a marca que produz e a experimentar novas possibilidades de registro. Como não há a intenção de representar algo do mundo, mas apenas de observar os efeitos do movimento, isso não configura um desenho.

O lápis, o giz de cera e a tinta passam a ser utilizados gradualmente pela criança e a auxiliarão a diferenciar e ampliar as possibilidades de registro. No plano gráfico, a criança começa com o desenho informal, ou seja, “inicia pelo rabisco, movimento oscilante e depois giratório” (Mèredieu, 2000, p. 24). A autora complementa dizendo que o rabisco é realizado pelo simples prazer do gesto. Apenas quando nota que seu gesto produziu um traço, é que tornará a repeti-lo pelo prazer do efeito que causa. Os primeiros rabiscos, nos primeiros anos de vida da criança, consistem em formas circulares e espirais ovaladas, realizadas com apenas um traço, que passam mais tarde para o traçado interrompido, evoluindo para o traçado de linhas retas e, só depois, para a formação de ângulos agudos.

A criança começa então a ter noção dos limites do papel e das relações figura-fundo, e ao prazer motor associa-se o prazer visual. Silva (2008), baseando-se em Derdyk (1994), postula que, a partir disso, ela observa seus registros, os modifica ou combina e aos poucos associa alguma de suas produções a algo que vê. Percebe

que pode representar a si e ao mundo por meio dos registros que produz no papel, passando a estabelecer relações e analogias com a atuação preponderante da memória.

A percepção, a conceituação e a memória irão compor o desenho, e os detalhes que a criança descobre naquilo que vê serão incorporados à representação, ao seu desenho. Por volta dos quatro anos de idade, a maioria das crianças já apresenta um repertório relativamente amplo para desenhar vários objetos. Pesquisadores como Hammer (1991) e Di Leo (1985) confirmam que a figura humana é o tema preferido delas, muito antes de objetos ou outros motivos.

Com o início da alfabetização, aos seis ou sete anos, a criança começa a perder a expressão livre e espontânea. Como aponta Silva (2008), há a domesticação dessa expressão, que passa a sofrer interferências, julgamentos e críticas externas. Justamente pelo fato de a criança estar presente integralmente em tudo o que faz é que seus desenhos refletem a sua personalidade, envolvendo tanto aspectos cognitivos como afetivos (Silva, 2008).

Grubits e Harris (2008) apontam também a contribuição motora e perceptiva, assim como a maturação cerebral, na evolução do desenho da criança. Afirmam que a produção do desenho evolui paralelamente ao saber geral, o qual modifica progressivamente as capacidades do desenhista de perceber o mundo ao seu redor, transforma as imagens mentais que ele constrói e as projeções que realiza desenhando.

O fato de o ser humano fazer parte de um ambiente social e cultural e sofrer suas influências impõe o modo de representação e as formas de expressão e comunicação em relação aos objetos e às pessoas. Grubits e Harris (2008) concluem que a atividade gráfica é a expressão de nós mesmos, em um determinado momento de nossa história pessoal, e das interações com nossos familiares e amigos. O desenho infantil mostra como a criança, por meio do que está ao seu redor, vive os significados que ela lhes atribui. A criança indica pelos desenhos, na situação concreta, o que ela não pode dizer de seus sonhos e emoções (Grubits, & Harris, 2008).

O desenho e seu uso no campo da Psicologia têm sido motivo de muitas pesquisas e estudos, denotando o grande interesse e a importância tanto para o

desenvolvimento de técnicas para processos de investigação como para fins terapêuticos. Já no final do século XIX, acreditava-se que o desenho de crianças podia ser indicador de desenvolvimento psicológico ou maturidade intelectual. Em 1926, Florence Goodenough desenvolveu a primeira escala com critérios objetivos de análise do Desenho da Figura Humana (DFH) para esse fim (Hutz, & Bandeira, 2000). O caráter desenvolvimental do DFH foi estudado por autores no mundo todo, como Harris, em 1963, e Koppitz, em 1968. No Brasil, estudos recentes confirmam os achados dos primeiros autores, ainda que com as crianças brasileiras da atualidade (Rosa, 2018).

Um caráter projetivo foi conferido ao DFH com estudos de Machover em 1949 e de Koppitz em 1968. Em pesquisa mais recente de Souza e Zanetti (2015) com 173 crianças e adolescentes que utilizaram o DFH aplicado segundo a técnica de Machover, as autoras reforçaram a eficácia do DFH como técnica projetiva. O estudo revelou a importância do desenho no diagnóstico e sua riqueza para discriminar as angústias predominantes em cada faixa etária. Buck (2003) em 1948 fez uso do desenho da casa, da árvore e da pessoa para propor o Teste da Casa-Árvore-Pessoa (*House-Tree-Person* - HTP), entendendo também que o desenho possibilita uma análise da projeção de elementos da personalidade, conflitos e interesses dos participantes .

É de suma importância o trabalho de Hammer (1991) sobre as projeções nos desenhos e suas aplicações clínicas. Para o autor, o desenho permite perceber a singularidade de cada um e tende a refletir a configuração geral da personalidade do indivíduo, assim como suas ansiedades, inseguranças, dores, desejos, ficções e necessidades. Ele considera os desenhos projetivos um instrumento clínico que atinge camadas mais profundas das experiências, dos pensamentos e sentimentos.

Di Leo (1985), estudioso da infância e dos desenhos, considera os desenhos como uma rica fonte de informações sobre crianças e adultos. Nas palavras do autor, cada desenho reflete a personalidade do desenhista; no caso de crianças pequenas, fala mais sobre o artista do que o objeto retratado. É uma expressão pessoal, assim como seu significado, e revela tanto os aspectos afetivos da personalidade quanto os cognitivos (Di Leo, 1985). Van Kolck (1981; 1984) também direcionou todo o seu trabalho para o estudo das projeções nos desenhos,

desenvolvendo um guia prático para avaliação e interpretação deles, em especial o da figura humana, da árvore e do desenho livre.

Como um grande marco em 1972, Trinca introduziu o Procedimento de Desenhos-Estórias como meio auxiliar para o conhecimento da dinâmica psíquica no diagnóstico psicológico (Trinca, 2013a). Sendo uma técnica de investigação clínica, tem por base os desenhos livres e o emprego do recurso de contar histórias (Trinca, 1997). O autor justifica que o desenho livre, associado a histórias em que ele figura como estímulo, constitui instrumento com características próprias para a obtenção de informações sobre a personalidade em relação a aspectos que não são facilmente detectáveis pela entrevista psicológica direta (Trinca, 1997). O desenho livre e a história dentro da teoria psicanalítica e das técnicas projetivas torna-se um recurso significativo para o conhecimento de características latentes e não observáveis e facilita o acesso aos aspectos mais profundos da personalidade e dinâmica emocional, sobre os quais o indivíduo possui menos controle.

Confirma-se, uma vez mais, a importância dos desenhos e a grande aceitação deles por parte de profissionais da área da saúde mental como Matarazzo (1984), que propõe uma técnica psicoterápica em que utiliza exclusivamente os desenhos e as histórias elaboradas sobre eles. Segundo Matarazzo (1984), em uma situação de psicoterapia, a criança que desenha pode acionar mecanismos de identificação e projeção, ou seja, ela vai colocando sucessivamente nas histórias e nos personagens seus temores, conflitos e fantasias. Ela projeta seu mundo interno no desenho e, ao contar a história, identifica-se com o personagem e pode assim elaborar os seus conflitos.

O desenho tem sido compreendido como um meio que permite à criança organizar informações e processar experiências vividas, e estimulando-a a desenvolver um estilo de representação singular do mundo (Menezes, Moré, & Cruz, 2008). Assim, “o grafismo de maneira geral pode ser usado como forma de comunicação, principalmente entre as crianças, para as quais se constitui atividade tão essencial quanto o jogo ou o brinquedo”, afirma Van Kolck (1984, p. 01).

Realizados de modo espontâneo ou dirigido, os desenhos correspondem a formas clínicas de comunicação de crianças e adolescentes, sendo preferenciais à comunicação verbal direta, aponta Trinca (1976). Transmitem indireta e inconscientemente aquilo que não são capazes de compreender claramente. Tardivo

(2012) apresenta alguns casos em que crianças revelaram seus dramas e conflitos em desenhos, o que confirma o caráter projetivo destes e a possibilidade de comunicação não verbal.

Hermes e Silva (2017) realizaram um estudo prático sobre o desenho infantil, acompanhando e analisando os desenhos feitos por uma paciente de seis anos e puderam constatar que não era mera produção gráfica, e sim resultado de um trabalho psíquico que podia dar acesso a importantes conteúdos e fantasias inconscientes do sujeito. Como muitas vezes se torna difícil para a criança verbalizar seus sofrimentos e angústias, o desenho mostrou-se de grande valia, um instrumento facilitador para acessá-los e para integrar o atendimento clínico da paciente.

Klein (1921/1981) postulou que a criança, na análise lúdica, expressa amplamente suas fantasias e experiências não só por meio do brinquedo, mas também do desenho e do recorte de papel. O caráter primitivo do psiquismo infantil requer uma técnica analítica especialmente adaptada à criança, e o desenho livre também faz parte dessa técnica. A teoria do jogo de Klein permite avaliar o lugar e a importância do desenho no tratamento psicológico. Tardivo (2012) destaca a concepção que Melanie Klein traz sobre os jogos (incluindo o desenho): de que eles se constituem em função do ego, que se presta à expressão do mundo mental infantil, dos conflitos e de sua elaboração.

As dificuldades da linguagem da criança, tornando às vezes difícil qualquer comunicação, foram consideradas anteriormente obstáculos da Psicanálise infantil (Mèredieu, 2000). A comunicação indireta, ou seja, por meio do jogo ou do desenho com as crianças, não necessariamente a verbal, também foi apontada por Dolto (1988). A autora afirma que, como com as crianças não é possível o método verbal das livres associações, emprega-se nas análises o método do brinquedo, do desenho espontâneo, da conversação. Ela defende que, por meio dos desenhos, adentra-se no âmago das representações imaginativas da criança, da sua afetividade, do seu comportamento interior e do seu simbolismo.

Van Kolck (1984) levanta as várias formas de utilização do desenho, entre elas o uso projetivo propriamente dito. Ela diz: “Ele se constitui em condição ótima para a projeção da personalidade, possibilitando a manifestação mais direta de aspectos de que o sujeito não tem conhecimento, não quer ou não pode revelar, isto é, aspectos

mais profundos e inconscientes” (Van Kolck, 1984, p. 2). Afirma que, além da projeção, mecanismos como identificação e introjeção podem se manifestar ao se produzir um desenho.

Nota-se a grande influência da Psicanálise no desenvolvimento e na construção dos métodos projetivos. Mèredieu (2000) constatou que muitos psicanalistas se empenharam em demonstrar grande proximidade entre o desenho e o sonho, a começar por Melanie Klein, que observou que os jogos infantis, entre eles o desenho, estão submetidos aos mesmos mecanismos de estrutura e função dos sonhos. O desenho, como os sonhos, apresenta dois níveis de expressão: consciente, as imagens representadas no desenho (conteúdo manifesto), e inconsciente, a simbologia complexa dessas imagens, que se revela por meio da análise e interpretação (conteúdo latente) (Mèredieu, 2000).

As imagens “inocentes” dos desenhos, assim como os elementos pictóricos dos sonhos, abrandam a censura do ego e possibilitam o surgimento de preocupações, conflitos e desejos inconscientes. A interpretação dos desenhos tem como base o significado dos símbolos, que é derivado da Psicanálise, do folclore, do estudo dos sonhos, dos mitos e das fantasias (Hammer, 1981; Souza, 2011).

Como reflexão, Souza (2011) propõe considerar o desenho não só como um “teste”, mas como uma forma possível de diálogo com as crianças, introduzindo a ideia de que a produção gráfica da criança, a exemplo da produção onírica, é antes de tudo resultado de um trabalho psíquico e de que qualquer busca de sentido só será alcançada, se o sentido puder ser inserido em um diálogo e em um determinado modelo de escuta. Acrescenta a autora que o sonho, o desenho e o jogo apresentam-se ao psicanalista como uma espécie de linguagem cifrada, a ser decifrada por certa postura de observação; o grande enigma está em como desenvolver os processos de decifração.

Assim como nos sonhos, as imagens mostram-se, às vezes, condensadas, distorcidas, aparentemente desconexas, mas podem, com base em um determinado modelo de escuta, adquirir um sentido. Souza (2011) finaliza suas considerações destacando a importância dos elementos expressivos na análise das produções gráficas do sujeito, assim como o cuidado na utilização dos aspectos simbólicos do desenho para a elaboração do raciocínio clínico do profissional. Considera também que o embasamento psicanalítico permite pensar a produção gráfica como resultado

de um trabalho psíquico, que, tal como o sonho, pode dar acesso a aspectos fundamentais da personalidade do sujeito. Trinca (2013a) corrobora o exposto acima ao afirmar que os desenhos equivalem ao conteúdo manifesto de um sonho e as formas abstratas também são basicamente a expressão de problemas e de conflitos humanos, em que emergem impulsos importantes e primitivos.

De acordo com Anzieu (1986), o termo “método projetivo” foi introduzido em 1939 por Frank, que o utilizou como fundamentação da relação entre o teste de associação de palavras de Jung, de 1904, o teste do Rorschach, de 1920, e o Teste de Apercepção Temática – TAT, de 1935, para designar o estudo dinâmico e holístico da personalidade, ou seja, apresenta a personalidade como uma estrutura em evolução e uma interação entre seus elementos constitutivos. O autor aponta também a distinção entre as provas de aptidão e as técnicas projetivas “pela ambiguidade do material apresentado ao sujeito e pela liberdade que lhe é dada para responder” (Anzieu, 1986, p. 16), denotando respectivamente uma aproximação com a psicologia da forma (Gestalt) e a Psicanálise. Para Frank, as técnicas projetivas possibilitam acesso ao mundo dos sentidos, significados e sentimentos, na medida em que estímulos pouco ou nada estruturados, quando apresentados ao sujeito, eliciam uma resposta que transmite sua forma particular de ver, sentir e interpretar a situação sempre projetiva, pois revela aquilo que o sujeito não quer ou não pode dizer (Pinto, 2014; Formiga, & Mello, 2000).

Anzieu (1986) traça uma correlação entre as técnicas projetivas e a Psicanálise, em que aponta as semelhanças e diferenças entre ambas comprovando as bases teóricas dessas técnicas e ao mesmo tempo diferenciando-a em suas características próprias. Nas técnicas projetivas, assim como na psicanálise, o indivíduo fica livre para falar ou fazer o que quiser durante a atividade ou com os materiais propostos, não havendo uma resposta boa ou ruim já estabelecida (diferentemente dos testes de aptidão e cognitivos); “vale aquilo que espontaneamente vem à consciência” (Anzieu, 1986, p. 23).

No tratamento psicanalítico, o indivíduo tem um tempo indefinido de sessões para passar pelo processo. Já nas técnicas projetivas, ele dispõe de um número limitado de sessões para a sua aplicação, porém o tempo de aplicação é ilimitado, “é possível mesmo informar ao sujeito que pode dispor de todo o seu tempo” (Anzieu, 1986, p. 23).

Assim, tanto o tratamento psicanalítico como a aplicação de testes projetivos têm em comum os princípios da liberdade de expressão e da liberdade de tempo. Os dois se valem das associações livres, porém há uma particularidade. Nos testes projetivos, essas associações são provocadas para serem desencadeadas pela apresentação de um material vago e ambíguo, como manchas de tinta, gravuras abstratas etc., ou pelo desenho livre de uma pessoa ou uma árvore. “O sujeito revela, apenas indiretamente, seu desejo ao psicólogo; fala-lhe por meio da sua elaboração do material apresentado” (Anzieu, 1986, p. 25) e, para tanto, utiliza-se de aspectos profundos de sua personalidade.

O uso do desenho faz parte da história das técnicas projetivas. Como relata Anzieu (1986), entre 1920 e 1930 ocorre o início do atendimento psicanalítico de crianças, que substitui para esse novo tipo de clientela a expressão verbal pelo desenho livre como instrumento de associações livres. A partir daí, entende-se que tanto a expressão verbal como os desenhos podem revelar um significado simbólico análogo aos dos sonhos ou dos sintomas neuróticos. Já os testes projetivos que fazem uso do desenho surgem em 1949, quando Koch, na Suíça, publica o teste da árvore e Machover, no mesmo ano, nos Estados Unidos, o teste do desenho de uma pessoa (Anzieu, 1986).

O desenho livre apresenta-se como um importante instrumento projetivo que proporciona uma produção representativa do mundo interno da criança e, como tal, permite a comunicação de seus conteúdos latentes e da sua dinâmica inconsciente na relação consigo mesma e na relação de objetos (Trinca, 2013a). A liberdade que é concedida ao sujeito, no desenho livre, possibilita a projeção dos elementos inconscientes da personalidade, seus conflitos, sentimentos e ansiedades.

A projeção é um dos conceitos psicanalíticos que dão fundamento às técnicas projetivas e “de forma generalizada são tendências inconscientes de uma pessoa que são atribuídas a outras pessoas ou coisas após uma transformação, geralmente no oposto” (Formiga, & Mello, 2000, p. 18). Segundo Hammer (1991), são tendências involuntárias do sujeito ao desenhar. Nesse caso é um conceito mais amplo, não apenas com a finalidade de mecanismo de defesa, quando se refere à expulsão de desejos intoleráveis e inconscientes.

Pinto (2014) atenta para o desdobramento do termo projeção a partir do texto de Freud de 1913, em *Totem e Tabu*, quando ocorre o deslocamento de fantasias

para o objeto externo não só de qualidades carregadas de afetos negativos e inconscientes como também de fantasias positivas. Assim, a projeção passa a ser aplicada não só como defesa, mas a vários fenômenos que fazem parte da vida cotidiana, referindo-se ao deslocamento de sentimentos, ideias e emoções positivas e até mesmo conscientes.

Laplanche e Pontalis (1988) referem que o termo “projeção” tem uma extensa utilização, tanto na Psicologia como na Psicanálise, abarcando diferentes significados, às vezes sem apresentar uma diferenciação muito clara entre eles. Os autores ressaltam uma das designações do termo projeção, que é quando a pessoa tem uma percepção do ambiente, e suas respostas a ele são em função de seus interesses, hábitos, aptidões, expectativas, desejos e estados emocionais, assim como podem aparecer no comportamento manifesto estruturas ou traços fundamentais da personalidade. As técnicas projetivas têm essa noção em sua fundamentação, como no desenho da criança, que revela a sua personalidade, e nas provas estandardizadas, como o Rorschach ou T.A.T., que são testes projetivos pouco estruturados e de estímulos ambíguos que permitem que cada pessoa revele alguns traços de sua personalidade e formas de organização de seu comportamento e emoções.

O termo simbólico é outro conceito da Psicanálise que fundamenta as técnicas projetivas. Quando empregado por Freud (1900), implica uma relação entre o símbolo e aquilo que representa em variadas produções do inconsciente. O simbólico, de modo geral, segundo Laplanche e Pontalis (1988), é empregado para designar a relação entre o conteúdo manifesto de um comportamento, de um pensamento ou de uma palavra ao sentido latente.

A interpretação dos desenhos deve partir das manifestações gráficas para as fantasias inconscientes, para o conteúdo latente. Trinca (2013a) define de forma simples e brilhante que “o trabalho do profissional consiste em permitir que o material visível se relacione com o inconsciente invisível” (Trinca, 2013b, p. 101).

A projeção e o simbólico são apenas dois conceitos teóricos psicanalíticos que colaboram para a interpretação dos desenhos enquanto técnicas projetivas, além de outros que foram mencionados ao longo deste capítulo, como fantasias inconscientes, conflitos, mecanismo de defesa, inconsciente, conteúdo latente, introjeção e identificação. Baseado nesses conceitos encontra-se o Procedimento de

Desenhos-Estórias (D-E) proposto por Trinca (1972), um dos instrumentos utilizado neste estudo.

O D-E é uma técnica de investigação clínica dos aspectos da dinâmica da personalidade, e não um teste, um meio de expressão e apreensão dos aspectos inconscientes da vida emocional e da personalidade. Possibilita detectar os focos conflitivos e os sistemas mentais determinantes que ocasionam desajustamentos e comprometimentos, ajudando na elucidação desses conflitos e perturbações (Trinca, 1997; 2013a). Tem como base a combinação dos processos expressivos, que são o emprego dos desenhos livres e do recurso de contar histórias (Tardivo, 2010; Trinca, & Tardivo, 2000).

O examinando realiza até cinco desenhos livres, associados às histórias que conta logo depois de cada desenho, de modo livre também; e, após cada história, se necessário, responde a um inquérito (para esclarecimento) e oferece um título à história. O examinando segue fazendo associações. Assim, o D-E se compõe de cinco desenhos livres, cinco histórias seguidas a cada desenho, inquérito e título que se constitui numa estrutura unificada e numa comunicação única (Trinca, 2013a; Tardivo, 2010; Trinca, & Tardivo, 2000). “Todos os elementos estão interligados, vindo a formar em seu conjunto uma unidade coerente e indissolúvel” (Trinca, 2013a, p. 13). Os desenhos não são apenas estímulos para cada história; servem também de apercepção temática e “são partes de uma comunicação inteira, que emprega as unidades de produção para atingir o seu fim” (Trinca, 2013a, p. 13).

O D-E encontra fundamentação nas teorias e práticas psicanalíticas das técnicas projetivas e da entrevista clínica (Trinca, 1997; 2013a). As teorias do inconsciente encontram-se nas bases teóricas do D-E, como já visto anteriormente, as situações gráfico-verbais propiciam uma comunicação inconsciente, indireta, que o examinando faz de si mesmo, manifestando seu mundo interno (Trinca, 2013a).

O uso de associações livres por parte do examinando é promovido no D-E. O autor salienta que, “quando a pessoa é colocada em condições de livre associação, o processo associativo tende a se dirigir a setores nos quais a personalidade é emocionalmente mais sensível” (Trinca, 2013a, p. 22), permitindo que os conflitos e as perturbações emocionais se manifestem. O fato de o D-E ser de natureza aberta e não oferecer uma estruturação prévia dos estímulos ao examinando também favorece que os conflitos e conteúdos emocionais sejam revelados; afinal, “quanto

menos estruturado for o estímulo, maior será a probabilidade do aparecimento de material emocionalmente significativo” (Trinca, 2013a, p. 23).

