

Marina Pimentel, Cristiane Mesquita, Geraldo Lima *

Piskatoomba no hospital: vestuário lúdico e minimização de estresse para crianças em tratamento de câncer

*

Marina Pimentel é Mestre em Design pela Universidade Anhembi Morumbi, onde também concluiu a graduação em Design de Moda. Atualmente, é trainee de estamparia na marca Fábula, além de realizar trabalhos autorais e independentes como ilustradora. Tem experiência na área de Criação, com ênfase em Design de Moda e Estilismo, atuando principalmente com os seguintes temas: design de moda, criança com câncer, Design e Saúde, moda inclusiva e ludicidade.

<marinacpimentel@gmail.com>

ORCID: 0000-0001-7381-402X

Resumo Este artigo propõe conexões entre os campos do Design e da Saúde, visando especialmente os conhecimentos da Psicologia e da Neurociência. Abordando a experiência de crianças com câncer no contexto hospitalar sob o olhar do Design de Moda, discutiremos a roupa como um possível elemento facilitador no tratamento da doença. Para tanto, apresenta-se a coleção *Piskatoomba* e os aspectos ergonômicos e funcionais que a permeiam. Por fim, o artigo apresenta e debate os resultados da pesquisa de campo realizada juntamente com pessoas envolvidas – equipe hospitalar e familiares – no cotidiano dessas crianças.

Palavras chave Design de Moda, Câncer infantil, Ludicidade, Neurociência, Design e Saúde.

Cristiane Mesquita é psicanalista, professora e pesquisadora do PPG Design da Universidade Anhembi Morumbi. Doutora e Mestre em Psicologia pelo Núcleo de Estudos da Subjetividade – PUC-SP. Pós-Doutorado no Departamento de Artes da Goldsmiths, University of London. Investiga processos de criação e subjetivação; interações entre corpos, roupas e artefatos; clínica ampliada e produção de sofrimento e saúde psíquica; transversalidades entre psicanálise, filosofia, arte contemporânea, política e design.

<cfmesquita@anhembi.br>

ORCID: 0000-0001-6860-0676

Geraldo Lima é Doutor e Mestre em Design pela Universidade Anhembi Morumbi. Designer de moda e figurino, graduado em Desenho Industrial pela Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG). Professor Colaborador no Programa de Pós-Graduação em Design da Universidade do Estado de Minas Gerais. Professor Colaborador no Programa de Pós-Graduação em Design da Universidade Anhembi Morumbi. Professor dos cursos Design de Moda e Negócios da Moda da Universidade Anhembi Morumbi, instituição em que também é docente no curso de Pós-Graduação de Neurociência aplicada à Educação, na Pós-Graduação Master em Negócios e Varejo de Moda. <gcjunior@anhembi.br >

ORCID: 0000-0002-1299-9574

Piskatoomba in the hospital: playful clothing and minimization of stress for children with cancer

Abstract *This article presents connections between the fields of Design and Health, especially the knowledge of psychology and neuroscience. It addresses the experience of children with cancer in the hospital context from the perspective of fashion design, and discusses clothing as a possible facilitator in the treatment. It presents the Piskatoomba collection and the ergonomic and functional aspects that permeate it. Finally, the article presents and discusses the results of field research carried out with those involved in the daily lives of these children.*

Keywords *Fashion Design, Childhood cancer, Ludicity, Neuroscience, Design and Health.*

Piskatoomba en el hospital: ropa lúdica y minimización del estrés para niños con cáncer

Resumen *Este artículo presenta las conexiones entre los campos del Design y la Salud, especialmente el conocimiento de la psicología y la neurociencia. Aborda la experiencia de los niños con cáncer en el contexto hospitalario desde la perspectiva del design de moda y analiza la ropa como posible facilitador del tratamiento. Presenta la colección Piskatoomba y los aspectos ergonómicos y funcionales que la impregnan, y finalmente presenta y discute los resultados de las investigaciones de campo realizadas con los involucrados en la vida diaria de estos niños.*

Palabras clave *Design de moda, Cáncer infantil, Ludicidad, Neurociencia, Design y Salud.*

Introdução

Este artigo¹ apresenta aspectos da experiência hospitalar de crianças com câncer entre um e seis anos de idade à luz dos conhecimentos da Saúde – principalmente das áreas da Neurociência, da Psicologia e da Enfermagem – conectados aos saberes do Design de Moda, relacionando ambos ao papel do vestuário no cotidiano dos pacientes em tratamento, bem como da equipe hospitalar e dos pais e tutores envolvidos. A discussão proposta aborda a função da ludicidade, da funcionalidade e da ergonomia no design de moda voltado para peças a serem usadas por essas crianças, trazendo em foco as emoções vividas pelos pacientes durante o tratamento. A metodologia adotada se baseia em estratégias bibliográficas e exploratórias confrontadas com os dados levantados em entrevistas semiestruturadas aplicadas em pesquisa qualitativa de campo.

Neste recorte do estudo, o objetivo é difundir e debater os resultados da pesquisa de campo realizada que avalia a efetividade de uma coleção previamente desenvolvida², nomeada *Piskatoomba*, juntamente com pais, tutores e equipe hospitalar envolvidos no tratamento de crianças com câncer. Observa-se ainda os parâmetros de usabilidade e funcionalidade atrelados ao parâmetro estético por meio da ludicidade e da ergonomia no design das peças, bem como o impacto do vestuário assistivo nas emoções vivenciadas por crianças com câncer em fase de tratamento – destacando-se o medo e o estresse. O intuito da pesquisa é promover reflexões a partir de algumas questões, sendo as principais: i) transversalidades entre o Design de Moda e a Saúde podem melhorar a experiência de crianças em tratamento de câncer no ambiente hospitalar? ii) parâmetros de funcionalidade e ergonomia, aliados a aspectos de ludicidade desenvolvidos nas roupas, são capazes de impactar positivamente na redução do medo e do estresse da criança durante os procedimentos hospitalares?