Outro fator diz respeito à repetição das sequências do par desenhos-estórias (cinco sequências), que, no contexto livre de comunicação do examinando, “faz aumentar o fator de ativação dos mecanismos e dinamismos da personalidade” (Trinca, 2013a, p. 25), além de colaborar com a baixa das resistências (Trinca, 2013a). Como último fator, é possível relacionar o D-E aos sonhos. Ambos se baseiam em princípios sobre o conteúdo manifesto e latente e apresentam uma linguagem simbólica semelhante. (Trinca, 2013a).

No D-E, o conjunto de produção gráfico-verbal pode ser relacionado ao conteúdo manifesto dos sonhos. Já os conteúdos inconscientes manifestos no D-E e o conteúdo latente dos sonhos podem ser interpretados de formas semelhantes (Trinca, 2013a). A comunicação onírica e a promovida pelo D-E apresentam desenvolvimento similar ao das relações que o sonho estabelece entre suas imagens e as unidades de produção do D-E, em que elas não se dissociam, formam um processo único que converge para a representação dos conflitos e perturbações inconscientes do indivíduo (Trinca, 2013a).

O Procedimento de Desenhos-Estórias foi um dos instrumentos empregado na presente pesquisa, pois permite investigar o estado emocional dos irmãos que realizam a visita na UTIP, objetivo deste trabalho.

1.4 JUSTIFICATIVA

Dados os poucos achados de pesquisa no cenário do Programa Visita de Irmãos e a sua importância no Programa de Humanização no país, como no atendimento clínico dos irmãos e a consequente recuperação dos pacientes, este trabalho irá aprofundar a compreensão dos aspectos emocionais dos participantes, visando contribuir no processo de humanização e consequente recuperação dos pacientes.

1.5 OBJETIVOS

São os objetivos deste trabalho:

- Investigar os aspectos emocionais dos irmãos que visitam os pacientes internados na UTI Pediátrica.
- Analisar as contribuições do Procedimento de Desenhos-Estórias para investigar o estado emocional dos irmãos visitantes.

2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e utiliza como estratégia metodológica o estudo de casos múltiplos (Yin, 2005). Segundo Minayo (2004; 2013), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e possibilita a verificação do universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, os quais não podem ser quantificados. A autora faz um paralelo entre pesquisa qualitativa e quantitativa: “O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos” (Minayo, 2013, p. 21).

Minayo afirma ainda que a pesquisa qualitativa se aprofunda no mundo dos significados. Seguindo essa mesma definição, Turato (2005) defende que o interesse do pesquisador está na busca do significado das coisas (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos), tentando interpretar, dar sentido a esses fenômenos. O significado das coisas tem um papel organizador nos seres humanos, assim como os significados que as coisas ganham passam a ser partilhados culturalmente e organizam o grupo social em torno dessas representações e significados (Turato, 2005). O autor aborda o contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde e mostra que o significado tem função estruturante, ou seja, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, em torno do que as coisas significam, incluindo os próprios cuidados com a saúde. Essa concepção é proveniente das ciências humanas, onde não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas.

Turato (2000) aponta a diferença entre as ciências naturais, mais orientadas para os métodos quantitativos, e as ciências humanas, mais voltadas aos métodos qualitativos. As ciências humanas têm o escopo de tentar compreender os fenômenos humanos e sociais. Para o pesquisador qualitativo, não bastam os fatos (os dados); é preciso a interpretação deles para compreender o que querem dizer para os indivíduos e para a cultura.

Stake (2011), nessa mesma argumentação, levanta características que definem a pesquisa qualitativa, tais como: interpretativa, experiencial, situacional e

personalística. Interpretativa, pois o foco está nos significados das relações humanas com base em diferentes pontos de vista. Experiencial porque é empírica e se fixa nas observações feitas pelos participantes, levando em consideração o que veem e não o que sentem. Situacional, por se voltar para os objetos e as atividades em contextos únicos; cada local e cada momento possuem características próprias que se opõem a generalizações. Personalística porque visa à compreensão das percepções individuais, a singularidade.

Nas pesquisas qualitativas, o estudo ocorre sempre no *setting* natural, sem controle de variáveis, e nunca em um ambiente reprodutor de situações (laboratórios, gabinetes etc.), pois a configuração ambiental engloba e preserva a configuração das incontáveis características da pessoa, alvo dos estudos (Turato, 2000). Essas características são compatíveis com as do estudo de caso que, segundo Yin (2005), é um método de pesquisa que utiliza, geralmente, dados qualitativos, coletados em eventos reais.

É uma estratégia metodológica que teve seu início na medicina há mais de dois mil anos, com Hipócrates, que relacionou 14 casos clínicos (Martins, 2008). É, portanto, uma das mais antigas formas de investigação científica conhecidas, muito utilizada pelas ciências sociais e da saúde para a realização de pesquisas, muito embora sua aplicação também venha ocorrendo em outros campos, como jornalismo, administração, contabilidade, educação e economia (Martins, 2008). O autor define o estudo de caso como uma “metodologia aplicada para avaliar ou descrever situações dinâmicas em que o elemento humano está presente” (Martins, 2008, p. 11). Ele acrescenta que tal metodologia busca apreender a totalidade de uma situação e, assim, descrever, compreender e interpretar a complexidade de um caso real, forma de organizar e aprofundar os dados e o conhecimento do fenômeno em foco.

De acordo com Yin (2005), o estudo de caso consiste em uma investigação empírica com o objetivo de explicar, explorar ou descrever fenômenos atuais, contemporâneos, inseridos em algum contexto da vida real, sobre os quais o pesquisador tem pouco ou nenhum controle, e que responde a questões do tipo “como” ou “por quê”. O presente estudo investiga aspectos emocionais de irmãos que visitam pacientes de uma UTIP. Trata-se de um fenômeno atual, inserido na vida real dos irmãos de pacientes de uma UTI. O pesquisador, durante a

investigação, tem pouco controle dos aspectos emocionais que possam ser expressos por meio do Procedimento de Desenhos-Estórias.

Yin (2005) refere que o estudo de caso se caracteriza por ser um estudo detalhado de poucos objetos, ou mesmo de um único objeto, permitindo investigar o tema pesquisado de forma mais profunda. Além disso, se mostra útil para investigar novos conceitos, bem como para verificar como são aplicados e utilizados na prática.

O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa abrangente; trata da lógica de planejamento, das técnicas de coleta de dados e das abordagens específicas para a análise desses dados (Yin, 2005). Essa estratégia é embasada por um corpo teórico que lhe proporciona grande número de informações em função das questões e proposições orientadoras da pesquisa, por meio de várias técnicas de levantamento de informações, dados e evidências (Martins, 2008). Yin (2005) postula que o estudo de caso pode seguir tanto a metodologia quantitativa como qualitativa, ou a combinação de ambas, e utilizar ferramentas para a coleta de dados, como documentação, registros em arquivo, entrevistas, observações diretas, observação participante e artefatos físicos.

De acordo com Yin (2005), quando uma pesquisa contém mais de um caso, ela está utilizando um projeto de caso múltiplo. A pesquisa de estudo de caso pode abarcar tanto estudos de caso único como de casos múltiplos, pois são variantes dentro da mesma estrutura metodológica, sem diferenças significativas entre eles. Por outro lado, as evidências resultantes de casos múltiplos são consideradas mais convincentes, e o estudo como um todo é visto como mais robusto (Yin, 2005).

Com relação ao tamanho da amostra, o autor argumenta não ser necessário adotar os critérios típicos para determinar o número suficiente ou necessário da amostra, pois isso se torna irrelevante nos estudos de casos múltiplos que não se preocupam com representação estatística, e sim com o caráter analítico. É uma estratégia metodológica que busca aprofundar um fenômeno em foco, produzindo comparações entre as diferentes complexidades do fenômeno estudado ou do problema levantado. Para isso, vale-se dos referenciais teóricos para orientar a integração, interpretação e a análise dos dados (Yin, 2005).

O presente estudo utilizou como estratégia metodológica o estudo de casos múltiplos, pois analisou quatro casos de irmãos de pacientes internados. Em seu planejamento, fez uso de dados de entrevista com as mães dos participantes, observação da visita ao irmão doente e da realização do Procedimento de Desenhos-Estórias com os participantes, assim como desenvolveu um corpo teórico para a análise dos dados levantados.

Este estudo qualitativo foi realizado na UTIP de um hospital público infantil da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, que atende exclusivamente o Sistema Único de Saúde (SUS). A UTIP possui onze leitos, sendo dois deles de isolamento e um ocupado por paciente crônico em uma unidade semi-intensiva. Foi nesse ambiente, com características próprias, que foi desenvolvida esta pesquisa com os irmãos dos pacientes ali internados. De acordo com Turato (2005), particularmente nos ambientes de saúde, conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para entender mais profundamente certos sentimentos, ideias e comportamentos dos doentes, de seus familiares e da equipe profissional de saúde, entre outras finalidades. Diante da situação de doença grave e hospitalização em uma UTIP, foram investigadas neste estudo as condições emocionais dos irmãos que visitam pacientes nesse local.

Um dos instrumentos utilizado foi o Procedimento de Desenhos-Estórias, que possibilita a manifestação e projeção de aspectos mais profundos e inconscientes do sujeito. O participante da pesquisa realizou cinco desenhos de forma livre, sem a possibilidade de controle de variáveis, e contou uma história após cada desenho.

2.1 PARTICIPANTES

Este estudo foi composto por quatro participantes de ambos os sexos, na faixa etária de 5 a 12 anos, de nível socioeconômico médio-baixo, irmãos de pacientes internados em UTIP. Eles integram os quatro estudos de casos estudados e foram selecionados de acordo com a delimitação dos parâmetros definidos na pesquisa. Todas as etapas do processo do Programa Visita de Irmãos à UTIP foram cumpridas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) foram apresentados e assinados

respectivamente pela mãe/responsável e pelas crianças com idade superior a oito anos que aceitaram participar da pesquisa.

São critérios de inclusão: ser irmão de paciente internado na UTI Pediátrica, estar na faixa etária de 5 a 12 anos de idade, em boas condições de saúde, sendo excluídos aqueles fora da faixa etária.

2.2 INSTRUMENTOS

Os instrumentos de pesquisa utilizados foram os seguintes:

a) Entrevista

Tavares (2000) afirma que a depender do objetivo específico da entrevista há várias formas de abordá-la, pois não há uma técnica única. O autor complementa que o alcance e os limites de cada entrevista serão definidos pelo objetivo da mesma. O objetivo da entrevista nesta pesquisa foi de levantar algumas informações e impressões sobre o participante da pesquisa.

Anterior ao dia da visita foi realizada uma entrevista semiestruturada com o acompanhante (no caso apenas mães acompanhavam os pacientes), na qual se perguntou nome e idade do irmão do paciente, motivo da solicitação da visita, qual a noção sobre os motivos da internação do paciente e sobre a UTI, sobre a rotina atual do participante e o relacionamento dos irmãos. Segundo Tavares (2000) na entrevista semiestruturada o entrevistador tem clareza quais as informações são necessárias para alcançar seus objetivos e como e em que sequência essas informações devem ser obtidas.

b) Observação da visita à UTIP

A observação é realizada pela pesquisadora a partir do momento que o participante adentrou na UTIP. Após levar o participante até o leito do paciente, a pesquisadora se mantém distante do leito, sem interferir na visita. O objetivo da observação é registrar os comportamentos, reações, gestos, falas e conversas de todos os envolvidos durante a visita (participante, paciente e acompanhante).

c) Consulta ao prontuário

Foi realizada consulta ao prontuário médico do paciente a fim de obter informações sobre a internação (datas, motivos da internação, internações

anteriores, hipóteses diagnósticas, procedimentos clínicos, intercorrências médicas e estado clínico do paciente).

d) Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E)

O D-E consiste em cinco unidades de produção, realizadas pelos participantes. Cada unidade é composta de desenho livre (cromático ou acromático), história, inquérito e título. Cada desenho serve de estímulo para que se conte uma história associada livremente logo após a realização de cada desenho (Trinca, 2013a). Dessa forma, foi solicitado aos participantes que realizassem o primeiro desenho livre e, em seguida, verbalizassem uma história sobre o desenho. Na sequência, quando necessário, foi realizado um inquérito para esclarecimento de aspectos do desenho e novas associações, em que o participante respondeu a algumas perguntas e finalmente deu um título para essa unidade. Os participantes repetiram os mesmos procedimentos em relação às outras quatro unidades, sendo que a sequência desenho livre, história, inquérito e título se manteve a mesma até a quinta unidade de produção (Trinca, 1997).

O D-E foi administrado em uma sala adequada, silenciosa e com boa luminosidade. Como material foram utilizados papel sulfite branco do tamanho A4, lápis preto nº. 2, lápis de cor e borracha, sendo que o participante se manteve sentado diante de uma mesa e a pesquisadora sentada à sua frente.

2.3 PROCEDIMENTOS

As visitas foram solicitadas à psicóloga pelas mães e previamente agendadas em diferentes dias e horários. No dia da visita, os participantes foram abordados individualmente e levados a uma sala de atendimento fora da UTIP. Houve uma pequena entrevista semidirigida na qual se perguntou: nome; idade; escolaridade; qual a noção que o participante tinha sobre o motivo da hospitalização do irmão; e se de fato desejava visitá-lo na UTI. Foram informados de como era o espaço da UTIP e de como encontrariam o paciente no leito (com acesso venoso, tubo, sonda...).

Ao término da entrevista, deu-se início ao D-E, que foi realizado em duas etapas, acertadas previamente com os participantes mediante sua aceitação: antes da visita, fizeram as duas primeiras unidades (desenho, história, inquérito e título) e, no retorno da visita, as três últimas unidades. Não foram feitas as cinco unidades de

uma só vez, como meio de controlar a ansiedade dos participantes que vinham, a princípio, apenas para a visita, e de facilitar a colaboração por parte deles com a pesquisa.

A técnica de aplicação seguiu a proposta de Trinca (1997): foi solicitado ao participante que fizesse, na folha em branco colocada à sua frente, um desenho livre, do jeito que quisesse e o que quisesse. Ao concluí-lo, com a folha ainda à sua frente, foi pedido que contasse uma história referente ao desenho. Quando houve necessidade de esclarecimentos sobre a história ou sobre o desenho produzido, realizou-se o inquérito, que também serviu para a obtenção de novas associações. Por último, o participante deu um título ao seu desenho e à história.

Ao final da realização da segunda unidade, a pesquisadora acompanhou o participante até a UTIP, onde a mãe/pai já estava aguardando-o junto ao leito de seu irmão. Ele pôde permanecer ali por até 20 minutos. Ao término da visita, a pesquisadora retornou à sala com o visitante para a realização das três últimas unidades do D-E.

A análise e interpretação formal e de conteúdo dos desenhos e histórias foram baseadas no referencial estruturado por Tardivo (1997). Tardivo, em seu estudo, organizou e sintetizou as dez áreas ou categorias propostas por Trinca (1972) em sete Grupos e 33 Traços, que, com base nos conceitos da Psicanálise, “procuram dar conta de aspectos da personalidade relacionados entre si de forma dinâmica” (Tardivo, 1997, p. 118). Como propôs Tardivo (1997), fizemos uso do referencial sugerido de forma a facilitar nossa análise, e não como um esquema rígido a ser seguido. Esse referencial com a descrição dos grupos e traços encontra-se no Anexo A.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP (CAAE 78053317.6.0000.5561) e teve início após sua aprovação, com o consentimento dos responsáveis, mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE), no caso das crianças alfabetizadas e capazes de compreendê-lo. Cada participante recebeu o TCLE da pesquisa (Anexos B e C), bem como foi informado sobre o teor e objetivos desta pesquisa.

3 RESULTADOS

Os resultados são apresentados a seguir, com a identificação do participante, a história clínica do paciente, dados da entrevista com a mãe, a visita à UTIP, o Procedimento de Desenhos-Estórias, as análises de cada desenho e, ao final, uma síntese do estudo do caso. Os nomes são fictícios a fim de preservar as identidades dos participantes e o relato do dia da visita está na primeira pessoa do singular por ser o relato da psicóloga-pesquisadora que conduziu o caso.

A sequência e as instruções oferecidas no dia da visita foram as mesmas para os quatro participantes do estudo, isto é, o participante iniciou a visita na sala de atendimento com uma entrevista semidirigida, na sequência foi convidado para a realização do D-E e com seu aceite foram dadas as instruções para a realização do mesmo. No D-E foram realizadas as duas primeiras unidades antes da visita e as três demais após a visita. Nem sempre foi possível explorar adequadamente os inquéritos, pois os participantes mostravam-se inquietos e ansiosos com o término do D-E para poderem realizar a visita ou irem embora.

Tanto na apresentação do TALE, como quando solicitado que os desenhos ficassem com a pesquisadora, os participantes aceitaram e demonstraram estar muito felizes por entregar seus desenhos, respondendo de forma enfática e orgulhosa que ela poderia ficar e até utilizar seus desenhos. Entregaram os desenhos realizados por eles (algo produzido por eles), como em retribuição à possibilidade de terem visitado o irmão.

3.1 CASO 1

3.1.1 Identificação

Paciente: Lúcia - Idade: 08 meses

Participante: Vitor Hugo - Idade: 05 anos e 03 meses.

3.1.2 História clínica

Lúcia apresenta atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, observado por sua mãe há alguns meses. A pedido da neuropediatra, veio ao hospital com sua mãe para realizar um exame de tomografia para elucidação diagnóstica. Há aproximadamente uma semana Lúcia vinha apresentando febre e dispneia com piora significativa no dia do exame, sendo internada na enfermaria e dias depois na UTIP. É sua primeira situação de hospitalização. A criança foi intubada, estava sob ventilação mecânica e realizava exames para a confirmação da hipótese diagnóstica de Amiotrofia Muscular Espinhal (AME), doença degenerativa de origem genética. A mãe mostrou-se angustiada e ansiosa com a realização do exame clínico que possivelmente definiria o diagnóstico de AME. Lúcia morreu quarenta e cinco dias após a visita de seu irmão na UTIP.

3.1.3 Dados da entrevista com a mãe

A mãe de Lúcia, já após uma semana de internação, trazia em seus atendimentos a preocupação com seu filho de cinco anos que se queixava de saudades da irmã. Como Lúcia estava sedada devido à intubação, a visita foi realizada apenas semanas depois quando, mesmo intubada, permanecia acordada e sem previsão da retirada da ventilação mecânica.

No pedido para a visita de irmãos a mãe enfatizava que seu filho, Vitor Hugo, queria muito ver a paciente, pedia para vê-la praticamente todos os dias para a avó que estava cuidando dele ou para a mãe nas poucas vezes que fora para casa. Chorava por querer ver a irmã, sentia muita saudade e a mãe demonstrava muita preocupação com seu filho.

Desde a gravidez, Vitor Hugo gostou da ideia de ter uma irmãzinha, conversava com a mãe sobre a irmã, fazia carinho e beijava a barriga da mãe. Apenas nos primeiros dias após o nascimento de Lúcia, Vitor Hugo demonstrou ciúmes, querendo que a mãe ficasse só com ele. Ela foi explicando que precisava

cuidar da irmãzinha por ela não saber falar e andar como ele e que ele poderia ajudar a cuidar também. Em casa Vitor sempre ficava perto da irmãzinha, a mãe deixava-os na cama com brinquedos e Vitor incluía sua irmã em suas brincadeiras com Legos e dinossauros, além de brincar com ela também com chocalho, falava muito com a irmã.

A mãe o acha muito esperto para a idade, é extrovertido, conversa com as pessoas, carinhoso, sem queixas de aprendizagem na escola, mas algumas de comportamento. Gosta muito de dinossauros, tem vários. É preciso lembrá-lo com certa frequência dos limites, quer impor sua vontade. Atualmente durante a hospitalização da irmã, Vitor Hugo fica durante o dia sob os cuidados da avó materna e à noite, com o pai. A avó mora nas proximidades. Na casa da família de Lúcia moram os quatro: o pai (22 anos), a mãe (22anos), o irmão Vitor Hugo (5 anos) e Lúcia de (8 meses).

Sobre a internação de Lúcia, Vitor Hugo sabe que a irmã está doente, no hospital, com problemas para respirar e que sua mãe a está acompanhando. A visita de irmãos ocorreu com 24 dias de internação de Lúcia.

3.1.4 O dia da visita

A visita se inicia na sala de atendimento fora da UTIP, no andar de baixo. Convido Vitor Hugo para conversarmos e aceita sem hesitar. Apresento-me e pergunto seu nome e o pronuncia por completo, enfaticamente. Anoto seu nome e soletra seus dois primeiros nomes para eu escrever. Pergunto:

Psicóloga - Sabe que lugar é este onde sua irmã está?

Vitor Hugo - É lugar de médico, é hospital.

Psicóloga - Já esteve em algum hospital antes?

Vitor - Não.

Psicóloga - Você sabe por que sua irmã está aqui?

Vitor - É porque ela fica sem ar. Ela tá doente. Eu queria morar aqui, morar aqui como a minha mãe.

Psicóloga - Por quê?

Vitor - Pra ficar aqui com ela.

Psicóloga - Mas a mamãe não tá morando aqui. Ela fica junto com a Lúcia aqui enquanto ela está doente. Além do que, não tem nem cama para a mamãe dormir.

Vitor - Tem uma cadeira cama onde a mamãe dorme.

Psicóloga - E por que você quis vir aqui visitar sua irmã?

Vitor - Porque a Lúcia é minha irmã favorita.

Psicóloga - Você tem outras irmãs?

Vitor - Não, não tenho, mas ela é a favorita.

Psicóloga - Você gosta dela?

Vitor - Gosto, gosto sim...., mas as vezes ela é um pouco chatinha. Ela é igual a mim, eu choro por tudo e ela também.

Explico como é o lugar onde está sua irmã e que ela está com um tubinho na boca para ajudá-la a respirar. Ouve atentamente, pergunto se quer saber algo mais e diz que não, que já entendeu. Dou início à realização do D-E.

3.1.4.1 Procedimento de Desenhos-Estórias

Peço a Vitor Hugo que faça um desenho e que me conte uma historinha sobre o desenho e prossigo com as demais instruções do D-E. Informo que no total fará cinco desenhos, sendo três antes da visita e dois após. Vitor Hugo concorda em realizar a tarefa.

Quando termina o primeiro desenho, pergunta:

Vitor - Advinha o que é isso?

Psicóloga - Me diz o que é!

Vitor - É uma canoa. Sabe aquele livrinho que tem várias histórias? Essa historinha que vou contar é de lá.

3.1.4.1.1 Unidade 1

Título: “Jesus amém”

É a história de um homem que navegava com um barco para uma cidade onde ninguém gostava da palavra de Deus. Veio uma tempestade muito grande e o barco ficou balançando. Os homens que estavam no barco falaram para jogar ele no mar. Deus falou para o tubarão engolir o homem, mas não mastigar. O homem ficou com muito medo e falou para Deus: “Deus se eu sair vivo, irei para a cidade que você mandou, onde não gostam da sua palavra”. O tubarão levou o homem para uma praia e ele ficou vivo. Fim. A tia Luana que me contou essa história. Ela mora embaixo da minha casa. A minha casa é bem longe daqui.

Psicóloga: O que aconteceu com o homem da história?

Vitor Hugo: Ele cumpriu a promessa e levou a palavra de Deus para lá.

Análise da 1ª. Unidade

Vitor Hugo se vê em casa, sozinho, longe do hospital. Quem lhe conta a história é uma vizinha, sente-se inseguro e com necessidade de proteção e ajuda como em sua história, o homem num barco balançando em plena tempestade. No seu dia a dia estava sempre com a mãe e a irmã, o fato das duas estarem longe dele e só à noite com o pai, o faz sentir-se só e desprotegido.

Tem necessidade básica de proteção e segurança porque também sente risco de morte, o homem corre perigo de cair do barco e morrer no meio da grande tempestade. Ele acaba sendo engolido por um tubarão, sempre muito temido por sua ferocidade, sendo assim o risco de morte é muito grande. O sentimento expresso de desproteção parece levar a impulsos mais amorosos de união, de estar junto e de necessidade básica de ser cuidado. Como quando diz à psicóloga e para a mãe que quer vir morar com a irmã e a mãe no hospital.

Traz uma solução idealizada por um Deus, um pai idealizado, que o salva, ainda que com certo risco “pede para o tubarão engolir, mas não mastigar o homem” e jogá-lo na praia e o homem se salva. O tubarão engole para protegê-lo. Conta uma história bem elaborada, denotando inteligência adequada para sua idade, porém o desenho produzido é muito pobre, pouco estruturado, sem uma forma específica, parece estar emocionalmente regredido.

Não quer fazer outro desenho, quer visitar a irmã. Negociamos fazer mais um desenho e então visitar a irmã. Concorde e faz a segunda unidade.

3.1.4.1.2 Unidade 2

Título: “Os macacos espertos”

Desenhei uma cobra. Tinha dois macacos andando pela floresta e o dragão foi indo com eles. Veio uma cobra e veio pegar os macacos. Os macacos fugiram para a árvore e a cobra tentou subir na árvore para pegar os macacos. A cobra tentava subir, mas caía. Aí os macacos conseguiram fugir para a mamãe deles. Fim.

Psicóloga - Eram dois macacos meninos?

Vitor - Não, um menino e uma menina.

Psicóloga - E o que aconteceu com eles?

Vitor - Ficaram felizes com a mamãe deles.

Psicóloga - E o dragão?

Vitor - O dragão estava velhinho e morreu rapidinho. Ele era o avô dragão.

Análise da 2ª. Unidade

Nesta unidade observa-se que Vitor Hugo apresenta, como na unidade anterior, uma atitude básica de insegurança e necessidade de proteção e cuidado. Ainda há sinais de insegurança na possibilidade de situações que o ameacem ou ofereçam perigo de morte, como a cobra que persegue os macaquinhos que fogem para se salvar. A cobra insiste, tenta subir na árvore várias vezes e cai, o perigo de morte é eminente.

A mãe e a irmã (a macaquinha que foge com o macaquinho) são figuras significativas. A irmã figura positiva que representa companheirismo e afetividade, anda junto com ele pela floresta e juntos tentam escapar da cobra. Vê a mãe como figura significativa positiva, porém enfraquecida, não conta com ela de fato para salvá-lo, ela o acolhe, mas ele se defende sozinho (os macacos escapam sozinhos da cobra).

Apresenta, assim, desejos e tendências de necessidades básicas, como o cuidar e proteção e seus sentimentos são de medo de morte e desproteção, a figura da mãe não o salva e tão pouco sua irmã. Sua irmã está doente no hospital e precisa ser salva, o sentimento de morte parece ser mais com relação à irmã.

A visita do irmão na UTI

Após a realização da segunda unidade do D-E, Vitor manifesta o desejo de ver a irmã e, assim, vamos para a UTIP.

Ao entrar na UTIP apresento Vitor Hugo aos profissionais que se aproximam dele, para alguns ele mesmo se apresenta de forma muito extrovertida: “Oi! Tudo bem? Meu nome é Vitor Hugo (fala o nome e sobrenome)”. Ao se aproximar do berço, fala com a irmã, que reage assim que o vê, arregalando seus olhinhos. Vitor Hugo se debruça sobre a irmã e dá a ela um abraço e um beijo. Lúcia sorri para ele, com seus olhos fixos no irmão. Ele faz graça para ela, faz carinho em suas bochechas. Lúcia, que está intubada, acompanha todos os gestos do irmão com seu olhar e muitas vezes arregala os olhos. Fala pelos seus olhos correspondendo aos gestos e carinhos de seu irmão.

Vitor Hugo fala muito com a irmã: Oi Lulu! Vim te visitar! Quer brincar? Cantarola musiquinhas. A mãe fica ao seu lado e ambos olhando para Lúcia que sorri muito. Vitor abraça a mãe, faz perguntas para a mãe sobre Lúcia “Ela ainda tá doente? Já consegue respirar? O que ela come? A mãe vai tentando responder a tantas perguntas e vez ou outra beija o filho. A mãe também fala com Lúcia: Você viu quem veio te ver? Seu irmão. Gostou da visita?” Permanecem os três conversando e brincando com Lúcia e Vitor sempre fazendo carinho, beijando a irmãzinha e abraçando a mãe. Por vezes os profissionais vão até o leito, apresentam-se e dizem que estão cuidando direitinho de Lúcia e querem conhecer o irmão de Lúcia que também se apresenta a todos.

Quase ao final da visita Vitor fala para a mãe que quer morar com elas no hospital. A mãe conversa com ele e diz que não está morando no hospital, só está lá enquanto a irmãzinha não está bem e que não dá para morar lá e assim que puder voltam para casa. A mãe pergunta como ele está e se tem brincado. Ele queixa-se que o *vídeo game* quebrou, mas que o pai falou que vai consertar.

Ao término despede-se com beijos da irmã e da equipe. Durante toda a visita Vitor se mostrou muito extrovertido, falante e inquieto, agitado, não só dentro da UTIP como na sala de atendimento durante nossa conversa e na realização dos desenhos. Retornamos para a sala de atendimento para dar sequência ao D-E.

3.1.4.1.3 Unidade 3

Vitor Hugo - Você vai descobrir logo esse desenho, é muito bizarro. É um tartarugassauo. Eu disse que era muito bizarro! É como se fosse uma lusassauo, um dinossauro da água com pintinhas.

Quando termina o desenho fala:

- Tem muita gente cuidando da minha irmã, né?

Título: “Os tiranorex”

Era uma vez uma lusassauo e tinha dois tiranorex que estavam brigando. Um era do bem e queria matar o do mal. A lusassauo resolveu ajudar o do bem e comeu o do mal, ela também estava com fome. O do bem foi embora. Ela inventou de ajudar o do bem porque queria ser amiga dele.

Análise da 3ª. Unidade

Desenha um dinossauro que parece representar sua mãe que está ali enfrentando um grande perigo. O Tiranossauro rex era uma espécie de dinossauro carnívoro, tido como grande predador, muito feroz e temido, e aqui nesta unidade simbolizando perigo e risco de morte. Refere que eu adivinharia logo quem ele estava desenhando, como se eu fosse reconhecer a sua mãe ali desenhada. Adora dinossauros e aqui a mãe está na forma de um deles, alguém que também ama uma, figura significativa pra ele, mas mesmo entre os dinossauros há o bem e o mal, coisas boas e ruins (Tiranorex do bem e do mal), vida e risco de morte.

Quando observa que há muita gente cuidando da irmã parece confirmar que a irmã está muito doente, está em risco de morte precisando de muita ajuda. Há um grande sentimento de medo de perda da irmã, uma angústia de morte. Vê a mãe como uma possível proteção e que pode ajudar a proteger e salvar sua irmã, mas sua mãe é um dinossauro da água enfrentando um Tiranossauro Rex carnívoro, ele não tem certeza que ela possa vencê-lo, idealiza que sim. Seu desenho apresenta uma forma, é mais elaborado, não parece tão regredido emocionalmente, conseguindo representar melhor seu conflito: o medo da morte da irmã e uma figura materna enfraquecida.

3.1.4.1.4 Unidade 4

Título: “O poderoso Thor”

É uma canoa de gatos. Não tem nenhum gato dentro da canoa porque caíram na água. O Thor jogou raios com o martelo dele e atingiu a canoa e deixou os gatinhos cair. O Thor é o Deus dos trovões. Ele jogou os raios porque estava sonâmbulo e não viu direito. Ele queria acertar a ponte com um trem do mal. Mas os gatinhos não morreram, Thor os salvou. O Thor deu o poder de voar igual ao dele para os gatinhos voarem para fora da água.

Psicóloga - Como os gatinhos se sentiram quando caíram na água?

Vitor - Os gatinhos não ficaram assustados quando caíram na água. Eles aguentaram a água. Só os da vida real não aguentam.

Análise da 4ª Unidade

É o desenho de uma canoa vazia, que deveria estar abrigando e protegendo gatos de morrer na água e de um Deus com poderes para fazer o bem e protegê-los, porém acaba fazendo o mal, joga os gatos na água ainda que por descuido e não protege. Há um desarranjo nesta história, um sentido confuso das coisas, parece ter um funcionamento egóico mais primitivo agora, demonstrando fragilidade egóica, ego com menos recursos para diferenciar realidade de fantasia, mas ainda apresenta recursos (os gatos da história aguentam cair na água, os da vida real não). Ainda presente a necessidade básica de proteção e ajuda, assim como o intenso sentimento de perigo e de morte gerenciador de angústia. Sendo que nesta unidade, diferentemente das anteriores, passa a apresentar mais angústia paranóide do que depressiva. Nega a morte dos gatinhos e apresenta uma solução mágica e idealizada para a morte “Thor, o Deus, dá o poder de voar para os gatinhos”, todos adquirem poderes e se salvam dessa situação de perigo e morte eminente. Vitor não vê muitas chances de sua mãe fragilizada, frente a toda essa situação de doença, de um diagnóstico restrito ainda não definido, de ter forças para evitar a morte que vislumbra de sua irmã (o que parece intuir) e tão pouco cuidado para si próprio, assim lança mão de idealizar a salvação dos gatinhos, de sua família.

3.1.4.1.5 Unidade 5

Título: “O elefante do escudo azul”

É um elefante com um escudo azul. A família dele ficou presa num lugar. Um atirador ia atirar nos elefantes e atirou no céu e fez um buraco e a família caiu no buraco do céu. Aí veio o filho elefante salvar a família. O filho fez uma canoa voadora. O escudo do filho elefante era mágico e fez a canoa voar. Ele salvou a família e todos ficaram felizes para sempre. O filho era bem grande. Olha só o tamanho das pernas dele.

Psicóloga: Como era a família dele?

Vitor: Era uma família feliz.

Psicóloga: Quem faz parte dessa família?

Vitor: Ele é o filho, tem a mãe, o pai e a irmã.

Análise da 5ª. Unidade

Projeta-se no filho elefante de escudo azul mágico, grande, poderoso e salvador da família, capaz de buscar soluções e manter sua família unida, salva e longe do perigo de morte. Coloca-se de forma onipotente (“filho bem grande, com grandes pernas”). As figuras parentais se mantêm significativas, todavia frágeis e incompetentes para salvá-lo e à irmã, além de perceber sua visita à irmã como integradora e salvadora da família (sua mãe e irmã na UTI ficam muito felizes com sua visita). O risco e o medo de morte continuam presentes e intensos, agora num cenário mais caótico, de céu e inferno (surge um buraco no céu). Vitor vive a angústia de morte, o salvamento da família é uma solução idealizada e mágica, estes fatores denotam mais uma vez a fragilidade do ego e as defesas primitivas.

3.1.4.2 Síntese do caso

Ao longo dos desenhos e histórias percebe-se que Vitor expressou sentimentos de perda, abandono e desproteção, evidenciando prejuízo na sensação de estrutura familiar, de união, aquela que tinha em casa com a mãe e a irmã, brincando juntos e a mãe por perto. Verbaliza até mesmo o desejo de morar no hospital com a mãe, na intenção de não se sentir tão sozinho e desprotegido. Na sequência revela um sentimento intenso de perigo, morte e medo de perder a irmã. Reconhece a fragilidade e gravidade das condições da saúde da irmãzinha e busca na mãe seu referencial de segurança e proteção.

Durante a visita, Vitor demonstra muita afetividade com a irmã que corresponde como consegue (através de seu olhar) à afetividade e à alegria de ver o irmão.

Percebe-se a alegria desse reencontro, assim como uma relação com vínculo afetivo entre os irmãos que justifica também os incessantes pedidos de Vitor para ver a irmã, embora única, mas a sua “favorita”.

Além da mãe, a irmã também representa uma figura significativa positiva, de cooperação, companheirismo e afetividade. Possivelmente ele se vê, ou deseja ser elemento importante nesta família, capaz de mantê-la unida, alegrar a irmã e a mãe durante a visita que faz no hospital.

A visita parece dar aos três, Lúcia, Vitor e à mãe, o sentido de família, de pertencimento, o que temporariamente parece ter se perdido, de alguma forma, com a doença e a hospitalização. Porém, Vitor percebe (e também intui) a mãe, nesse momento, sem forças para conseguir evitar a morte da irmã.

As figuras parentais, embora significativas, nesse momento não se mostram fortes e competentes o suficiente para salvá-lo e, principalmente, sua irmã. Busca soluções mágicas e idealizadas para a salvação da irmã e de sua família, coloca-se de forma onipotente e com poderes mágicos, capaz de manter sua família longe do perigo e sua irmã, longe da morte. Talvez sua agitação durante todo o processo de visita à irmã advenha desta percepção que tenha da situação da irmã e da responsabilidade que delega a si mesmo.

Embora apresente recursos cognitivos e afetivos, Vitor mostra-se bastante preocupado antevendo o falecimento da irmã, o que de fato, veio a acontecer quarenta e cinco dias após a visita. Percebe a fragilidade, angústia e o sofrimento da família toda e da mãe frente ao impacto da hospitalização e do possível diagnóstico restrito de sua irmã.

3.2 CASO 2

3.2.1 Identificação

Paciente: Kaique – Idade: 01 mês e 10 dias

Participante: Lena – Idade: 06 anos e 07 meses

3.2.2 História clínica

Kaique estava há seis dias com tosse e falta de ar. Ficou no Pronto Socorro de outro hospital por dois dias e foi liberado. No dia seguinte, por piora do desconforto respiratório e início de quadro febril, a mãe o trouxe para o Pronto Socorro e enquanto aguardava a consulta, amamentou Kaique que apresentou uma parada cardiorrespiratória após a mamada. Kaique foi reanimado e internou na UTI, onde foi hemotransfundido e intubado por 11 dias. Tem duas hipóteses diagnósticas: broncopneumonia e bronquiolite. A visita da irmã Lena ocorreu dois dias após a extubação e no 16º. dia de internação. Kaique estava um pouco melhor, mais ativo e responsivo.

3.2.3 Dados da entrevista com a mãe

A mãe de Kaique tem 37 anos, o pai 31 e sua única irmã que o visitou tem 06 anos e chama-se Lena. Após o nascimento, Kaique ficou em casa apenas 38 dias e foi hospitalizado. A mãe relatou que Lena queria visitar Kaique porque queria vê-lo e insistiu muito, chegou a mandar um áudio para a mãe pedindo para que a levassem até o hospital para ver o irmão. Refere que está preocupada com Kaique por estar na UTI, assim como com Lena, pois percebe que ela sofre também por estar longe da mãe e do irmão.

Nos primeiros dias de Kaique em casa, Lena queria ajudar a mãe não só nos cuidados do bebê, mas também nos cuidados da casa. Depois de aproximadamente uma semana começou a expressar ciúmes. Falava para a mãe que seria um peito pra ela e outro para o irmão. Chegou a experimentar mamar no peito da mãe, mas não gostou. Lena reclamava que o irmão não fazia nada sozinho e precisava da mãe o tempo todo. Queria que o irmão também fosse pra escola, não só ela. Queria levá-lo para a escola a qualquer custo. A mãe tentava argumentar que ele era pequeno ainda, que precisava mamar. Lena dizia que levaria a mamadeira e daria de mamar pra ele na escola. Chegou a não querer ir mais para a escola. Concordou em ir para a escola quando o pai disse que no ano que vem ele iria também. Lena sabe que

Kaique está internado, que está na UTI, não entende bem o que é UTI e disse para a mãe que também queria estar na UTI. Agora, diz apenas que está doente e internado no hospital. A mãe tem acompanhado Kaique todos os dias e a cada dois dias vai para casa e o pai acompanha Kaique quando a mãe vai para casa. Na ausência da mãe, Lena pela manhã vai trabalhar com o pai, almoçam e o pai a coloca na perua escolar. À noite o pai fica com Lena e nos finais de semana ela fica com as tias.

3.2.4 O dia da visita

A visita começa na sala de atendimento, fora da UTI. Quando chego para buscar Lena, sua mãe e a avó disseram que ela estava impaciente à minha espera. Queria saber onde eu estava para ir me encontrar, não queria esperar por mim. Apresento-me e seguimos para a sala de atendimento onde Lena relata que sempre quis visitar seu irmão, mas não a deixavam vir. Diz que a mãe explicou que Kaique está com dificuldade para respirar e que o leite foi para o pulmão. Gosta muito do irmão e quer muito vê-lo. Explico como a visita ocorrerá, informo como é o espaço da UTI e que encontrará o irmão num berço pequenininho (isolete). Na sequência dou início ao D-E Procedimento de Desenhos-Estórias.

3.2.4.1 Procedimento de Desenhos-Estórias

Solicito à Lena fazer alguns desenhos antes de visitar Kaique. Com seu aceite, informo as instruções para a realização do D-E.

3.2.4.1.1 Unidade 1

Título: “Caminhando”

Era uma vez uma mão que passeava. Foi para a casa da amiga e encontrou o sol, depois choveu e depois estava nevando e não conseguiu encontrar a casa da amiga, só conseguiu encontrar a casa dela mesma.

Psicóloga: E como ela se sentiu quando não encontrou a casa da amiga?

Lena: Ela ficou triste porque queria ir pra casa da amiga, só que foi pelo caminho errado.

Psicóloga: Ela tinha família?

Lena: Tinha mãe e pai, mas morreram, morava sozinha sem irmão. O irmão morava noutro país.

Análise da 1ª. Unidade

Lena faz o contorno da própria mãozinha e anuncia que falará de si mesma. O irmão está em outro país (hospital) e os pais morreram, Lena revela de imediato angústia de abandono. Quer muito encontrar a amiga (que não está muito definido quem seja), mas acontecem muitos obstáculos que não permitem que chegue. Ela se perde e comunica que a doença do irmão a fez sentir-se perdida e abandonada, embora na verdade esteja sendo cuidada pelo pai e pelas tias, sua sensação é de estar abandonada e não encontra o caminho.

Ela parece estar querendo uma relação boa com essa amiga, mas sozinha ela não consegue chegar. Está perdida e não tem ninguém para ajudá-la, nem a amiga. Mostra angústia e a solução, por enquanto, é ruim para ela porque continua perdida e volta para casa dela, que é a casa da solidão. A questão central é a angústia de abandono desencadeada pela internação do irmão.

3.2.4.1.2 Unidade 2

Título: “Estrelas”

Era uma vez umas estrelas que estavam passeando. Depois encontraram o pai porque ele estava lá no trabalho e ao encontrá-lo foram passeando. Depois encontraram um bichinho, não sei desenhar esse bichinho, é um cachorrinho. Só isso.

Psicóloga: O que fizeram quando encontraram o cachorrinho?

Lena: Foram para baixo para o cachorro não bater neles e continuaram passeando.

Psicóloga: Essas estrelas, quem são?

Lena: A estrela vermelha é a mãe, a verde é o pai, as outras duas são irmãos, um menino e uma menina.

Análise da 2ª. Unidade

A história começa meio confusa e depois Lena organiza um pouco mais, mas não deixa de ser uma história pobre, talvez pela ansiedade de visitar o irmão após este desenho. Lena traz as quatro pessoas de sua família nesta história e os apresenta como figuras significativas, que estão numa situação agradável do seu cotidiano. Estão passeando, o pai chega do trabalho e surge uma ameaça (o cachorro) que pode atacá-los, bater neles. Os pais fogem com os filhos da ameaça, e ela se sente protegida por eles. Talvez a ameaça que paire por aí seja a enfermidade do irmão.

A visita do irmão na UTI

Após a realização da segunda unidade, Lena pergunta se já pode visitar o irmão. Digo que sim e seguimos para a UTIP. Entra animada. Passa por alguns profissionais que a cumprimentam e lhe dão as boas vindas, cumprimenta-os muito timidamente.

Encontramos seu irmão no colo de sua mãe que ali permanece durante toda a visita. Lena fica ao lado de sua mãe, olha para o irmão, seu braço está em volta das costas da mãe, abraçando-a, fala baixinho com ela. Faz carinho na cabecinha de Kaique enquanto conversa com a mãe. Ofereço cadeira e se senta ao lado da mãe. Alterna seus carinhos entre a mãe e o irmão. Visita silenciosa. Mãe e filha conversam baixinho, muito próximas.

A visita de Lena parece ocorrer mais para a mãe. A atenção de Lena é mais para sua mãe. Por vezes a mãe mostra para Lena algo em Kaique, ela acompanha a mãe e faz algum comentário. Difícil escutar. Estão juntas e falam baixinho, parece que não querem mais ninguém participando e compartilhando desse momento. O horário da visita termina e comunico mãe e filha. Lena atende prontamente, despede-se de sua mãe e do irmão e sai.

Com o término da visita retornamos para a sala de atendimento, onde solicito a realização das demais unidades do D-E.

3.2.4.1.3 Unidade 3

Título: “Afundando com o carro”

Era uma vez duas meninas que estavam passeando e encontraram um carro que dirigia sozinho. Elas viram que estavam indo para o lugar errado e bateram num carro. Olharam para trás e não tinha volante e depois não tinha porta e ficaram presas no carro. A menina de rosa achou um parafuso no bolso e quebrou o carro. E aí caíram no lago e quase se afogaram. Saíram e foram para casa. Como elas estavam demorando a mãe delas foi procurá-las.

Psicóloga: Quem são essas meninas?

Lena: Rafaela é a de vestido azul e a Bruna, a de rosa. São irmãs.

Psicóloga: Quando a mãe foi procurá-las, conseguiu encontrá-las?