Como motivação para este estudo, é relevante mencionar a escassez de investigações sobre o Design de Moda relacionado à vivência de crianças com câncer, despertando oportunidades de investigação acerca das possibilidades de desenvolvimento de recursos e tecnologias com intuito de transformar a experiência do paciente durante o tratamento, além de agregar conhecimentos sobre o bem-estar deste. A importância de ampliar pesquisas nesse âmbito é reforçada ao considerar a faixa etária abordada, que representa um período sensível³ de maior vulnerabilidade neurológica (COMITÊ CIENTÍFICO DO NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA, 2014). Assim, é preciso se atentar ao atendimento das demandas emocionais e mentais da criança (SOUZA, 2011), sendo a busca por soluções para a melhora desse contexto uma responsabilidade transversal, que não deve ser restringida à esfera médica e farmacológica.

Criança com câncer e ludicidade sob o olhar da Neurociência

O câncer é uma doença que carrega uma conotação extremamente negativa no imaginário coletivo. Ao se falar do câncer infantil e das suas consequências, é importante considerar a ocorrência de uma vivência múltipla e complexa, que ultrapassa os limites farmacológicos e medicinais. Desde o momento no qual recebe o diagnóstico, a criança passa por procedimentos dolorosos e invasivos, enfrentando obstáculos como o medo, a compreensão limitada da situação, o estresse e a privação da rotina adequada para a sua faixa etária. O dia a dia intenso, as dores físicas e emocionais, o ambiente desconhecido e a ausência de entendimento sobre a doença fazem do hospital um local propício para gerar um estresse que pode se tornar tóxico.

Procedimentos tais quais a quimioterapia e a punção venosa, assim como exames diversos, embora tenham a finalidade de promover o tratamento e a cura, representam para a criança dor, ameaça e medo. Esses processos estão frequentemente presentes no cotidiano hospitalar, tornando necessária a utilização de técnicas pensadas para tornar a experiência menos dolorosa e traumática possível para a criança, pois, a sua visão sob tal circunstância pode configurar um cenário muito mais negativo do que de fato é, no qual o medo e o estresse aumentam, causando no paciente uma reação desproporcional, caso não ocorra a devida atenção para a humanização da experiência vivida no hospital.

A vivência no hospital é configurada pelas emoções da criança, as quais dão significado – como o medo ou o acolhimento – a cada procedimento, interação e consulta. Esses sentimentos são consequentes da experiência ofertada pela equipe hospitalar e pelos pais e tutores.

O medo é recorrente nessa realidade e ocorre a partir da percepção do ambiente, ou seja, quando este é avaliado como seguro, essa emoção não é ativada. Porém, nos casos em que a emoção se conecta à conjuntura, ao espaço ou até mesmo a um objeto, o corpo responde ou com instintos de luta e fuga ou com a paralisação (ANTONIO et al., 2008). Quando as emoções se repetem e se intensificam, se não forem devidamente geridas e amparadas pelos adultos à volta da criança, esta tende a seguir um padrão toda vez que se perceber em um contexto similar àquele em que sentiu medo.

Para Milner, Squire e Kandel (1998), se um evento é repetido várias vezes causando dor ou medo, quando um indivíduo é colocado diante da mesma situação, este poderá sentir medo sem necessariamente haver estímulo.

Ao incluir no tratamento atividades e eventos que divirtam, distraiam ou alegrem a criança, as emoções negativas deixam de ser as únicas presentes naquele cenário, passando a ter menor repercussão e equilibrando as emoções em um estado menos desfavorável. A ludicidade pode ser considerada uma grande aliada nesse cenário, pois tem o potencial de ser usada para distrair a criança durante os procedimentos hospitalares, fazen-

do com que estes sejam ressignificados, minimizando os sentimentos negativos e, ainda, sendo capaz de impactar na percepção de dor (OLIVEIRA, 2014). Isso em conjunto com a comunicação aberta com o paciente sobre os próximos passos do tratamento, forma uma estratégia que permite tornar o ambiente em que a criança se encontra um lugar menos traumático.

Coleção Piskatoomba



Fig 1. Coleção Piskatoomba completa representada em croqui

Fonte: Acervo do grupo de trabalho anterior, 2018

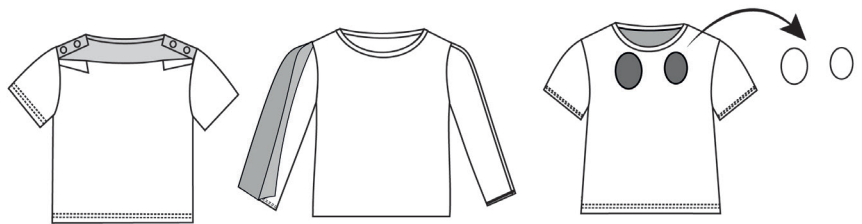
A coleção *Piskatoomba* propõe peças de roupa que possibilitem maior conforto para os pacientes, os seus responsáveis e a equipe hospitalar, preocupando-se em atender às necessidades ergonômicas, de vestibilidade e estéticas dos usuários. Ressalta-se que “roupa e corpo agem e reagem segundo os movimentos e as ações físicas ou ainda a falta das mesmas, quando esse corpo é limitado em sua mobilidade” (JUNIOR, 2020, p. 15), ou seja, é possível entender que