Lena: A mãe conseguiu encontrá-las, estava preocupada com elas. Elas também estavam preocupadas e nervosas, nem conseguiam respirar.

Análise da 3ª. Unidade

Nesta unidade novamente está presente a sensação de abandono e de desorganização. Uma situação de risco, um carro que dirige sozinho e sem direção indo para o lugar errado. Como na primeira unidade, fala da falta que os pais fazem (o carro está sem direção, faltam os pais) e a sensação de estar sozinha, perdida e correndo risco. Ela pode cair no lago e quase se afogar, uma angústia intensa de abandono e de se sentir desamparada, mas no final a mãe a encontra e acolhe. Sem seus pais juntos e sem sua mãe, sente-se perdida e desamparada. Lembrando que ela estava muito enciumada com o nascimento do irmãozinho e pode sentir-se culpada pela doença do irmão, “a minha raiva, o meu ciúme adoeceu meu irmão”. O irmão não está bem, não consegue respirar e ela também não está bem e não consegue respirar. O irmão precisa da mãe e ela também. Mas ela pode ficar perdida, cair no lago e quase morrer. A mãe é a sua salvação, tem a fantasia de que a encontrará e a protegerá e tudo ficará bem, de modo mágico.

3.2.4.1.4 Unidade 4

Título: “Casa derretida”

Lena: O telhado é muito difícil de pintar.

Era uma vez uma casa que ninguém queria morar nela, veio um monstro do calor de 70 graus e derreteu a casa. O telhado ficou todo colorido e a casa ficou bem grande. Ela tinha uma escada que ia para os quartos. O pessoal não gostava da casa porque ela tinha derretido muito. A casa ficou bonita ainda, mas as pessoas achavam que era mais feia. O telhado ficou pior. Essa casa fica perto da cachoeira.

Análise da 4ª. Unidade

Lena fala de uma grande ameaça nesta unidade, uma casa que pode ser derretida por um monstro e ninguém consegue fazer nada para impedi-lo. Ninguém protege a casa, mostra o descuido e a desproteção, parece que a ameaça é muito mais forte que a capacidade de impedir o ataque. A casa representa as relações mais íntimas e primitivas, a relação com a família, mãe e pai. Essa relação corre risco de derreter, de acabar, este é um risco grande. Ninguém protege a casa desse monstro superquente de 70º. Esse monstro é outra ameaça (como o cachorro, o carro sem motorista) e está dizendo que Lena se sente só e perdida e está sofrendo muito “as coisas estão derretendo, se desfazendo”. Parece que já derreteu e que já foi estragada. Essa ameaça é séria é na casa, a relação primária com a família. A mãe não está em casa e a relação não acontece, o irmãozinho está no hospital, pai às vezes ausente (fica com as tias), seu irmãozinho doente afastou-a ainda mais da mãe.

Outro aspecto é a identificação de Lena com a casa, as pessoas acham a casa feia. O que ela faz, o que produz também é feio, como o telhado, a única parte da casa que pintou, é o que disse que ficou pior. Ela parece duvidar da sua capacidade de criar, sua autoestima está comprometida. É como ela se vê: sozinha, abandonada e impotente.

3.2.4.1.5 Unidade 5

Título: “O ladrão que pegou a coroa”

Era uma vez um rei que foi para outro castelo e deixou a coroa dele na escada no último andar e pediu para a empregada ir pegar, mas ela não encontrou. Ela ficou desesperada. Quando ela contou para o rei, ele ficou muito bravo com ela. O rei mandou-a embora e contratou outra empregada. Tinha um ladrão que pegou a coroa do rei sem querer. Ele esqueceu de avisar o rei que havia pegado a coroa. Quando lembrou, levou para o rei. O rei chamou a empregada e pediu desculpas porque não foi ela que pegou a coroa e mandou a outra empregada embora. O rei falou para o homem “sempre que quiser pegar a coroa pode, mas antes fale comigo”. Estava chovendo, o ladrão saiu correndo e ele não se molhou.

Análise da 5ª. Unidade

A coroa de um rei é algo valiosíssimo e foi roubada. Lena tem a sensação de que foi roubada, seu irmão tirou-lhe algo valioso. Quando percebe que a coroa sumiu, a empregada fica desesperada, assim como se sentiu com a chegada do irmão (no nascimento) e também agora com ele internado, sendo que nas duas situações se sente ameaçada com a atenção dos pais que é dada a ele.

Durante muito tempo foi a princesinha da casa e a coroa lhe pertencia. A coroa significa algo de muita relevância, a atenção e o afeto dos pais, seu lugar de filha única na família. Inicialmente traz a fantasia de que não foi competente o suficiente para manter o amor e a atenção exclusivamente para si, além de sentir seus pais acusando-a também disto. Há certa desvalorização de si mesma, fantasia de que não cuidou desse bem valioso, e é demitida por isso. Percebe como uma tentativa de reparação por parte de uma autoridade (pai e/ou mãe), assim como uma tentativa de reconciliação ao readmitir a empregada e deixar o ladrão roubar desde que avise, ou seja, parece que reconhece que há espaço tanto para ela como para seu irmão na família.

Com a visita que fez, viu seu irmão internado e doente e pôde estar presente nessa situação e compartilhar da atenção e afeto da mãe. Percebe que há espaço para ela também mesmo durante a hospitalização, confirma seu lugar na família. Justificam-se assim os pedidos incessantes de Lena relatados pela mãe na entrevista, e também expressos à psicóloga por ela mesma no início da visita, de “sua vontade de visitar o irmão e não estavam deixando”. A chuva, ao final da história, parece representar todo estresse que ela está passando, desde o

nascimento do irmãozinho e que foi intensificado com a doença e internação dele. Essa situação difícil, que levou a mãe para longe dela e de casa, mudou toda a dinâmica familiar e acabou desencadeando toda sua angústia de estar perdida, desprotegida, abandonada e a sua casa se desfazendo.

Em resumo, Lena apresenta atitude básica de insegurança (necessidade de proteção), seus pais e irmão são figuras significativas. Expressa sentimentos derivados de conflito de abandono, solidão e desproteção causados principalmente pela internação do irmão, e apresenta, em função disso, necessidades básicas para suprir a vivência desses sentimentos. Ora demonstra ansiedade paranóide, ora ansiedade depressiva.

3.2.4.2 Síntese do caso

Lena desde a primeira unidade revela a angústia de abandono e desproteção que experimenta e que irá permear as demais unidades. Ao longo das unidades, mostra num crescente a intensidade dessa angústia que lhe traz uma forte sensação de desproteção, abandono e solidão. Traz a sensação que suas relações mais primitivas e básicas, ou seja, as relações com sua mãe e pai correm risco, estão desmoronando, e esse é um risco muito grande.

Seus pais e irmão parecem ser figuras significativas e estão em seu cotidiano em situações agradáveis (estão juntos e passeiam), porém esse cotidiano foi abalado pela internação de seu irmão, alterando a dinâmica de sua família, afastando seu irmão e principalmente sua mãe. Anterior à internação, o nascimento de seu irmão despertou ciúmes em relação principalmente à sua mãe, pois não queria dividir a mãe com o irmão. Sente-se roubada por seu irmão de algo valioso: a atenção e o afeto de seus pais, assim como o lugar de filha única que ocupou por seis anos. A chegada de seu irmãozinho na família tem sido uma situação difícil e estressante para ela, agravada com a doença e internação dele. A partir daí, a internação se mostra de várias formas como ameaça para ela e sua família, e retrata com muita intensidade as ameaças e perigos que sente com a ausência da mãe (cachorro, carro sem direção, monstro do calor, ladrão), ficando a mercê destas, correndo risco, sozinha e desprotegida.

Sente-se incompetente por não ter cuidado bem do amor e atenção dos pais e culpada por acabar perdendo esse bem valioso. Tem a fantasia de que seus pais

confirmam essa sensação gerando sentimento de desvalorização de si mesma e de exclusão, como em sua história a empregada é demitida por não cuidar da coroa do rei. De forma a reparar essa situação, é permitida a readmissão da empregada e convivência com o ladrão, ou seja, há lugar e atenção para ambos na família. Inicialmente vê a mãe como solução e salvação para enfrentar essas ameaças, pois sente que a mãe a protegerá e a resgatará do abandono e da solidão, assim não estará mais perdida, como na história do carro sem direção e a mãe vai a sua procura e a encontra. Porém sente que suas relações primárias afetivas com seus pais estão se desfazendo e correndo risco de perdê-las.

A visita que faz ao irmão mostra-se significativa, pois pareceu resgatar um momento íntimo de Lena e sua mãe, abraçada a sua mãe, conversando baixinho, e com a presença do irmão. Há lugar para ambos na relação com a mãe. A visita parece ter nutrido novamente essa relação que parecia em risco, se desmanchando, assim como ela percebe que também pode fazer parte da interação e não sentir-se excluída.

3.3 CASO 3

3.3.1 Identificação

Paciente: Saulo - Idade: 01 ano e 07 meses

Participante: Renata – Idade: 12 anos e 10 meses

3.3.2 História Clínica

Saulo internou no Pronto Socorro com febre iniciada há quatro dias, acompanhada de cansaço, tosse e perda de fôlego nos acessos de tosse. Anterior à internação, a mãe procurou por serviços de saúde por três vezes devido piora progressiva do estado de saúde de seu filho, porém era medicado e dispensado. Internou na enfermaria com diagnóstico de pneumonia e derrame pleural e um dia depois, devido ao agravamento do quadro, foi encaminhado para a UTI onde foi intubado por duas vezes. Foi detectada através de punção torácica uma bactéria multirresistente no líquido pleural. Necessitou realizar passagem de dreno torácico por duas vezes em centro cirúrgico e uma terceira vez houve o reposicionamento desse dreno que permaneceu até a alta da UTI e durante a internação na enfermaria.

3.3.3 Dados da entrevista com a mãe

Em seu primeiro dia de internação e após primeira extubação, Saulo chorava muito por desconforto e dor, sua mãe ficava muito preocupada e incomodada se o choro do filho estaria perturbando os demais pacientes e suas mães, chegando a repreendê-lo. A mãe também manifestou sua dificuldade em acompanhar o filho por medo do que poderia acontecer e por já ter se assustado anteriormente devido a piora no estado clínico de seu filho. Desde a primeira extubação de Saulo houve a solicitação da mãe para a visita da irmã Renata que, segundo a mãe insistia muito para ver o irmão. Por sua vez, a mãe também pedia frequentes orientações de como falar com a filha sobre o estado grave de Saulo e como responder as perguntas de sua filha. Tinha medo de falar a verdade sobre a gravidade do estado de Saulo e a filha não lidar bem com a verdade. Por outro lado, a filha insistia por demais que a mãe lhe dissesse a verdade, que não queria ser enganada e merecia saber o que estava acontecendo com o irmão. A mãe, aos poucos, foi conseguindo conversar com a filha e passar as informações e mais tranquilidade para ela. Com isto, mostrou-se aliviada e também foi se tranquilizando, reaproximou-se da filha e a

confiança entre ambas se restabeleceu. Sua filha, por sua vez, acabou lhe dizendo que estava feliz e agradecida com as informações.

A mãe relata que a filha é uma excelente menina e só recebe elogios de seus professores, é muito esperta, responsável, confia na filha. O relacionamento entre os filhos é muito bom, percebe que se gostam muito. A filha brinca com o irmãozinho e sempre que pode ao término de suas tarefas escolares, cuida dele. Moram na casa os pais, o paciente e sua irmã. O pai, embora trabalhe, reveza eventualmente o acompanhamento do paciente com a esposa. Os pais de Saulo, após o nascimento de Renata, não queriam ter mais filhos, mas acabaram revendo essa decisão após muita insistência de sua filha em ter um irmão, que segundo a mãe, usava bons argumentos em seu pedido. A visita foi agendada no vigésimo dia de internação, apenas após a segunda extubação de Saulo.

3.3.4 O dia da visita

Renata chega para a visita e refere que está no 7º. ano e acompanha muito bem a escola. Nunca esteve em um hospital e, a respeito do irmão, sabe que um de seus pulmões está muito doente, está com água no pulmão e por isso não funciona direito. Foi preciso colocar um dreno e para isso foi para o Centro Cirúrgico. Piorou, foi intubado e no sábado começou a melhorar. Sua mãe contou-lhe tudo sobre seu irmão quando foi para casa, “pedi para minha mãe me contar, queria saber, é o meu irmão”. Renata diz que sente muita falta do irmão, costuma brincar com ele de bola, de pega-pega. Pede para a mãe deixá-la dar comidinha para ele. Dormem no mesmo quarto. Agora ela tem dormido com o pai. Não consegue dormir sem o Saulo no quarto, não gosta de ver o bercinho dele vazio. Quer muito ver seu irmão porque tem muitas saudades. Informo como é o espaço da UTI, como encontrará seu irmão (com acessos venosos e dreno) e que seu irmão está doente e por isso não está muito disposto. Na sequência damos início ao Procedimento de Desenhos-Estórias.

3.3.4.1 Procedimento de Desenhos-Estórias

Foram dadas as instruções e a participante realizou o desenho da primeira unidade.

3.3.4.1.1 Unidade 1

Título: “Amor de irmãos”

“É o nome dele e o meu no desenho....” Era uma vez dois irmãos muito unidos que se amavam muito, até que um dia seu irmão, que se chamava Saulo, ficou doente. Depois de muitos...não!... duas semanas ele conseguiu sair do hospital muito bem e feliz com sua irmã que se chamava Renata. O tempo que ficou internado ficou sem a Renata. Ela ficou só um pouco triste porque sabia que ele estava sendo bem cuidado. Seu irmão ficou ruim, depois melhorou e voltou para casa. Ele também ficou triste enquanto esteve internado por ter ficado longe de casa e da irmã.

Análise da 1ª. Unidade

A história retrata a situação que Renata está vivendo no momento com o irmão, a situação de separação pela internação, de doença e preocupação pela recuperação dele. O que parece ser intenso, Renata é autorreferente em sua história, utiliza o próprio nome e o do irmão no desenho e conta a própria história.

O irmão é uma figura significativa para ela, um objeto bom e há muita afetividade entre ambos, e sua tristeza e ansiedade são dirigidas para ele. Desenha um irmão grande e não um menino pequeno com a grande diferença de idade que há entre ambos, parece retratar um amor de namorado. Sofre por pensar que o irmão está triste e doente. Sente-se triste pela separação do irmão, que está sendo muito longa e deseja que fosse mais curta. Há um sentimento de medo de perder o irmão e de que ele não volte para casa. O desejo de cura e de retorno do irmão para casa é significativo também.

Já nessa primeira história, coloca um final feliz, que não sabe se vai acontecer realmente. Deseja ver o irmão bom e voltar para casa, um desejo de triunfo, um final idealizado.

3.3.4.1.2 Unidade 2

Título: “Uma oração”

Renata: A história não precisa ser daqui, nem do Saulo, né?

Psicóloga: Não, não precisa. Conte uma história sobre o que você quiser.

Era uma vez uma menina com sua família que era muito feliz. A menina e a família eram felizes. Certo dia o irmão dessa menina ficou doente e internado. Quando as pessoas da igreja deles souberam dessa notícia, começaram a fazer um propósito para orar pela vida do menino internado, até que um dia de tanto que oraram pela vida dele, conseguiu sair bem do hospital.

Psicóloga: Quem era dessa família?

Renata: A família era a mãe, o pai, o irmão e a irmã, isto é, os filhos.

Psicóloga: O que é um propósito?

Renata: Propósito é orar por uma causa, um motivo. A família e a igreja todos oraram, mesmo quem não era da mesma religião orou. Todos estavam muito chateados porque conheciam muito esse bebê de um ano e sete meses, ele era muito especial. Quando essa menina pediu para os pais terem esse irmão, eles não queriam. De tanto ela pedir, os pais aceitaram e veio o Saulo.

Análise da 2ª. Unidade

O tema desta história é o mesmo da anterior. Renata repete a história do irmão internado gravemente doente, fala claramente dele na história. Essa situação a deixa extremamente preocupada, mobilizada, tenta se voltar para outro assunto, mas não consegue (“A história não precisa ser daqui, nem do Saulo, né?”).

Fala claramente do irmão na história (“um bebê de um ano e sete meses”) e como se sentisse responsável por tudo do irmão, pelo nascimento, pelo adoecimento. O que é diferente de uma preocupação de irmão, é algo, além disso. Atenta-se para o fato de sua última fala na historinha, que se confirma na fala da mãe durante a entrevista, de que os pais depois de muito tempo reviram sua decisão de não ter mais filhos a pedido e insistência da filha. Renata foi ouvida por seus pais e foi lhe dado um poder que ela não poderia ter. O desejo e decisão de ter outros filhos cabem ao casal e não a ela, a filha. É muita responsabilidade por essa demanda, ela não pode decidir quantos filhos seus pais terão.

Muito ansiosa e traumatizada com o afastamento e doença do irmão, o tamanho do desenho que toma toda a folha e que clama por Jesus nos quatro

cantos da folha, mostra quase um desespero dela pelo estado de saúde de seu irmão, que reflete essa ligação forte, quase uma responsabilidade por ele e talvez culpa.

O desejo de cura também é o mesmo que na história anterior, mas não é só dela, é de todos que conhecem seu irmão, sua ansiedade é grande. Condiz com a preocupação da mãe quando procura pela psicóloga buscando orientação de como lidar com a insistência da filha em saber realmente a condição de seu irmão na UTI. A família e o irmão são figuras significativas positivas, importantes para ela, a internação parece ter rompido um estado de felicidade e estabilidade que vivia em sua rotina.

São histórias autorreferentes, repetitivas, com um final feliz, idealizado, com relações carregadas de afeto e mostram que a hospitalização do irmão marcou muito Renata, que não consegue elaborar essa história por estar muito ansiosa.

Visita do irmão na UTI

Com a finalização da segunda unidade do D-E, seguimos para a UTIP.

Quando Renata chega, Saulo está em seu leito, sério, olhando o celular da mãe. Renata cumprimenta-o e pede um beijinho, ele não responde. A irmã segura sua mãozinha, tira sua chupeta e pede beijo novamente, ele faz não com a cabeça. Renata insiste e ele acaba beijando a irmã.

Em sua cama tem um pandeirinho de brinquedo e Renata começa a brincar com Saulo que, aos poucos, vai se soltando e brincando com a irmã. Tocam o pandeiro. Renata faz carinho em Saulo e lhe dá beijinhos, pede para o irmão tocar e o faz com gestos bem fracos. Renata conversa baixinho com ele bem pertinho e Saulo vai respondendo para a irmã e tentando tocar o pandeirinho. Renata, num tom mais alto, pede que fale “irmã” e Saulo repete. Renata fica muito feliz, bate palma, fala com a mãe “Ai que lindo, mãe, ele falou irmã!” As duas sorriem e Renata prossegue:

- Que cabeludo, né?
- É cresceu sim. A mãe respondeu.

Saulo volta a ficar sério e quieto e Renata volta a falar com ele e perguntar como ele está. Ele não fala nada. Renata pede para ele fazer “beleza, joia” com o

polegar (sinal de positivo) e novamente Renata fica muito feliz por ele tê-la atendido e a mãe diz:

- Puxa, fiz tanta coisa pra ele hoje, até dancei e ele não reagiu. Com você, fez joia com o polegar e até falou “irmã”.

Alguns médicos vêm conhecer e cumprimentar Renata e Saulo está sério, de chupeta. Renata explica para os médicos que o irmão é mais sério mesmo, que não sorri facilmente em casa também, e conta as gracinhas que ele já havia feito com ela ali durante a visita.

Renata pega o celular da mãe e coloca um desenho e assiste com Saulo. Aparecem uns animais no desenho e Renata vai nomeando e pedindo para Saulo fazer os sons de cada animal e Saulo corresponde. Mãe e Renata vão fazendo carinho na cabecinha de Saulo.

Renata faz várias perguntas para a mãe sobre os cateteres, sondas, bomba de infusão que a mãe vai respondendo. Pergunta também sobre o leito vazio ao lado do irmão e a mãe explica que a criança recebeu alta médica e foi para a enfermaria e Renata completa:

- Ele também irá.

Encerramos a visita e todos se despedem com beijos e carinhos. Na saída, Renata falou que gostou da visita e ficou feliz de ver o irmão na UTIP, ela achou que o encontraria em pior estado e que apenas achou seus bracinhos mais magros.

Renata: Ele é mais sério mesmo, na rua quando alguém mexe com ele porque o acha engraçadinho, ele não dá bola, fica sério, mas ele é bem feliz também. Ele é muito danado, apronta muito. Minha mãe falou que o médico avisou agora pouco que amanhã ele irá para a enfermaria. Nossa, fiquei feliz!

Voltamos para a sala de atendimento e a participante realiza as demais unidades do D-E.

3.3.4.1.3 Unidade 3

Título: “O bichinho e sua amiga”

Renata: Não precisa ser sobre o Saulo e nem daqui, né?

Psicóloga: Você pode contar qualquer historinha, sobre o que você quiser.

Era uma vez um bichinho que estava triste porque estava ruim, doente. Até que um dia uma amiga perguntou o que ele tinha. Ele respondeu que estava com dores na região do peito. Sua amiga falou “Vamos para o médico” e levou-o para o hospital. Ele ficou alguns dias na UTI e depois foi transferido para o quarto. Ele ficou muito feliz e ela também e, na semana seguinte, foi embora para sua casa.

Psicóloga – Que bichinho era?

Renata - Era um bichinho qualquer. Eles eram melhores amigos. No hospital ela ficou com ele, estava preocupada com o amigo. O bichinho é o Saulo, mas quis falar bichinho...

Quando eu estava lá na UTI alguma coisa apitou e levei um susto. Minha mãe falou que era a medicação que tinha acabado e estava apitando para avisar. Caramba, assustei na hora!

Análise da 3ª. Unidade

Renata, embora tente, não consegue se desvencilhar da sua história real: seu irmão doente e internado, correndo risco de morte, o que de fato é uma experiência ruim e traumatizante de se vivenciar. Demonstra muita preocupação com ele, pois ainda está no centro de sua história como figura significativa positiva (“melhores amigos”), uma vez que parece se sentir com muita responsabilidade por seu irmão ter nascido porque ela pediu. De certa maneira é como se ela fosse mãe dele, então não consegue fantasiar, criar ou trazer outros elementos que não seja a doença de seu irmão.

O amor que sente por ele, a ansiedade pela internação, o desejo de que melhore e saia do hospital, parece ser uma relação além da irmandade, aproxima-se mais a uma relação de mãe e filho. Na história ela está sempre presente, leva o irmão para o médico e o acompanha durante a internação, assume esse lugar da maternagem, o que levanta muita angústia porque ela não é mãe (função muito grande para ela). Parece que tem algo pesado com ela, além da situação de doença, culpa talvez, por isso ela pergunta tanto sobre desenhar outra coisa, como

se precisasse se aliviar e ficar bem. Um desejo predominante de um final bom e feliz (escreve quatro vezes “Feliz” e “viva”), também idealizado.

3.3.4.1.4 Unidade 4

Título: “As formiguinhas”

Renata: Não preciso desenhar o hospital ou o Saulo?

Psicóloga: Não precisa. Desenhe o que você quiser.

Renata: Posso desenhar outras coisas?

Psicóloga: Claro. O que você quiser.

Num belo dia um *emoji* “carinha feliz” estava com seus amigos num *piquenique* e nesse *piquenique* tinha algumas formigas que começaram a subir nas comidas. Como o *emoji* “carinha feliz” tinha alergia de picada de formiga, saiu correndo com seus amigos. Depois de um tempo eles lembraram esse dia e deram muitas risadas. Só!

Renata: Achei a situação engraçada, por isso contei.

Psicóloga: Como é esse *emoji*?

Renata: O “carinha feliz” nem sempre está feliz. Nem todo mundo está feliz o tempo todo. Têm altos e baixos. O que deixa ele triste às vezes é quando alguém fala mal dele ou de outras pessoas. A família dele também é “carinha feliz” como ele.

Análise da 4ª. Unidade

Exceto pela primeira unidade, Renata faz desenhos muito pobres, nesta unidade faz uma caricatura, uma carinha feliz, sem cabelos, não tem corpo, é quase só um sentimento. O símbolo de *emoji* expressa sentimento, e este é de felicidade, e ao mesmo tempo traz a doença (alergia), a doença que quebrou sua felicidade e a do irmãozinho. Talvez esteja presente também mais subliminarmente sentimento de culpa por ciúmes do irmão.

Renata foi filha única por quase dez anos e, mesmo desejando muito um irmão, pode haver uma dinâmica de que ela estragou o irmão com seu ciúme. Renata não pode sentir ciúmes do irmão, tanto porque o desejou muito, como por ele estar doente e em risco de morte.

Esta historinha, como as anteriores, tem final feliz e um excesso de felicidade marcado no desenho e na história, além da presença da doença que parece pairar como uma ameaça. Não só a doença, como talvez a morte também, e por isso, tanta ansiedade expressa. As formigas representam as bactérias que pegam seu irmão e ele foge correndo, o que revela mais uma ansiedade paranoica. Ele e os amigos saem correndo e acham graça, talvez uma defesa mais maníaca. Foram quatro

histórias com final feliz, em que “deu tudo certo”: felicidade com a cura. Afirmar isto muitas vezes como se reforçando, pudesse garantir que ocorra.

3.3.4.1.5 Unidade 5

Título: “O morador de rua”

Num dia de sol Renata e Saulo estavam passando pela rua até que viram um morador de rua que estava com fome. Saulo estava comendo um lanche. Eles viram que o morador de rua olhava para o lanche e aí Saulo deu seu lanche para o morador de rua e falou do amor de Jesus por ele.

Psicóloga: Como o Saulo ficou depois de dar seu lanche?

Renata: Saulo não ficou com fome.

Psicóloga: O que a Renata achou da atitude do Saulo?

Renata: Achou que tinha que dar o lanche, que era o certo. Os dois, a Renata e o Saulo, ficaram com o coração muito feliz.

Análise da 5ª. Unidade

Renata fala dela e do irmão, novamente é autorreferente. Ela não se desvincula dele, não fala dela sozinha, reafirma como a relação com o irmão é intensa e forte. Essa situação do irmão doente internado está tão difícil que parece viver uma simbiose com ele nesse momento. Esse irmãozinho não ocupa bem o lugar de irmão. Ela brinca com ele, como um adulto brinca com um bebê (o que se pôde observar também na visita) e não como duas crianças de idades próximas (a diferença de idade entre os dois é muito grande). Uma relação mais parecida como mãe e filho. Suas preocupações são maternas também. Durante a visita Renata observa que os braços de Saulo estão mais magrinhos, que está mais cabeludo e nas histórias frequentemente está cuidando do irmão (leva-o ao médico, acompanha na internação).

Renata, uma menina, sente-se muito sobrecarregada e responsável para sua idade, tem um poder que não deveria ter: decidir se os pais teriam ou não mais filhos. O sentimento de culpa, pela responsabilidade do nascimento e adoecimento de seu irmão, está presente de forma mais clara. Ela e o irmão dão o lanche para o morador de rua que os observa enquanto o irmão come. Como eles podem comer e o morador não? Como ele pode passar fome, e eles ali comendo? Não dá para comer o lanche, tem que oferecê-lo ao morador de rua. Renata acha que isso é o certo e ficam com o coração feliz, parece que há um alívio. Há um tom religioso nessa história (e na segunda também) que fala do amor ao próximo, ajudar os necessitados. Ela usa símbolos religiosos nos desenhos como a cruz, nome de Jesus e amor no coração. Ademais, a forma como Renata (uma menina de 12 anos)

contou a história é muito similar à de um religioso. Com a conotação religiosa da história, a doença do irmão pode ser um castigo e esse sentimento de culpa parece levar Renata à necessidade de expiação de seus pecados (dar comida a quem precisa, fazendo uma renúncia). Diante de tanta angústia que vive com a doença e internação do Saulo, a salvação é amparar e fazer caridade ao outro e assim ter alívio, uma necessidade de reparação muito intensa. Esta reparação é a solução para o conflito nessa história. Renata mostra uma fantasia de cura e a solução é ajudar o outro, os pobres, fazer o bem, uma grande reparação.

3.3.4.2 Síntese do caso

Renata é uma menina de 12 anos que apresenta preocupações, e uma forma de lidar com seus conflitos e soluções, não compatíveis para sua idade cronológica. Ora coloca-se como figura materna, ora como um religioso, na grande maioria das vezes não fala de si, apenas de seu irmão, denotando nesse momento uma vinculação intensa com ele.

Tanto sua mãe como ela mesma, relatam que ela é a grande responsável pelo nascimento de seu irmão. Renata queria muito um irmão e seus pais, mesmo já tendo decidido, há dez anos, por não ter mais filhos, voltaram atrás, e atenderam ao pedido e desejo de Renata, conferindo-lhe uma enorme responsabilidade. Isto, somado a toda preocupação e angústia que demonstra por seu irmão internado e a relação forte e intensa que estabelece com ele. Parece ser uma relação além da irmandade, uma relação mais próxima à de mãe e filho, pois Saulo não parece ocupar exatamente o lugar de irmão, e sim de filho de Renata e de certa maneira é como se ela fosse mãe dele (desejou-o).

Durante a visita, brinca com Saulo como um adulto brinca com um bebê, e não como duas crianças, talvez num papel materno. Desde as solicitações iniciais da mãe sobre orientações de como lidar com a insistência da filha, tanto para saber a real condição clínica de Saulo, como para a realização da visita na UTIP, nota-se muita ansiedade por parte de Renata em relação ao irmão internado, o que também pode ser verificado em suas histórias e desenhos grandes.

Revela grande angústia e medo terrível da internação e doença do irmão, bem como de perder seu irmão gravemente doente. Sofre muito com o medo da morte do irmão e fica muito presa nessa situação e nessa angústia, trazendo sempre sua

história atual de sofrimento. Fala pouco de si mesma, bloqueando sua criatividade. O que pode ser verificado também em praticamente todos seus desenhos realizados de forma pouco elaborada e pobre para sua idade. É uma angústia grande e ela expressa isso no começo da visita, quando relata à psicóloga que não consegue dormir sem o irmão no quarto e que tem muitas saudades dele. Traz assim uma preocupação materna também observada durante a visita, quando percebe que Saulo está com os bracinhos mais emagrecidos e que está mais cabeludo, e em suas histórias frequentemente está cuidando do irmão: acompanha na internação, leva-o ao médico.

O sentimento de culpa surge logo nas primeiras unidades do D-E e se define melhor na última unidade. Sente-se responsável e culpada pelo sofrimento de Saulo, afinal ela o desejou e é responsável por seu nascimento, pois foi atendida em seu pedido aos pais. Culpa também, por talvez não ter oferecido maternagem adequadamente a Saulo, que acabou adoecendo. Em menor intensidade, de forma secundária e talvez ocultando, demonstra sentimentos menos aceitáveis como a raiva e o ciúme do irmão. Renata foi filha única por quase dez anos e, mesmo desejando muito o irmão, pode haver uma dinâmica de que Renata tenha estragado o irmão com seu ciúme e não se permite rivalizar com Saulo, pois ele está doente e em risco de morte.

Renata expressa um desejo grande de cura de Saulo. Inicialmente, suas tentativas de solução para o conflito do irmão doente e internado são mágicas e idealizadas: “seu irmão fica bom, fica feliz e vai embora para casa”. Ao final, com a configuração do sentimento de culpa e uma sensação de castigo que emerge por uma conotação religiosa, Renata tem necessidade de expiação de seus pecados, de alívio da angústia e culpa que vive, ou seja, uma grande reparação.

Enfim, para Renata, seu irmão é uma figura significativa, um objeto bom, e sua doença e hospitalização teve um efeito muito devastador de muito sofrimento e angústia para ela, sendo que a solução que ela apresenta é uma fantasia de cura, baseada na reparação extrema. De modo geral, estão presentes ansiedades depressivas, derivadas do instinto de vida, e Renata usa de defesas um pouco primitivas como negação, idealização e expiação muito intensa, maior na última unidade.

3.4 CASO 4

3.4.1 Identificação

Paciente: Roberto - Idade: 02 anos e 04 meses

Participante: Laís – Idade: 09 anos e 06 meses

3.4.2 História clínica

Roberto vinha apresentando febre 15 dias antes da internação, associada a tosse e coriza, a mãe procurou outro hospital onde foi medicado e liberado, porém em casa evoluiu para dispneia e hipoatividade. Veio ao Pronto Socorro do hospital e no dia seguinte foi internado na enfermaria. Dois dias depois apresentou importante esforço respiratório, febre e dor torácica. Foi para o Centro Cirúrgico para drenagem do tórax. O dreno foi mantido e Roberto foi encaminhado para a UTIP. No início chorava e se queixava muito de dor devido ao dreno. Não sorria e pouco se mexia de medo de doer no local do dreno. A visita de Laís ocorreu à tarde no quarto dia de internação na UTIP.

3.4.3 Dados da entrevista com a mãe

Os pais de Roberto têm três filhos, Laís de 09 e Miguel de 07 anos, o paciente é o caçula e moram os cinco na mesma casa. A mãe vem acompanhando-o desde que o trouxe ao Pronto Socorro e ainda não foi para casa para ver os outros filhos ou descansar. O pai trabalha e visita Roberto praticamente todos os dias após o trabalho. A mãe conta que Laís e Miguel querem muito ver o irmão, são muito apegados. Sabem que o irmão está doente com pneumonia e estão desolados por saber que o irmão está internado na UTI. A mãe refere também estar arrasada com a internação do filho na UTI, não entende como acabou indo para lá, questiona se fez algo errado. Está muito chorosa e preocupada tanto com Roberto como com os outros dois filhos que estão em casa.

A mãe conta que Laís frequenta o quarto ano escolar, é muito boa aluna. Muito elogiada pela professora. Em casa ajuda a mãe a cuidar de Roberto, gosta de dar comidinha pra ele, trocar suas roupas e deixá-lo arrumadinho. Ajuda a cuidar de Roberto desde bebezinho. Os filhos estão sempre juntos, brincam com Roberto e, como é o caçulinha, é o xodó.

Durante a internação, seus dois filhos estão sob os cuidados da avó materna na casa dela. Laís se preocupa sempre com o irmão, agora com a internação está sempre perguntando como está Roberto e pedindo para vê-lo.

3.4.4 O dia da visita

A visita inicia na sala de atendimento no andar de baixo, fora da UTIP. Laís diz querer muito ver o irmão, está com saudades. Quando soube que Roberto ficou internado, chorou e seu outro irmão, Miguel, chorou mais que ela, diz que todo mundo chorou em casa. Sabe que ele está com pneumonia. A mãe falou que ele está melhorando e que hoje pela manhã até cantou para ela. Esta é a primeira vez que Laís entra em um hospital.

Laís: É ruim ficar em casa e pensar nele no hospital, por isso quero ver o Roberto. Em casa brincamos juntos e ele apronta conosco também. No dia que ele ficou doente estava com 39,1º de febre e ainda brincou com a gente e escondeu um brinquedo nosso. Procuramos por toda parte e só muito depois falou que ele tinha escondido e mostrou onde estava.

Psicóloga: Vocês sempre brincam juntos?

Laís: Sim, todo dia, mas ele brinca, bate, morde, cospe na gente. Ele é super levado. Uma vez mordeu o meu dedão do pé. Eu e o Miguel, a gente fugia dele. Agora não tá mordendo tanto, mordida quando era menorzinho. O Miguel também foi internado quando era bebê, ficou no Hospital, também com pneumonia e foi intubado. Não lembro direito, é que minha mãe tirou foto e vi.

Informo como é o espaço da UTI, como encontrará seu irmão (com acessos venosos e dreno) e que seu irmão está doente e por isso não está muito disposto, está triste por estar no hospital e não em casa.

Laís: ...mas acho que ele vai gostar de me ver.

A seguir iniciamos a realização do D-E.

3.4.4.1 Procedimento de Desenhos-Estórias

Com o consentimento de Laís, passo as instruções para a realização do D-E. Segue o desenho da Unidade 1.

3.4.4.1.1 Unidade 1

Título: “A família reunida”

Era uma vez uma família muito feliz. Eles brincavam e eram felizes. Um dia o menino ficou muito doente, um caso bem grave e ele era o caçula. Foi para o hospital e ficou alguns dias lá. Ele tinha dois irmãos que fizeram uma declaração de amor para ele dizendo que gostavam muito dele. No final dessa história acabou tudo bem e essa família voltou a ser feliz de novo.

Psicóloga: Quais são as pessoas dessa família?

Laís: Meu pai, minha mãe, meu irmão Miguel, eu e o Roberto que ficou doente.

Psicóloga: O que o menino achou da declaração?

Laís: Acho que ele gostou porque tá com muitas saudades deles, brincamos juntos, até aprontamos. Estou com muitas saudades...

Psicóloga: O que aconteceu no final para acabar tudo bem?

Laís: Ele voltou a ficar bem, voltou para casa e nunca mais teve nada grave e precisou voltar para o hospital.

Análise da 1ª Unidade

A primeira história é autorreferente e Laís conta a sua história atual: a internação, a doença de seu irmão caçula e assinala que “é um caso bem grave”, gerador de angústia. É uma história onde tudo acaba bem e a família volta a ser feliz de novo, o que sugere uma dificuldade em lidar com o medo e a angústia diante da doença grave do irmão, promovendo um final mágico e idealizado. Demonstra também que a doença e a hospitalização provocaram uma fratura na dinâmica e rotina de sua família que só será retomada com a recuperação do paciente e sua volta para casa.

O coração é uma declaração para o irmão internado, tem um efeito curativo, mágico e talvez reparador de fantasias e desejos inconscientes de ataque ao irmão caçula, o “xodó” de casa. Expressa desejo de cura, vida para o irmão e a volta da felicidade para sua família. Percebe-se sentimentos derivados do instinto de vida, sentimento de amor, desejo de cura; ao mesmo tempo sentimento de medo da situação de hospitalização e doença, e o que possa acontecer com seu irmão. Emoções fortes que se pode notar também no vermelho que toma todo o seu desenho, um coração cheio de emoções.

A família tem um grande significado para ela, representa afetividade e união e seu irmão é uma figura significativa positiva que a traz até o hospital para fazer uma

declaração de amor e dizer o quanto ele é importante para os irmãos que estão em casa, separados dele.

3.4.4.1.2 Unidade 2

Título: “Nunca separados”

Era uma vez uma família, (de novo!), que nunca se separava e então um dia os pais saíram e deixaram as crianças assistindo a televisão. Os pais voltaram e as crianças não estavam mais em casa, e eles pensaram: “eles fugiram? Ou entrou alguém em casa e os pegou?” Ficaram desesperados. Pegaram o carro e saíram procurando pelas ruas. “Temos que salvar nossos filhos”, pensaram. Dois homens tinham pegado as crianças e falaram: “se quiserem ter seus filhos de volta, terão de demonstrar uma prova de amor por eles”. Os pais não sabiam o que fazer, estavam desesperados porque sabiam que enquanto estavam lá as crianças estavam lá dentro amarradas com uma fita tampando a boca delas. Os pais tiveram muita coragem e demonstraram uma prova de amor de ficarem presos no lugar das crianças. A mãe falou para a filha mais velha “ligue para a polícia e peça para virem aqui e vá para a casa da vovó.” Ela fez exatamente o que a mãe pediu: os três filhos foram para a casa da avó e a mãe e o pai ficaram no lugar deles. Quando a polícia chegou, conseguiu prender os dois sequestradores e soltaram os pais. Quando soltaram os pais, eles não pensaram duas vezes e foram para a casa da avó. Quando chegaram, correram e abraçaram os filhos e perguntaram se estava tudo bem, os filhos disseram que sim. Essa família voltou a ser feliz de novo e não se separaram mais. Não vou pintar para não demorar mais para ir ver meu irmão.

Psicóloga: Quem são as pessoas dessa família?

Laís: É a minha mãe, meu pai, a Lolo sou eu, Guel é o Miguel meu irmão e o Roberto.

Psicóloga: Como os filhos se sentiram com toda a situação?

Laís: Os filhos ficaram muito nervosos. A mais velha ficou muito desesperada porque cuidava dos menores e sabia o que estava acontecendo, o perigo que estavam correndo.

Análise da 2ª Unidade

O tema família também está presente em seu segundo desenho, o que é percebido pela própria Laís (“de novo!”). Fala de sua família, que parece ser a questão preocupante para ela nesse momento, somada à condição de segurança dos filhos da família. Surge uma ameaça, um risco para essa família. Uma família unida, que nunca havia se separado, por um descuido desses pais (ansiedade depressiva, ameaça dirigida ao objeto – família) os filhos foram sequestrados,

colocando-os em risco. Laís faz uma crítica aos pais que saíram e deixaram os filhos sozinhos. Existe nesta história uma insegurança inicial com relação aos cuidados e proteção paternos que expõem os filhos ao perigo (serem sequestrados) e que acaba separando os filhos dos pais. Vê os pais como figuras significativas, que embora tenham falhado no cuidado aos filhos, são percebidos como bons pais, que estão sempre presentes e que provam seu amor por seus filhos. Talvez a mãe tenha de alguma forma, passado sua insegurança e culpa pela internação de Roberto. O que se percebe quando relata, na entrevista, estar arrasada com a internação dele na UTI e ao se questionar se fez algo de errado para que isso acontecesse, o que Laís acaba expressando em sua história.

Laís, como a irmã mais velha, cuida dos irmãos menores e essa responsabilidade é reafirmada pela mãe que lhe dá ordens que ela segue à risca. Projeta-se na figura da mãe, o que se pode ver no desenho em que segura o irmãozinho no colo. Levanta-se a hipótese inicial de que sinta rivalidade com a mãe, desejo de tomar seu lugar. Por ser a irmã mais velha, demonstra uma capacidade maior de perceber os perigos e ameaças da realidade. A percepção dos perigos que a realidade apresenta a faz vivenciar sentimentos de preocupação e desespero com relação à internação e doença de seu irmão. Outro fator é a fraternidade e os laços fraternos presentes de forma intensa tanto na história como no desenho. O final feliz não aconteceu tão rápido e magicamente como na história anterior.

Visita do irmão na UTI

Ao entrar na UTIP apresento Laís à equipe que cuida de seu irmão, Laís os cumprimenta de forma mais reservada e pouco extrovertida. Sua mãe já a aguardava ao lado do leito de Roberto. Ao chegar ao leito onde está seu irmão, dá um sorriso e chama-o pelo nome “Oi Rô! Oi!.... Me dá um beijo?” Roberto estava sério, não sorriu, apenas deu um rápido olhar para a irmã. Ela debruçou-se sobre ele e o beijou.

Conversa com Roberto dizendo que estava com saudades, fala dos familiares que também estavam saudosos. Convida-o para brincar e ele apenas olha para a irmã sem esboçar nenhum sorriso. A mãe intervém e fala que Laís veio visitá-lo e pergunta se não deseja brincar com ela, porém Roberto continua com a mesma reação e sem nada falar, apenas olha para a irmã. Laís faz carinho em sua cabecinha e a mãe fala para Laís “Hoje de manhã ele estava mais disposto, cantou

comigo..., mas por volta do meio dia já ficou mais quietinho. O médico disse que ele está melhorando e que à tarde ele cansa mais, que é assim mesmo. Ele sente dor com o dreno, nem quis almoçar, mas ele está melhorando.” Laís observa a mãe fazendo carinho no irmão.

Laís canta um pouquinho enquanto ainda faz carinho em Roberto. A mãe a convida para ajudá-la a dar o lanche para Roberto e comenta com Laís “vamos ver se desta vez ele come”. Embora ainda sério e sem nada falar, Roberto aceita o lanche que Laís lhe oferece, olhando o tempo todo para a irmã. Mãe e irmã se alternam nas colheradas do mingau e nos goles de suco. Ambas elogiam Roberto por estar comendo, parecem duas mãezinhas alimentando o filhinho.

Laís vai tentando conversar com o irmão, fala de casa, do Miguel (seu outro irmão), da avó, dos brinquedos, mas ele apenas olha para ela e vai comendo. Ao término da visita diz a ele que logo irá para casa e poderão brincar juntos os três irmãos novamente. Estão todos esperando por ele e deve comer para melhorar logo.

Despede-se de Roberto, beija-o e sai. Retornamos para a sala de atendimento e damos sequência ao D-E.

3.4.4.1.3 Unidade 3

Título: “A família cuidadosa”

Era uma vez dois pássaros que moravam em uma árvore bem alta dentro de uma floresta até que um dia nasceram os ovinhos desses pássaros e precisavam ser chocados. Quando nasceram, a mamãe tinha que ser muito cuidadosa porque o gavião estava de olho neles. Até que um dia o gavião chegou muito perto deles e quase comeu os filhotinhos, mas os pais conseguiram afastá-lo. Chegou um dia de outono. O gavião não fez uma boa aterrissagem, bateu na árvore e o galho onde eles tinham feito o ninho caiu. Como os filhotes ainda não sabiam voar caíram no chão e se machucaram. Dois filhotes foram casos bem leves e teve um mais grave. Os pais deixaram o filhote com o caso mais grave, descansando para se recuperar. A mãe cuidava do que estava mais grave e o pai educava os outros dois, ensinando a voar, pois já tinham melhorado. Aquele filhote que era o caso mais grave foi se recuperando aos poucos, ficou com a asa machucada, então não conseguia voar como os outros irmãos. O gavião ainda estava de olho neles, mas como a mãe era cuidadosa, não deixava que o gavião chegasse perto. Aquele filhote se recuperou e já conseguia voar como os irmãos. Fim.

Psicóloga: Quem eram os filhotes?

Laís: Os filhotes eram: uma menina mais velha e dois irmãos e o menor foi que ficou mais grave.

Análise da 3ª. Unidade

Nesta unidade mais uma vez a família é o tema de seu desenho e história: uma família cuidadosa e uma ameaça que ronda os filhos. Fala da constituição de sua família e intensifica sua visão sobre a grande responsabilidade que os pais têm de cuidados e sobrevivência de seus filhos. A necessidade dos pais estarem sempre alertas aos perigos a que os filhos possam estar expostos que fazem parte da vida. Há um risco, o gavião que ameaça a vida dos filhotes. Dois se machucaram e o menor ficou mais grave. Seu irmão está doente em estado grave internado na UTI, o que traz sentimentos de medo de perda, de morte. Esta parece ser a grande preocupação de Laís, de que os pais precisam estar muito atentos com tudo que possa acontecer com seus filhos, para que não falhem e, não gere sentimento de culpa como o verbalizado por sua mãe na entrevista. Talvez Laís tenha de alguma maneira, percebido isso, o que pode deixá-la insegura quanto às reais capacidades

de seus pais. Este parece ser seu conflito, ou até mesmo culpe a mãe pelo adoecimento do irmão: será que a mãe de fato esteve atenta ao irmãozinho para que ele não ficasse doente? Mostra uma percepção de grande vulnerabilidade e dependência dos filhos que precisam ser providos e protegidos pelos pais. Talvez seja por isso, que se coloque no lugar de mãezinha, na tentativa de intensificar esses cuidados (duas mães duplicariam os cuidados e não deixaria brecha para os perigos) e acabe rivalizando com a mãe. Coloca a mãe como cuidadora. Os cuidados maternos suprem as necessidades básicas dos filhos. Já o pai ocupa o lugar de educador e preparador dos filhos para o futuro. Reafirma as figuras significativas que os pais representam para ela. O irmão caçula (o paciente) é o mais vulnerável dos filhos e compreende que necessite mais dos cuidados maternos, que precise mais da atenção da mãe, ainda que possa, inconscientemente, ressentir-se de receber menos dedicação do que ele. Após o acidente o caçulinha dos passarinhos vai descansar por estar machucado e os outros dois filhotes que também caíram, não descansam e continuam a ser educados pelo pai. Esta situação denota a possibilidade de ciúmes dos dois filhotes mais velhos em relação ao mais novo, mas é aplacado por ele estar machucado. Roberto é o caçulinha da família, o “xodó”. Talvez Laís denuncie uma exigência mais branda com ele por parte dos pais, em relação aos outros dois filhos, o que pode gerar ciúmes nos mais velhos. O desejo de cura e saúde de seu irmão está presente, como nas unidades anteriores.

3.4.4.1.4 Unidade 4

Título: “A flor radiante”

Era uma vez um fazendeiro que cuidava de sua fazenda. Ele cuidava de sua fazenda, plantava flores e cuidava de seus animais. Um dia teve um concurso de flor mais bonita e ele ficou muito desesperado porque não sabia o que iria plantar. Lembrou-se de um amigo que vendia sementes de flores raras do campo. Foi até lá ver se poderia comprar uma semente para plantar o mais rápido possível, então ele achou uma flor que ninguém teria, mas ficou preocupado com uma coisa: como ele iria pagar essa flor? Começou a juntar dinheiro para poder comprar a semente dessa flor e ele conseguiu juntar o valor exato, comprou e saiu todo feliz.

Plantou, mas tinha algo estranho nessa flor, ela não estava crescendo como esperava. Estava murcha. Ele pegou a embalagem da semente e leu cuidadosamente para ver se não faltava algum ingrediente para colocar na planta. Leu cuidadosamente e viu que faltava algo: amor e carinho por ela e ela também estava se sentindo muito sozinha. Plantou outras pequenas flores perto dela para que ela não se sentisse solitária. Não só plantou como também deu amor e carinho para ela poder crescer e chegar o dia do concurso. Ela cresceu e ficou muito linda.

No festival, todos ficaram olhando para essa flor. Quando chegou a hora do final do concurso o juiz já havia olhado todas as flores e ele foi o vencedor. O fazendeiro tinha que fazer um discurso e o discurso foi “Você não planta só a flor, mas também tem que dar amor e carinho para ela poder crescer.” Fim.

Análise da 4ª. Unidade

Um fazendeiro que cuida de sua fazenda, das plantas e animais, empenha-se no plantio e cuidado de uma flor e tudo faz para que cresça bonita e radiante. Como o pai ou a mãe que cuida de sua família e tudo faz para que seus filhos cresçam felizes e saudáveis. A esses cuidados acrescenta amor, carinho e irmãos para que não se sintam solitários. Parece acreditar que esta é a solução para que ela e seus irmãos cresçam bem: saudáveis, felizes e bonitos. Seus pais precisam exercer esta capacidade de saber cuidar e proteger os filhos e conseguir perceber quando o filho não está bem ou doente e poder ajudá-lo a se recuperar e crescer radiante. Expressa sentimentos de alegria, tendência e desejos construtivos como necessidade de realização, de vida e crescimento.

Esta é uma história de concurso, competição para quem plantasse a flor mais bonita e, para vencer, foi necessário grande empenho e esforço. O fazendeiro dedicou-se ao plantio e cuidado da flor para que florisse a mais bela flor. Láis projeta-se no fazendeiro que entra na competição, como ela que compete com sua mãe nos cuidados do irmão. O fazendeiro percebe que a flor não está bem, que falta algum ingrediente. Assim como uma mãe que se preocupa com o filho quando o vê mais murchinho e faz de tudo para que fique bem. Ela acredita que o amor e o carinho irão curar o irmão, como na história em que o amor e carinho fizeram a flor florir, ficar linda, vencer o concurso e ficou tudo bem. Um final feliz com soluções mágicas, em que faz reparações em busca de salvação. É uma fantasia de que a cura ocorrerá com uma reparação dela.

3.4.4.1.5 Unidade 5

Título: “O distraído sabido”

Era uma vez um menino muito distraído que quando a mãe falava com ele, ele esquecia tudo o que ela tinha falado para ele fazer e a mesma coisa também acontecia quando o pai e a professora pediam algo para ele. Às vezes ele esquecia o que ele mesmo tinha pedido. Como quando pedia para a professora para ir ao banheiro e depois falava: “Professora, o que eu pedi mesmo?” Um dia numa excursão da escola foi para um parque e lá perguntou para a professora “Posso dar uma volta com os meus colegas?” A professora respondeu “Não sei, você é muito distraído, garoto. Pode se perder.” “Não vou me distrair, professora”. E ele foi dar o passeio no parque com os amigos. Quando chegou num lugar mais distante, os amigos olharam e falaram “Estamos perdidos, tá vendo! Pedrinho, você é muito distraído. Estamos perdidos.” Ele continuou seguindo para achar o caminho de volta, até que chegou ao lugar em que a professora estava. Ele disse “Vocês pensam que sou distraído? Tenho um segredo para contar para vocês. Eu olho tudo, todas as coisas que estão em volta de vocês. Olhei o caminho, o lago, tudo em volta e consegui me achar. Uma coisa que ninguém sabe é que não sou distraído!” Quando realmente precisava o Pedrinho não era distraído. Fim.

Análise da 5ª. Unidade

Ao final, o desenho de um menino distraído que precisa dos outros para lembrá-lo de tudo, até mesmo do que ele mesmo queria fazer e esquecia; parece falar do irmão, o caçulinha, pequeno, dependente e frágil, mas que acredita que ele seja forte para enfrentar a hospitalização e a doença e recuperar sua saúde. No cotidiano de sua casa, seu irmão é cuidado e tratado por todos como o caçulinha, incapaz de se cuidar, dependente de todos e com uma família tolerante a seus comportamentos infantis e agressivos. Na UTI, longe de casa, ambiente familiar e conhecido, Laís encontra seu irmão diferente, sério, sem querer brincadeiras e que, embora difícil, vai enfrentando as dificuldades desse novo lugar. Sua mãe lhe conta durante a visita como Roberto vem reagindo apesar de dores e desconforto da situação e Laís reconhece no irmão uma força e capacidade de enfrentar e superar sua condição de doente. O menino que não era distraído e fingia ser, mas diante da ameaça de ficar perdido, ele não é distraído, e sim sabido, achou o caminho. Ele revela que tem um segredo: não é distraído. Quando precisa, sabe usar de estratégias para superar a ameaça. Uma tendência construtiva de crescimento e

energia do irmão até então visto como dependente e incapaz de superar obstáculos. Percebe ou deseja que quando realmente for preciso, seu irmão enfrente as vicissitudes da vida. E mais uma vez apresenta uma solução mágica e com final feliz para situações ameaçadoras.

3.4.4.2 Síntese do caso

A participante fala de si mesma, de sua família e da situação de hospitalização do irmão, situação que vive no momento, que lhe causa angústia e traz conflito. Percebe essa situação como promotora da desestabilização da rotina e da dinâmica de sua família e do estado de bem estar que vivia. Inicialmente, já recorre a um final feliz com a recuperação e a volta para casa de seu irmão, a fim de restabelecer seu bem estar e da família. Expressa o desejo de cura do irmão, assim como medo da hospitalização e da doença do irmão. Ele e toda sua família são figuras significativas permeadas de afetividade e união. Roberto é o caçula dos filhos, o xodó da família o que lhe garante certa permissividade (bate, morde e cospe nos irmãos) e atenção especial, que pode gerar fantasias e desejos de ataque por parte dos outros dois filhos, assim como, inconscientemente, ressentimentos por receberem menos dedicação materna. Entregar um coração com uma declaração de amor pode ser uma tentativa de reparação dessas fantasias e desejos inconscientes.

Ao longo de suas histórias surgem ameaças dirigidas aos filhos, inicialmente uma ameaça devido a uma falha, um descuido dos pais que coloca os filhos em risco. Posteriormente, frente a outras ameaças, enfatiza a responsabilidade e cuidado que os pais devem ter com seus filhos e a necessidade destes estarem sempre alertas aos perigos que possam rondá-los (gavião).

Destaca que os filhos menores (como Roberto) são os mais vulneráveis e necessitam de mais atenção e cuidados da mãe. A mãe, durante a entrevista, manifestou sentimentos de culpa e responsabilidade pelo adoecimento e hospitalização de Roberto, o que foi percebido por Laís como uma falha materna. Este fato provoca insegurança em Laís com relação aos cuidados e proteção que seus pais possam de fato oferecer. Ainda assim, ela mantém os pais como figuras significativas, pois foram capazes de provar seu amor pelos filhos e salvá-los.

Laís se vê como a irmã mais velha capaz de reconhecer os perigos da realidade, ou seja, demonstra compreender a gravidade da situação de seu irmão na UTI, o que a faz vivenciar angústia e medo de morte. Coloca-se como mãezinha, tanto em casa como durante a visita na UTI, na tentativa de intensificar os cuidados a seu irmão e acaba rivalizando com a figura materna, no desejo de ocupar seu lugar e desempenhar melhor a sua função, como mãe cuidadosa e zelosa.

A solução para que seu irmão e ela fiquem bem e cresçam saudáveis e felizes é que seus pais, principalmente sua mãe, exerçam a função de cuidar e protegê-los em tempo integral e de forma incondicional, como os pais nas histórias da unidade dois, três e quatro. Pais capazes de perceber quando os filhos estão doentes (como Roberto) ou estão tristes (como ela) e conseguir ajudá-los. Acredita na capacidade dos pais, tanto que: conseguiram oferecer uma prova de amor, proteger os filhos do gavião e esforçaram-se para que a filha crescesse radiante, mas precisam estar mais atentos e disponíveis para seus filhos, pois fantasia que seus pais tenham falhado.

Laís acredita também na capacidade de seu irmão para o enfrentamento de sua doença e hospitalização. Roberto, que no cotidiano de sua casa e família é tratado como o caçulinha, dependente do cuidado alheio e, na UTI, suporta o ambiente estranho, o dreno e acessos venosos. Reconhece no irmão força e capacidade de enfrentar, quando necessário, as dificuldades da vida e acredita que seja capaz de superar essa situação inusitada de hospitalização. De certa forma, ainda busca soluções mágicas para a recuperação de seu irmão e as falhas de seus pais.

4 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos nesta pesquisa revelaram os sentimentos dos irmãos de pacientes internados na UTIP. Em todos os casos apresentados, percebe-se muita angústia por se sentirem ameaçados no contexto hospitalar (e não especificamente na UTIP) pelo risco de morte do irmão, em acordo com os dados de Campos, Álvarez e Abreu (2004), Dias e Nuernberg (2010), Hayakawa, Marcon e Higarasi (2009), Câmara (2009) e Diuna (2010). Os participantes demonstraram angústia e medo muito grande de que o irmão pudesse morrer e não voltar para casa (o que se pode observar de forma intensa nas unidades do D-E realizadas por Renata e Vitor Hugo) e tentaram amenizar esse medo oferecendo soluções mágicas de finais felizes e idealizados, muitas vezes desde as primeiras histórias.

Essa ameaça parece advir do próprio fato de o irmão estar doente e internado, mais do que do ambiente da UTIP. Vivenciar a doença se torna um aspecto perturbador para toda a família, inclusive para os irmãos dos pacientes, pois fatores como o inesperado surgimento da doença, sua gravidade e o prognóstico incerto ou desfavorável são estressores e mobilizam sentimentos e angústias, causando assim sofrimento emocional.

As participantes Laís e Renata falaram em suas histórias da hospitalização e assinalaram a seriedade da enfermidade de seus personagens. Laís, durante a conversa com a psicóloga, referiu o espanto com relação à internação do irmão, que brincava com ela momentos antes, e como ficaram abalados a ponto de todos os familiares chorarem com a notícia. Vitor Hugo, embora seja o mais jovem de todos, demonstrou perceber a gravidade da doença e do estado clínico de sua irmã, assim como o grande risco de morte que ela estava correndo, o que de fato veio a acontecer.

Os sentimentos de ameaça foram expressos no D-E por Vitor Hugo, quando se referiu à cobra e ao Tiranossauro Rex; por Lena, ao aludir ao cachorro, o carro sem direção, o monstro do calor e o ladrão; por Laís, ao falar do gavião. Já Renata abordou diretamente a doença e a hospitalização. Nesta pesquisa, o ambiente da UTIP não pareceu impactar os participantes de maneira importante, divergindo dos resultados trazidos por Oliveira (2002), Moura e Mohallem (2003) e por Orlando (2002), que o descreveram como tenso, agressivo, traumatizante e gerador de

ansiedade. É possível que, no contexto em que o estudo foi realizado, de visita ao doente, a preparação feita pela psicóloga tenha amenizado esse impacto.

A família mostrou-se de grande importância para os participantes, que expressaram a falta que sentiam da sensação de bem-estar, união, aconchego e de pertencimento que o grupo familiar lhes proporcionava, como já apontado nos estudos de Pratta e Santos (2007). Essa falta do contexto familiar gerou nos participantes sentimentos de desproteção, solidão e abandono.

Em várias unidades do D-E, a família surgiu como tema, representando afetividade e união, como para Renata (Unidade 2): “uma menina com sua família que eram muito felizes. A menina e a família eram muito felizes...”. Lena (Unidade 2) falou de uma família de estrelas que se encontra com o pai e vão passear. Laís trouxe o tema de forma mais presente nas três primeiras unidades e chegou a se espantar por repeti-lo em suas histórias (família com filho adoecido, família com filhos que foram sequestrados e família de passarinhos que educa e cuida dos filhotes machucados). Essa questão vai ao encontro dos estudos de Pratta e Santos (2007), que, ao analisar a família enquanto instituição na atualidade, concluem que ela continua a ser a base de segurança e bem-estar na vida dos indivíduos e fundamental na formação e no desenvolvimento humano.

A estrutura familiar é fraturada pelo adoecimento de qualquer de seus membros, notadamente de uma criança. Dórea (2010) apontou a influência da internação na organização familiar, trazendo mudanças no seu funcionamento. Os dados levantados pelas entrevistas também evidenciam essa influência: os pais, preocupados e ocupados com o acompanhamento do filho adoecido durante a internação, se ausentam de casa, deixando os filhos aos cuidados de outros familiares, em outros ambientes que não a própria casa, alterando significativamente a rotina deles. É o caso de Vitor Hugo, Lena e Laís, que estão na casa de avós e familiares.

Autores como Freitas e Cerezetti (2010), Dórea (2010), Campos et al. (2004) e Romano (1997) referem que a doença e a hospitalização de um familiar podem afetar a organização, o funcionamento e o equilíbrio de toda a família, alterando sua dinâmica, exigindo redistribuição de papéis, reorganização emocional, quebra de rotinas. Os pais e os filhos nessa situação passam por momentos de vulnerabilidade, o que pode provocar desestabilização, sofrimento e dor para todos

eles. Os quatro participantes da pesquisa demonstraram estar sofrendo com esses fatores e evidenciaram prejuízo na sensação da estrutura e dinâmica familiar, expressando sentimentos de perda, falta da mãe, abandono e desproteção. Vitor Hugo manifestou sentimento de desproteção nas histórias do homem dentro de uma canoa na tempestade (Unidade 1), na história dos macacos fugindo de uma cobra (Unidade 2) e dos gatos que caem da canoa (Unidade 4), além de, durante a visita à paciente, falar por duas vezes que gostaria de morar no hospital com a mãe. Lena revelou sentimentos de abandono e solidão ao se perder indo para a casa da amiga (Unidade 1) e de desproteção na casa que pega fogo e derrete (Unidade 4). Sentimentos de perda e desproteção também são expressos por Laís com o sequestro dos filhos (Unidade 2) e nos pássaros filhotes atacados pelo gavião (Unidade 3). Já Renata permeia quase todas as Unidades do D-E com intenso medo de perda: as quatro primeiras são autorreferentes sobre sua preocupação com o irmão gravemente doente e internado. O estudo realizado por Morsch e Delamonica (2005) no Programa de Visita de Irmãos em uma UTI Neonatal, assim como esta pesquisa, observou nos irmãos sentimentos de abandono e tristeza pela ausência dos pais.

Não apenas os irmãos revelaram sentir falta das mães. Elas também relataram preocupação com o(s) filho(s) que ficou(aram) em casa. Essa preocupação materna com os filhos saudáveis muitas vezes é atribuída ao afastamento abrupto e frequentemente prolongado. No caso da maioria das mães dos participantes da pesquisa soma-se o fato de, após a internação, elas não haviam retornado nenhuma vez para casa. Por sua vez, Vitor Hugo, Lena, Renata e Laís sofriam com esse afastamento da mãe e do irmão doente, por terem que se adaptar a novas rotinas e pela falta de notícias. Tais sentimentos foram apontados por Dias e Nuernberg (2010), Dórea (2010), Ferreira (2013), Campos (2004), Schneider e Medeiros (2011), Milanesi e Collet (2006) e Hayakawa, et al. (2009). A quantidade de trabalhos abordando a preocupação dos pais e a falta que os irmãos sentem das mães demonstram que esse sentimento é bastante significativo na situação de internação das crianças.

Para Kaës (2011), as relações horizontais, ou seja, as relações fraternas iniciam-se na família com a convivência entre os irmãos. Ele observou que o laço fraterno integra também as relações entre as imagens, as relações de objeto e as

identificações dos indivíduos. A presença de irmãos é muito importante na constituição do sujeito, tendo papel fundamental na formação da sua personalidade; os irmãos são objeto de amor, identificação e diferenciação (Goldsmid, & Féres-Carneiro, 2011). A mãe e o irmão internado apresentam-se como figuras significativas e positivas para cada um dos participantes, configurando-se como objetos bons — ainda que Laís tenha questionado os cuidados maternos. Ambos são considerados figuras afetivas e presentes. Enquanto a mãe é vista como protetora, facilitadora, geradora de segurança, o irmão representa aspectos do relacionamento, como colaboração, companheirismo e igualdade (Tardivo, 1997).

A fratria pode ser a relação mais duradora de nossa vida, e seu poder emocional fará parte de quem somos e de quem nos tornaremos (Goldsmid, & Féres-Carneiro, 2011). A relação com os irmãos é íntima e diária, envolvendo vivências comuns, o que justifica o grande impacto que um irmão tem sobre o outro ao longo da vida (Oliveira 2006; 2010).

Esse impacto pode ser observável quando Lúcia vê seu irmão, Vitor Hugo, ao lado de seu leito na UTIP. Na impossibilidade de falar, seus olhos expressam a alegria e emoção de ver o irmão, que retribui na mesma intensidade, beijando-a e abraçando-a. Por alguns minutos estão juntos, como no cotidiano da casa deles, quando a mãe os deixava brincando enquanto fazia as tarefas domésticas. Ele refere-se à irmãzinha como a favorita. É possível perceber que o carinho e a afetividade estão muito presentes nessa relação fraterna.

Da mesma forma, Laís e Renata demonstraram carinho por seus irmãos no momento da visita. Brincaram e reviveram atividades costumeiras e aos poucos retomam seus relacionamentos que foram interrompidos pela hospitalização. Renata, ao sair da visita, expressou sua alegria e satisfação de rever o irmão e de encontrá-lo bem, o que parece ter amenizado a fantasia de que seu irmão estaria em pior estado, como ela mesma referiu. Por sua vez, Lena, embora tenha expressado ciúmes quando do nascimento do irmão, manifestou incessantemente preocupação e desejo de vê-lo e, durante a visita, demonstrou carinho e afeto por ele. Esses comportamentos e sentimentos, somados à angústia e ao medo de que o irmão morresse, parece também indicar solidariedade.

As relações fraternas são estruturadas por vínculos muito fortes, mesmo sendo permeadas por sentimentos ambivalentes. Raiva, ciúmes e rivalidade podem surgir e

têm sido mais frequentemente abordados na literatura (Oliveira, 2010) que os sentimentos positivos. Isso foi apontado também por Goldsmid e Féres-Carneiro (2007; 2011), que estudaram famílias em que a dinâmica entre os irmãos revelava solidariedade e companheirismo. Nos resultados da presente pesquisa, foram observados ambos os sentimentos, com predominância dos positivos. Carinho e amor, como já citado anteriormente, surgiram tanto nos momentos da visita como nos desenhos e nas histórias dos participantes. Vitor Hugo, na história da Unidade 2 do D-E, trouxe afetividade e companheirismo à relação dos dois macaquinhos irmãos que passeiam pela floresta. Renata, na Unidade 1, contou a história de irmãos unidos – e o amor entre eles está nessa e nas demais unidades. Laís, ao entregar uma declaração de amor para o irmão internado, também com a intenção de amenizar as saudades que ele pudesse estar sentindo longe dos irmãos, demonstrou não apenas afeto e amor, mas também solidariedade para com ele. Em suma, afeto, carinho, solidariedade, bem como os sentimentos de amor, companheirismo e união, foram apontados no relacionamento fraterno dos participantes, denotando intensas relações afetivas construtivas. Portanto, como afirma Kaës (2011), pode-se constatar que as relações entre fratrias não se caracterizam apenas por inveja, ciúmes e ódio. Sua estrutura é organizada conjuntamente por sentimentos negativos e positivos.

Coincidentemente, os irmãos internados eram mais novos do que os participantes. O “destronamento do primogênito”, apontado por Adler (1957), citado por Kaës (2011), ocorreu em três dos casos apresentados neste trabalho (Vitor Hugo, Renata e Lena), em que a atenção dos pais foi partilhada com o irmão doente. Apesar da rivalidade que possa ter gerado, percebe-se uma relação forte entre eles, com laços afetivos significativos e empatia. Vitor Hugo nutre carinho e afeto por sua única e “favorita” irmã. Sendo o irmão mais velho, coloca-se como grande, poderoso e salvador da irmã doente e da família fragmentada. Renata revelou um vínculo intenso com seu irmão, Saulo, assim como companheirismo e muito afeto. Aventou-se a hipótese de Renata ter demonstrado ciúmes de forma mais secundária e não preponderante.

A rivalidade com o irmão foi mais evidente no caso de Lena, irmã de Kaique. Quando ele nasceu, Lena quis voltar a mamar e reclamava do irmão. Queria levá-lo para a escola com ela para que ele não ficasse sozinho com a mãe, manifestando

sentimentos de ciúmes e inveja. Esses sentimentos foram observados por Freud (1909/1976) no caso do pequeno Hans e na experiência e análise dele mesmo com relação ao nascimento de seus irmãos. Klein (1921/1981) coloca que, no contexto da análise, foi possível verificar a existência do sentimento de ciúmes nas relações fraternas. As crianças sentem ciúmes tanto de seus irmãos menores como dos maiores, e isso pode se manifestar quando o irmão ainda está no útero materno. O início da fratria, tanto para Klein (1921/1981) como para Freud (1909/1976), é definido como a chegada de um “hóspede indesejado”. Retira do filho mais velho o lugar de filho único, de privilegiado e detentor do amor e atenção dos pais, levando-o a experimentar sentimentos de inveja, ciúmes e ódio e ter que competir pelo amor e atenção dos pais. Foi o que Lena demonstrou nas unidades do D-E e em suas verbalizações com a mãe após o nascimento de seu irmão.

Os autores apontam, por outro lado, a chegada do irmão como um fator que propicia o desenvolvimento da curiosidade, da noção de justiça e de lei, da maneira de pensar e da reorganização de seu espaço, pois a criança precisa considerar, agora, a existência do irmão. Lena revê seu modo de pensar e seu senso do que achava justo ao aceitar que seu irmão ficasse em casa e apenas ela fosse para a escola.

Como referem Goldsmid e Férez-Carneiro (2007), as disputas entre irmãos representam não apenas negatividade, mas também experiência com o compartilhar e dividir e tolerância à frustração. Durante a visita ao irmão na UTIP, Lena parece conseguir compartilhar com o irmão a atenção e o afeto da mãe, reconhecendo que há lugar para ambos nessa relação. Já no caso de Laís, irmã de Roberto, houve rivalidade com a figura materna, já que a menina queria tomar o lugar da mãe e desqualificá-la.

Câmara (2009) e Moraes e Costa (2009) abordam que, entre os vários sentimentos e angústias mobilizados pelos pais ao vivenciar o adoecimento de um filho, está o sentimento de culpa. A pesquisa realizada por Schneider e Medeiros (2011) verificou, entre outros fatores, que esse sentimento dos pais é um dos sintomas resultantes do impacto emocional que eles sofrem com a hospitalização do filho – culpam-se pela enfermidade da criança, criam fantasias de que causaram ou desejaram isso. A grande preocupação de todas as mães com os filhos saudáveis,

que estão em casa longe delas e do irmão doente, parece uma forma mais velada de sentimento de culpa pela ausência e afastamento de casa e dos demais filhos.

Esse sentimento foi notado de maneira mais evidente na mãe de Roberto quando ela relatou à psicóloga que estava arrasada com a internação dele na UTI e se questionou se havia feito algo de errado para ocasionar a essa situação. A mãe de Roberto parece ter vivenciado o sentimento de culpa de forma intensa, a ponto de Laís perceber e questionar os cuidados prestados pela mãe ao irmão antes da internação. Já no caso de Renata, manifestar uma culpa no lugar de irmã e outra no lugar de mãe: a culpa por ter sentido ciúme do irmão que veio dividir a atenção dos pais – ciúme que, em sua fantasia poderia tê-lo estragado e adoecido; e outra, mais presente, por se sentir responsável pelo nascimento e adoecimento do irmão, por não tê-lo maternado adequadamente. Culpa similar à da mãe de Roberto.

Todos os pacientes da pesquisa estavam acompanhados por suas mães, como nos dados apresentados por Milanesi, et al. (2006), que mostram que em geral são as pessoas de maior ligação afetiva que os acompanham, geralmente as mães. Elas referiram estar no hospital com seus filhos doentes por vários dias, sendo que a maioria não havia retornado para casa desde a internação. Estavam expostas aos fatores estressantes da UTI, além de vivenciar o sofrimento da condição crítica e instável do filho internado, o que pode ocasionar instabilidade emocional com as melhoras e recaídas do filho no curso da doença, como já assinalado por Dias e Nuernberg (2010) e Ismael (2004).

Todas as mães abordadas na pesquisa manifestaram também grande preocupação com o(s) filho(s) em casa, ficando divididas entre ele(s) e o filho adoecido. Esses dados confirmam o exposto por Milanesi et al (2006), Schneider e Medeiros (2011), que citam a ansiedade e o medo de morte e o cansaço dos responsáveis.

Ver o filho sofrer é uma fonte de extrema angústia para a mãe de Saulo, que se perturba não apenas com o sofrimento dele (dor), mas também com as condições do ambiente. Vários autores, entre eles, Moraes e Costa (2009), afirmam que as UTIs tanto promovem a recuperação de pessoas gravemente doentes como provocam a sensação de isolamento, ansiedade e estresse. Uma mãe “aflita” e afetada pelos diversos fatores estressantes de uma situação como essa não tem continência suficiente para ajudar o filho. A mãe de Roberto, sentindo-se culpada e sem

entender por que o caso foi de internação na UTIP, também não. O tempo que as mães ficam no hospital, sem voltar para casa (o que poderia aliviá-las), prejudica sua capacidade de enfrentamento dos reveses trazidos pela internação do filho.

Nem a criança nem os adultos passam incólumes pela situação da doença grave e da decorrente hospitalização. Os pais dos pacientes sofrem e os irmãos também; todos ficam abalados e comovidos e lidam de diferentes modos. O enfrentamento da doença e da hospitalização de um familiar, como afirma Campos et al. (2004), dependendo do ente que adoece, causará comportamentos e reações diversas nos integrantes da família nuclear. É o que se pôde observar com o presente estudo.

Embora todos os participantes vivenciassem a internação do irmão como uma ameaça e sofressem com isso, cada criança a enfrentou de um modo, de acordo com sua dinâmica emocional e da personalidade. Renata, diferentemente dos demais participantes, demonstrou sentimentos muito intensos não só de medo da morte do irmão, mas de dependência psicológica dele, muito próprio de sua dinâmica e história familiar. Laís, de idade próxima à de Renata, também apresentou medo da morte do irmão, mas confiava na capacidade e nos recursos internos dele para enfrentar e superar positivamente a hospitalização. Vitor Hugo se colocou de forma onipotente e como salvador da irmã diante de sua difícil condição de saúde e recuperação. Mais do que os outros participantes, Lena sentia-se abandonada e desprotegida; via a hospitalização como uma ameaça não só para seu irmão, mas para si mesma.

O Procedimento de Desenhos-Estórias mostrou-se sensível para revelar o estado emocional dos participantes, irmãos dos pacientes internados. Essas crianças expressaram seus sentimentos, angústias e conflitos por meio dos desenhos que fizeram e das histórias que inventaram sobre os desenhos, muitas vezes inclusive autorreferentes. O D-E demonstrou ser um instrumento possível para o acesso a aspectos mais latentes da dinâmica emocional, como afirmou Trinca (1997), no caso deste estudo, na situação de visita de irmãos a pacientes da UTIP.

Como afirmam vários autores (Hammer, 1981; Di Leo, 1985; Van Kolck, 1984; Dolto, 1988; Silva, 2008), o desenho é uma forma de comunicação e expressão dos sentimentos e das ações em um determinado momento da vida. Associado às histórias, nesta pesquisa, serviu de estímulo para que os participantes

manifestassem os vários aspectos de seu mundo mental. A preocupação com os irmãos doentes, o desejo de recuperação deles, os sentimentos de abandono, desproteção, ciúmes e união, a valorização do núcleo familiar, medos, fantasias e o importante vínculo fraterno, entre outros fatores emocionais, foram expressos por meio do D-E. Tornou-se possível, assim, conhecer as condições emocionais dessas crianças, que estavam em casa, longe de seus irmãos e mães, e compreender o conflito que essa situação gerou e como a enfrentaram.

A fácil aceitação e colaboração dos participantes para a realização do D-E refletem os achados da literatura que afirmam que desenhar é uma atividade prazerosa e tão essencial quanto o brincar e o jogo para as crianças (Van Kolck, 1984). Para Klein (1921/1981) e Dolto (1988), a comunicação verbal no infante não se mostra efetiva para a expressão da vida mental, tampouco para as livres associações, que dão acesso aos aspectos mais inconscientes de nossa personalidade. Já os desenhos permitem esse acesso, bem como adentrar no centro das representações imaginativas, da afetividade, do comportamento interior e do simbolismo das crianças.

Nas histórias contadas pelos participantes, a predominância de finais felizes que acontecem de maneira mágica revelou também o desejo intenso de cura do irmão, o que sugere subliminarmente o sentimento de impotência diante da enfermidade e da hospitalização. Experimentar essa triste situação e nada poder fazer para acabar com o sofrimento do irmão e recuperar a saúde dele pode levar à sensação de impotência e angústia. Assim, para amenizar esses sentimentos, as crianças apresentam finais idealizados para esse conflito, soluções rápidas, eficazes e até fantásticas para um desfecho feliz da internação.

A visita de irmãos mostrou-se ser uma ação efetiva de humanização no contexto da UTIP e da saúde pública, pois considera e realiza o cuidado não só para o paciente, mas para a família, principalmente para os irmãos, dentro do processo de saúde e doença do paciente, tal como preconiza a PNH (Ministério da Saúde, 2004) em um de seus preceitos, o qual valoriza todos os sujeitos que compõem o contexto de produção de saúde, realçando a autonomia e o protagonismo deles.

Foram várias as demonstrações de que a visita colaborou para amenizar a angústia e a saudade de todos os participantes com relação ao irmão internado. Foi possível, principalmente para Vitor Hugo e Lena, resgatar o sentido de família e de

pertencimento ao participar do processo de hospitalização, pois deixaram de se sentir excluídos. Renata, ao expressar que encontrou o irmão em melhor estado do que esperava, pareceu desfazer a fantasia ruim que construía sobre ele e abrandar sua preocupação. Pôde-se notar também o envolvimento dos demais profissionais da UTIP, que manifestaram interesse pela presença dos irmãos na visita, valorizando-os como elemento importante e, conseqüentemente, integrando-os ao processo de hospitalização do paciente.

Os desenhos entregues com satisfação à pesquisadora demonstraram também sentimento de gratidão pela possibilidade da visita aos pacientes. A criança, como referiu Cognet (2013), costuma presentear os adultos com seus desenhos, pois os considera como uma parte de si mesma, algo seu, produzido por eles. Os participantes entregaram algo de sua autoria, que falava deles, de suas angústias, desejos e medos, por meio de seus desenhos e histórias. Isso indica que eles se expressaram, foram ouvidos em seus sentimentos e sofrimento e reconhecidos na expressão da palavra (Pessini, & Bertachini, 2014) e dos desenhos, aspectos estes que também tornaram o cuidar humanizado.

Ainda nesse sentido, pode-se apontar o caráter interventivo da visita de irmãos. Encontrou-se neste estudo pontos em comum com a avaliação psicológica interventiva, que, como define Barbieri, “se fundamenta firmemente no paradigma qualitativo de investigação e, assim, proporciona a compreensão e a transformação do seu sujeito/objeto com finalidade ética de reduzir o sofrimento humano (Barbieri, 2010, p. 512)”.

Ainda conforme estudos de Barbieri (2010) há uma simultaneidade dos processos de avaliação e intervenção. Ao mesmo tempo em que a visita de irmãos dos pacientes proporcionou conhecimento e melhor compreensão sobre o estado emocional dessas crianças, também possibilitou que elas abrandassem sua preocupação e angústia pelo irmão internado, refizessem fantasias negativas, expressassem sentimentos de solidariedade e gratidão, e, conseqüentemente, se sentissem valorizadas, diminuindo, assim, o sofrimento causado pela internação. Houve simultaneamente um processo de avaliação e de intervenção, causando um efeito terapêutico e transformador nos participantes.

Todos eles, independentemente da idade, tinham a percepção ou intuição da gravidade da doença do irmão, o que confere com os dados clínicos apresentados

em cada caso. No entanto, embora tivessem sido informados pelos pais de que o irmão estava doente e internado, eles nada sabiam da gravidade nem que havia risco de morte. Pressupõe-se, então, que vários fatores podem ter ocorrido e influenciado os participantes a deduzir essas informações negativas, como ouvir comentários de algum familiar ou presenciar alguém chorar ao falar do irmão. Todavia, levanta-se aqui a hipótese de que a própria fratria - isto é, a força dos laços fraternos e o vínculo intenso e a afetividade, que compõem e permeiam as relações fraternas - possa tê-los levado a intuir que o irmão estaria gravemente doente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos da pesquisa foram atingidos. Foi possível conhecer e compreender os sentimentos dos irmãos mobilizados pela internação do irmão adoecido, em geral e predominantemente sentimentos de medo da morte do irmão hospitalizado, de desproteção e de abandono pela ausência dele e dos pais (principalmente da mãe), assim como de solidariedade e cumplicidade com relação ao irmão doente e internado. A rivalidade fraterna também foi observada, porém de forma mais velada, diante da situação da internação. Os resultados confirmaram os dados da literatura encontrados sobre o tema. O desejo de cura do irmão e do restabelecimento do cotidiano familiar foi intensamente demonstrado pelos participantes. Em suma, a vivência da doença e da hospitalização é muito impactante e difícil para os irmãos dos pacientes, uma situação promovedora de muito sofrimento e estresse.

Em conformidade com a literatura, constataram-se a grandiosidade e o poder das relações fraternas, tanto por meio dos desenhos e histórias como pela visita feita ao irmão internado. Ainda que inicialmente tenham despertado ciúmes ou rivalidade, os irmãos se apresentaram como figuras significativas, constituindo-se também como objetos bons e de afetividade.

A família nuclear foi considerada um elemento muito importante na vida dos participantes, fonte de bem-estar, união e sensação de pertencimento. Todos eles expressaram sentimento de perda, durante a hospitalização, sentiam falta da mãe, que acompanhava o paciente o tempo todo, muitas vezes sem nem voltar para casa. Ainda apontaram para a desestruturação familiar diante do adoecimento e da hospitalização de um filho/irmão, questão que foi percebida tanto nas entrevistas com as mães quanto nos desenhos e histórias dos participantes, indo ao encontro dos achados da literatura. A preocupação das mães com os filhos que ficam em casa também esteve presente, mostrando a necessidade de tranquilizar a todos.

A hospitalização do irmão na UTIP apresentou-se como uma situação difícil e angustiante para todos os participantes. Embora tenham manifestado alguns sentimentos em comum, cada qual reagiu e enfrentou a situação a seu modo e de acordo com sua personalidade e dinâmica emocional. Esses resultados favorecem o Projeto Visita de Irmãos dentro do Programa Nacional de Humanização. A visita se

configura como uma oportunidade de os participantes interagirem com o irmão doente, diminuindo fantasias ameaçadoras e abrindo espaço para que manifestem seus sentimentos e angústias.

O procedimento de Desenhos-Estórias, enriquecido pela entrevista e pela observação da visita, dentro do contexto do Programa de Visita de Irmãos, correspondeu de forma favorável para a investigação dos aspectos emocionais dos participantes desta pesquisa, apresentando resultados significativos. Esse instrumento mostrou-se instigante e atraente aos participantes, facilitando a participação e a colaboração de todos no estudo.

Como dificuldades encontradas nesta pesquisa, aponta-se a questão da reduzida adesão das mães ao Projeto Visita de Irmãos em razão de possíveis riscos e mitos referentes à entrada de crianças na UTIP. Somando-se a isso, um dos próprios instrumentos empregados, no caso o D-E, dificultou um pouco a aplicação, pois nesse momento a ansiedade das crianças em saber do irmão acabou exigindo negociações para que algumas delas fizessem a sequência completa, o que pode ter trazido limitações na coleta de dados.

Como limitações, também se pode considerar o número ainda pequeno de casos estudados, o que indica a necessidade de estudos mais amplos e em maior número para permitir generalizações mais significativas. Cabem pesquisas com os demais integrantes da família, assim como estudos longitudinais para investigar os efeitos da visita de irmãos com maior espaço de tempo. Considerando que a prática ainda não é comum nas UTIs do Brasil, espera-se, com este trabalho, contribuir para a compreensão dos sentimentos despertados nos irmãos dos pacientes e mesmo nas famílias, de modo a favorecer o atendimento mais qualificado nos casos de pacientes internados em UTIP, bem como para a sensibilização da implantação dessa prática em novas Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas.

6 REFERÊNCIAS

- Adler, A. (1957). *A ciência da natureza humana*. São Paulo, SP: Companhia Editora Nacional.
- Anzieu, D. (1986). *Os métodos projetivos* (5a. ed.). Rio de Janeiro, RJ: Campus.
- Áries, P. (1981). A família e a cidade. In Figueira, S. A., Velho, G. *Família, psicanálise e sociedade* (pp. 33-47) (4a. ed.). Rio de Janeiro, RJ: Campus.
- Ayres, J. R. C. M. (2006). Cuidado e Humanização das práticas de saúde. In S. F. Deslandes (Org.), *Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas* (pp.49-84). Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ.
- Baldini, S. M. (1997). *Avaliação das técnicas de apoio psicológico a crianças internadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e a seus pais*. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de www.teses.usp.br
- Baraúna, T. (2003). Humanizar a ação, para humanizar o ato de cuidar. *Revista O Mundo da Saúde*, 27(2), 304-307. São Paulo.
- Barbieri, V. (2010). Psicodiagnóstico Tradicional e Interventivo: Confronto de Paradigmas? *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 505-513. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000300013>
- Bolela, F. (2008). *A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Recuperado de www.teses.usp.br.
- Borges, K., Genaro, L. & Monteiro, C. (2010). Visita de crianças em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 22(3), 300-304. São Paulo. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2010000300013>
- Bowlby, J. (1989). *Base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Buck, J. N. (2003). *H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação*. São Paulo, SP: Vetor.
- Burd, M. & Mello Filho, J. (2004). Cardiopatias e famílias. In J. Mello Filho & M. Burd (Orgs.). *Doença e família* (pp. 337-357). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Caligiuri, E. S. C. (2015). A fratura da função fraterna. *Revista Brasileira de Psicanálise - Irmãos*, 49(3), 41-52.

Câmara, M. C. S. (2009). Estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença crônica: o contexto do cuidador. *Revista Diversitas: Perspectivas em Psicologia*, 5(1), (pp. 97-110). Recuperado de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67916259009>>

Campos, E. M. P., Alvarez, M. & Abreu, P. (2004). Infância e família. In J. Mello Filho & M. Burd (Orgs.). *Doença e família* (pp. 205-216). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Cerezetti, C. R. N. (2010). *Avanços da Psicologia hospitalar: por onde caminhamos?* São Paulo, SP: Paulus.

Côa, T. F. & Pettengill, M. A. M. (2009). A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 825-832. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400005>

Cognet, G. (2013). *Compreender e interpretar os desenhos infantis*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.

Derdyk, E. (1994). *Formas de pensar o desenho* (2a. ed.) São Paulo, SP: Scipione.

Deslandes, S. F. (2006). Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In S. F. Deslandes (Org.), *Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas* (pp. 33-47). Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ.

Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Revista Ciência e saúde coletiva* (Rio de Janeiro), 9(1): 7-14. Recuperado de <<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S1413>>.

Dias, C. A. & Nuernberg, D. (2010). Doença na família: uma discussão sobre o cuidado psicológico do familiar cuidador. *Revista de Ciências Humanas*, 44(2), 465-483. Recuperado de <https://doi.org/10.5007/2178-4582.2010v44n2p465>

Di Leo, J. H. (1985). *A interpretação do desenho infantil*. (3a. ed.) Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Diwana, M. C. (2010). *Laço fraterno: um estudo a partir da experiência clínica no CTI Pediátrico*. (Dissertação de Mestrado). Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica (PUC). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Dolto, F. (1988). *Psicanálise e Pediatria*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.

Dórea, A. A., (2010). *Efeitos psicológicos em irmãos saudáveis de crianças portadoras de cardiopatias congênitas*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, SP, Brasil). Recuperado de www.teses.usp.br.

Fernandes, O. M., Alarcão, M. & Raposo, J. V. (2007). Posição na fratria e personalidade. *Estudos de Psicologia*, 24(3), 297-304. Campinas. Recuperado de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=395335890001>>

Ferreira, P. R. A. (2013). *Doença crônica na criança: importância no núcleo familiar*. (Monografia de Licenciatura em Psicologia). Universidade Católica Portuguesa, Braga, Portugal. Recuperado de www.psicologia.pt ISSN 1646-6977.

Formiga, N. S. & Mello I. (2000). Testes psicológicos e técnicas projetivas: uma integração para um desenvolvimento da interação interpretativa indivíduo-psicólogo. *Psicologia: Ciência e profissão*, 20(2), (pp. 12-19). Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932000000200004>

Freitas, K. S. (2005). *Necessidades de familiares em Unidades de Terapia Intensiva. Análise comparativa entre hospital público e privado*. (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, S. P., Brasil. Recuperado de www.teses.usp.br

Freud, S. (1976). A interpretação dos sonhos. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol IV). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Trabalho original publicado em 1900).

Freud, S. (1976). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol VII). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Trabalho original publicado em 1908).

Freud, S. (1976). Duas Histórias clínicas (O “Pequeno Hans” e o Homem dos Ratos”). In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol X). Rio de Janeiro, RJ: Imago (trabalho original publicado em 1909).

Freud, S. (1976). Totem e tabu. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol XIII). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Trabalho original publicado em 1913).

Garozzo, F. (2004). *Sigmund Freud. Os homens que mudaram a humanidade* (Biografia). São Paulo, SP: Editora Três.

Guimarães, J. A. (2014). *O reflexo do complexo: Fraternidade, Personalidade e Psicanálise*. (Monografia de conclusão de curso). Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba

Goldsmid, R. & Féres-Carneiro, T. (2011). Relação fraterna: Constituição do sujeito e formação do laço social. *Psicologia USP*, 22(4), 771-787. São Paulo. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/2011nahead/aop2711>.

Goldsmid, R. & Féres-Carneiro, T. (2007). A função fraterna e as vicissitudes de ter e ser um irmão. *Psicologia em Revista*, 13(2), 293-308. Belo Horizonte. Recuperado de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/276>

Grubits, S. & Darrault-Harris, I. (2008). Desenhos e aspectos transculturais. In A. E. V. A. & B. S. G. Werlang (Orgs.), *Atualizações em métodos projetivos para avaliação psicológica*, (pp. 269-285). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Hammer, E. F. (1981). *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos* (4a. ed.). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Hayakawa, L. Y., Marcon, S. S. & Higarashi, I. H. (2009). Alterações familiares decorrentes da internação de um filho em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev. Gaucha de Enfermagem*, 30(2), 175-182. Porto Alegre (RS). Recuperado de <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7215>

Hermes, A. I. & Silva, J. C. (2017). Simbologia do desenho na infância: um olhar psicanalítico. *Boletim EntreSIS*, 2(1), (pp.52-85), Santa Cruz do Sul. Recuperado de: <http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/boletimsis/index>

Hutz, C. S. & Bandeira, D. R. (2000). Desenho da Figura Humana. In. J. A. Cunha e cols. *Psicodiagnóstico V* (5a. ed), (pp. 507-518). Porto Alegre, RS: Artmed.

Ismael, S. M. C. (2004). A família do paciente em UTI. In J. Mello Filho & M. Burd (Orgs.). *Doença e família* (pp. 251-257). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Kaës, R. (2011). *O complexo fraterno*. Aparecida, SP: Idéias & Letras..

Klein, M. (1981). *Contribuições à Psicanálise* (2a. ed). São Paulo, S.P: Mestre Jou (Trabalho original publicado em 1921).

La Planche, J. & Pontalis, J. B. (1988). *Vocabulário da Psicanálise* (10a. ed.). São Paulo, SP: Livraria Martins Fontes Editora.

Lei nº 11.104 (2005, 21 de março). *Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de Brinquedoteca*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm

Lei nº 8.069 (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

Leite, T. A. A. F. & Strong, M. I. (2006). A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. *Revista O Mundo da Saúde*, 30(2): 203-214. São Paulo. Recuperado de http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/influencia_visao.pdf

Lima, M. F. S. (2007). *Das práticas espontâneas à "receita" de humanização: um estudo sobre a implementação da Política Nacional de Humanização em um hospital do Rio de Janeiro*. (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Recuperado de <http://www.ims.uerj.br>

Losso, R. (2001). *Psicoanálises de la família: recorridos teóricos-clínicos*. Buenos Aires, ARG: Lúmem.

Martins, G. A. (2008). Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. *Revista de contabilidade e organizações (USP)*, 2(2), 08-18. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235217215002>

Matarazzo, E. B. (1984). *Psicoterapia na Infância: uma nova técnica*. São Paulo, SP: Livraria Atheneu.

Menezes, M., Moré, C. L. O. O. & Cruz, R. M. (2008). O desenho como instrumento de medida de processos psicológicos em crianças hospitalizadas. *Avaliação Psicológica*, 7(2), 189-198. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000200010&lng=pt&nrm=iso

Mèredieu, F. (2000). *O desenho infantil* (7a. ed.) São Paulo, SP: Editora Cultrix.

Mezzomo, A. A. (2003). *Fundamentos da Humanização hospitalar: uma visão multiprofissional*. São Paulo, SP: Editora Loyola.

Milanesi, K., Collet, N., Oliveira, B. R. G. de & Vieira, C. S. (2006). Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 769-774. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600009&lng=en&nrm=iso

Minayo, M. C. S. (2013). O desafio da pesquisa social. In S. F. Deslandes, *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*, (pp. 09-29). Rio de Janeiro, RJ: Editora Vozes.

Minayo, M.C.S. (2004). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, SP: Hucites.

Ministério da Saúde. Portaria nº 3.432. (1998, 12 de agosto). *Critérios de Classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo-UTI*. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html

Ministério da Saúde (2001). *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Recuperado de <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>

Ministério da Saúde (2004). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf

Mitre, R. M. A. (2006). O brincar no processo de humanização da produção de cuidados pediátricos. In S. F. Deslandes (Org.), *Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas*, (pp. 283-300). Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ.

Morais, G. S. N. & Costa, S. F. G. (2009). Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 43(3), 639-646. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a20v43n3>

Morsch, D. S. & Aragão, P. M. (2006). A criança, sua família e o hospital: pensando processos de humanização. In S. F. Deslandes (Org.), *Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas*, (pp. 235-260). Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ.

Morsch, D. S. & Delamonica, J. (2005). Análise das repercussões do Programa de Acolhimento aos Irmãos de Bebês Internados em UTI Neonatal: "Lembraram-se de Mim!". *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 677-687. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300024>

Moura, M. D. & Mohallem, L. N. (2003). Quem cuida se cuida? *Revista da SBPH*, 6(2), 08-15. São Paulo.

Oliveira, E. C. N. (2002). O psicólogo na UTI: Reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, 22(2), 30-41. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932002000200005>

Oliveira, A. L. & Cervený, C. M. O. (2010). *Irmãos, meio-irmãos e coirmãos: a dinâmica das relações fraternas no recasamento*. Curitiba, PR: Juruá Editora.

Oliveira, A. L. (2006). Família e irmãos. In Cervený, C.M.O. (Org.). *Família E...Narrativas, Gênero, Parental, Irmãos, Filhos Nos Divórcios, Genealogia, História, Estrutura, Violência, Intervenção Sistêmica, Rede Social*, (2a. ed.) (pp. 63-81). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Orlando, J. M. D. C. (2002). *UTI: muito além da técnica...a humanização e a arte do intensivismo*. São Paulo, SP: Atheneu.

Pessini, L. & Bertachini, L. (2014). *Humanização e cuidados paliativos* (6a. ed.). São Paulo, SP: Editora Loyola.

Pinto, E. R. (2014). Conceitos fundamentais dos métodos projetivos. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 17(1). Rio de Janeiro. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982014000100009>

Pratta, E. M. M. & Santos, M. A. (2007) Família e adolescência: A influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em estudo*, 12(2), 247-256, Maringá. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n2/v12n2a05>

Rodriguez, B.C. & Gomes, I. C. (2012). Novas formas de parentalidade: Do modelo tradicional à homoparentalidade. *Boletim de Psicologia*, 62(136), (pp. 29-36). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432012000100004&lng=pt&tlng=.

Romano, B. W. (1997). A família e o adoecer durante a hospitalização. *Revista Sociedade de Cardiologia Estado de São Paulo*, 5 (Supl A), 58-62.

Rosa, H. R. (2018). *Desenho da Figura Humana em crianças: Indicadores Emocionais, evidências de Validade e Precisão*. Tese (de Livre Docência). Universidade de São Paulo. Recuperado de www.teses.usp.br

Salinas, J. L., Casamadrid, J., Solis-Ponton, L. & Menendez, J. A. B. (2014). A parentalidade na idade mediana da vida. In L. S. P. Karin (Org.), *Ser pai, ser mãe parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*, (2a. ed.) (pp. 141-143). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Schneider, C. M. & Medeiros, L. G. (2011). Criança hospitalizada e o impacto gerado nos pais. *Unoesc & Ciência – ACHS*, 2(2), (pp.140-154). Joaçaba, SC. Recuperado de: http://editora.unoesc.edu.br/index.php/achs/article/view/741/pdf_216

Selli, L. (2003) Reflexões sobre o atendimento profissional humanizado. *Revista O Mundo da Saúde*, 27 (2), 248-253, São Paulo.

Silva, M. C. V. M. (2008). Técnicas projetivas gráficas e o desenho infantil. In A. E. V. A. & B. S. G. Werlang (Orgs.), *Atualizações em métodos projetivos para avaliação psicológica*, (pp. 195-203). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Scochi, C. G. S., Kokuday, M. L. P., Riul, M. J. S., Rossanez, L. S. S., Fonseca, L. M. M., Leite, A. M. (2003). Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*, 11(4), 539-543. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000400018>

Souza, A. S. L. (2011). Desenho como instrumento diagnóstico: reflexões a partir da psicanálise. *Boletim de Psicologia*, 61(135), 207-215. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432011000200007&lng=pt&tlng=pt.

Souza, A. S. L. & Zaneti, S. A. S. (2015). Semelhanças e diferenças no desenho da figura humana como técnica projetiva entre meninos e meninas de 4 a 15 anos. *Boletim de Psicologia*, 65 (142), 73-82. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432015000100007&lng=pt&tlng=pt.

Spitz, R. A. (1979). *O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais* (3ª. ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.

Stake, R. E. (2011). *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Porto Alegre, RS: Penso.

Tardivo, L. S. P. C. (1997). Análise e interpretação. In *Formas de Investigação Clínica em Psicologia: procedimento de desenhos-estórias: procedimento de desenhos de família com estórias* (pp. 115-156). São Paulo, SP: Vetor.

_____, L. S. P. C. (2010). O Procedimento de Desenhos-Estórias e derivados no processo psicodiagnóstico compreensivo e interventivo de crianças. In M. L. T. Nunes (Org.). *Técnicas projetivas com crianças* (pp. 97-120). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

_____, L. S. P. C. (2012). O brinquedo e o desenho. In R. M. L. Afonso, *Ludodiagnóstico: investigação clínica através do brinquedo* (pp. 175-189). Porto Alegre, RS: Artmed.

Tavares, M. (2000). A entrevista clínica. In J. A. Cunha e col. *Psicodagnóstico-V* (pp. 45-56). (5a. ed.) Porto Alegre, RS: Artmed.

Trinca, A. M. T. (2013b). Desenvolvimentos do Procedimento de Desenhos-Estórias. In W. Trinca (Org.) *Procedimentos de Desenhos-estórias formas derivadas, desenvolvimentos e expansões* (pp. 27-76). São Paulo, SP: Vetor.

Trinca, W. (1976). *Investigação Clínica da Personalidade - o desenho livre como estímulo de apercepção temática*. Belo Horizonte, MG: Interlivros.

_____, W. (org.) (1997). Apresentação e aplicação. In *Formas de Investigação Clínica em Psicologia: procedimento de desenhos-estórias: procedimento de desenhos de família com estórias* (pp. 11-34). São Paulo, SP: Vetor.

_____, W. & Tardivo, S. L. P. C. (2000). Desenvolvimentos do Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E). In J. A. Cunha e col. *Psicodiagnóstico-V* (pp. 428-438) (5a. ed.) Porto Alegre, RS: Artmed.

_____, W. (2013a). Alguns fundamentos psicanalíticos da comunicação inconsciente e sua aplicação ao Procedimento de Desenhos-Estórias. In W. Trinca (Org.). *Formas compreensivas de investigação psicológica: Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenho de família com estórias* (pp. 97-126). São Paulo, SP: Vetor.

_____, W. (2013a). Bases da interpretação psicanalítica do Procedimento de Desenhos-Estórias. In W. Trinca (Org.). *Formas compreensivas de investigação psicológica: Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenhos de Família com estórias* (pp. 97-126). São Paulo, SP: Vetor.

_____, W. (2013b). Formas tradicionais de aplicação. In W. Trinca (Org.) *Procedimentos de Desenhos-estórias formas derivadas, desenvolvimentos e expansões* (pp.13-27). São Paulo, SP: Vetor.

Turato, E. R. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínico qualitativa – definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(001), 93-108. Portugal. Recuperado de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28720111>>

Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514. São Paulo. Recuperado de https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102005000300025&script=sci_arttext&lng=en

Van Kolck, O. L. (1981). *Interpretação psicológica de desenhos*. São Paulo, SP: Pioneira.

Van Kolck, O. L. (1984). *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo, SP: EPU.

Vila, V. S. C., & Rossi, L.A. (2002). Significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: muito falado e pouco vivido. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 10(2), 137 - 144. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10506>

Waldow, V. R. & Borges, R. F. (2011). Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(3), (pp. 414-418). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/appe/v24n3/17>

Winnicott, D. W. (1982). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (2a. ed.). Rio de Janeiro, RJ: Francisco Alves.

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (3a. ed.). Porto Alegre, RS: Brookmman.

7 ANEXOS

ANEXO A – REFERENCIAL DE TARDIVO

Referencial composto por sete grupos sintetizados por Tardivo, 1985 a partir das dez áreas indicadas por Trinca, para análise de conteúdo (Trinca, 1997).

I) Atitude Básica: em relação a si próprio e em relação ao mundo:

1. Aceitação (êxito, crescimento, atitudes de segurança, liberdade, domínio, autonomia, autossuficiência);
2. Oposição (desprezo, rejeição, hostilidade, competição, negativismo, não colaboração, desconsideração, outros);
3. Insegurança (necessidade de proteção, abrigo e ajuda, atitudes de submissão, inibição, isolamento, bloqueio, percepção do mundo como desprotetor, medo de não conter os impulsos, dificuldade em relação ao crescimento);
4. Identificação positiva (autoimagem, sentimentos de valorização, autoconceito reais e positivos, busca de identidade, identificação com o próprio sexo);
5. Identificação negativa (sentimento de menos valia, incapacidade, sem importância, identificação com o outro sexo, autoimagem negativa ou idealizada, problemas ligados à imagem corporal).

II) Figuras significativas: materna, paterna, fraterna e outras:

6. Figura materna positiva (presente, afetiva, boa, gratificante protetora, facilitadora, objeto bom);
7. Figura materna negativa (ausente, omissa, rejeitadora, ameaçadora, controladora, exploradora, objeto mau, sentimentos negativos em relação à mãe);
8. Figura paterna positiva (presente, gratificante, afetivo, protetor, outros sentimentos amorosos, atitudes favoráveis em relação ao pai);
9. Figura paterna negativa (ausente, omissa, ameaçador, autoritário, outros sentimentos negativos em relação ao pai);
10. Figura fraterna(s) (ou outras) positiva (cooperação, colaboração, igualdade, etc..);
11. Figura fraterna(s) (ou outras) negativa (competição, rivalidade, conflito, inveja, falsidade, etc...).

III) Sentimentos expressos:

12. Sentimentos derivados do instinto de vida (alegria, amor, energia, instinto sexual, conquista, sentimento de mudança construtiva);
13. Sentimentos derivados do instinto de morte (ódio, inveja, ciúme persecutório, voracidade, desprezo, etc..);
14. Sentimentos derivados de conflito (culpa, medos de perda, de abandono, solidão, tristeza, desproteção, ciúmes depressivo, outros);

IV) Tendências e desejos:

15. Necessidades básicas (proteção e abrigo, necessidade de manter as coisas da infância, de compreensão, de ser contido, de ser cuidado regressivamente, afeição primitiva, orais)

16. Tendências destrutivas (desejos de vingança, de atacar, de destruir, de separar os pais, de ocupar (destruindo) o lugar do pai ou da mãe, necessidade de poder, de hostilizar, etc.);

17. Tendências construtivas (necessidade de cura, aquisição, realização e autonomia, liberdade, crescimento, construtividade, desejos de canalizar energia sexual e agressiva, recuperar partes sadias, desligar-se de coisas infantis, evitar danos físicos ou psicológicos).

V) Impulsos

18. Amorosos

19. Destrutivos.

VI) Ansiedades

20. paranóides

21. depressivas

VII) Mecanismos de defesa:

22. cisão,

23. projeção,

24. repressão,

25. negação/anulação,

26. regressão a estágios primitivos,

27. racionalização,

28. isolamento,

29. deslocamento,

30. idealização,

31. sublimação,

32. formação reativa,

33. negação maníaca ou onipotente.

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FRATERNIDADE À FLOR DA PELE: VISITA DE IRMÃOS NA UTI PEDIÁTRICA

Prezado(a) Senhor(a)

Meu nome é Cristina Jeldes C. Teixeira, sou psicóloga e aluna de Mestrado do Instituto de Psicologia da USP e convido seu filho a participar deste projeto de pesquisa que estou realizando sob minha responsabilidade. Esta é uma pesquisa científica que será realizada no Programa Visita de Irmãos de pacientes internados na UTI Pediátrica do Hospital Infantil Cândido Fontoura e tem como objetivo avaliar as condições emocionais dos irmãos destes pacientes que vierem para a visita na UTI. Utilizarei para esta avaliação o Procedimento de Desenhos-Estórias que consiste na tarefa da criança fazer cinco desenhos de sua escolha e contar cinco histórias referentes a esses desenhos: dois antes e três depois da visita e se necessário farei algumas perguntas sobre os desenhos e histórias para esclarecer aspectos dos mesmos.

A aplicação deste instrumento ocorrerá momentos antes da visita ao paciente. Normalmente não causa desconforto para a criança e somente será realizada se houver concordância da mesma. Os riscos são mínimos, pois a criança fará os desenhos em uma sala apropriada, orientados por mim. A atividade poderá ser interrompida a qualquer momento, pela criança ou pelos responsáveis, ou pela pesquisadora, se desejado ou estiver ocorrendo qualquer dano a ela. Caso haja qualquer dificuldade será oferecido atendimento à criança e/ou seus familiares, na própria instituição ou onde for mais conveniente e/ou possível.

Não há benefício direto para criança, mas os resultados deste estudo poderão auxiliar na investigação dos aspectos emocionais destes irmãos que visitam os pacientes na UTI Pediátrica. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outras crianças, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante da pesquisa.

A colaboração é muito importante, porém, **NÃO É OBRIGATÓRIA**. Caso não queira que seu filho (a) participe, sinta-se à vontade para recusar ou devolver esta folha em branco. A sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição, assim como não acarretará qualquer prejuízo na assistência de seu(a) filho(a) internado(a).

Não há despesas pessoais para o participante, nem compensação financeira relacionada à sua participação. Em caso de eventuais danos e ou despesas decorrentes da participação na pesquisa, haverá indenização e/ou ressarcimento. A pesquisadora se compromete utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa, cujos resultados grupais poderão ser publicados ou apresentados em Congressos Científicos. A identidade de seu(a) filho(a) será preservada, sem qualquer menção a informações que possam identificar seu(a) filho(a). Esclarecemos que as informações/anotações permanecerão em poder da pesquisadora.

Caso tenha quaisquer dúvidas com relação ao presente projeto, agora ou em outro momento, estou à disposição para esclarecê-las quando desejar. Meus contatos são os seguintes: Email: crisjeldes@yahoo.com.br Celular: (11)9971-78705 Telefone: (11) 2603-5429 (hospital).

A respeito de questões éticas, o contato do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP é: Av. Professor Mello Moraes, 1721 – Bloco G, 2º andar, sala 27, Telefone: (11) 3091-4182 e-mail: ceph.ip@usp.br CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP. O atendimento é de segunda a sexta-feira, das 08:30h às 12h e das 14h às 16h.

Caso concorde em participar deste estudo e se sinta suficientemente esclarecido sobre minha proposta, preencha os dados abaixo, rubrique a primeira página e assine ao final deste documento, que consta em duas vias, sendo que uma via ficará com o participante e outra com a pesquisadora.

Declaro que li ou alguém leu para mim as informações deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de assinar e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Compreendo que sou livre para retirar minha autorização para a participação da criança pela qual sou responsável, neste estudo, em qualquer momento, sem perda de benefícios ou sofrer qualquer penalidade.

Eu, _____ responsável legal
por _____, nascido em
____/____/____, concordo com a sua participação no projeto de pesquisa descrito.

ANEXO C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FRATERNIDADE À FLOR DA PELE: VISITA DE IRMÃOS NA UTI PEDIÁTRICA

Olá!

Meu nome é Cristina Jeldes Carrascosa Teixeira, sou psicóloga e aluna de Mestrado da Universidade de São Paulo e gostaria de te convidar para participar de uma pesquisa que estou fazendo com irmãos dos pacientes internados na UTI Pediátrica do Hospital Infantil Cândido Fontoura. Estou fazendo esta pesquisa porque quero saber quais são os sentimentos e emoções do irmão que visita o paciente na UTI Pediátrica.

Mas para realizar esta pesquisa, eu preciso da sua ajuda. Faço então o convite e se concordar em me ajudar, a sua participação acontecerá aqui, no próprio hospital, em uma sala apropriada, no horário da visita ao seu irmão internado na UTI.

Você será convidado a realizar cinco desenhos e cinco estorinhas referentes aos desenhos, dois antes e três depois da visita ao seu irmão na UTI. Se eu precisar talvez eu faça algumas perguntas sobre os desenhos e as estorinhas que você fizer e anotarei suas respostas. Só eu terei acesso às suas informações, como seu nome e o que realizou. Guardarei de modo sigiloso todas as informações que poderiam deixar saber que é você. As informações sobre os desenhos realizados serão usadas apenas para as finalidades desta pesquisa. Os resultados finais deste trabalho de pesquisa poderão ser divulgados, mas sem identificar o seu nome.

A sua participação é importante para mim, mas não é obrigatória, não envolve custos e não haverá nenhum pagamento por ela. Caso alguma coisa te incomode durante os desenhos que eu vou pedir para você fazer, por favor, me fale. Além disto, você pode desistir a qualquer momento sem qualquer punição ou problema por causa disto. Se você tiver alguma dúvida sobre o que vamos fazer, você pode conversar comigo a qualquer momento.

Agradeço muito pela sua atenção e peço que, caso aceite este convite e tiver entendido minha proposta diga sim, caso não aceite diga não. Você entendeu? Ficou alguma dúvida? Pode perguntar.

Obrigada!

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora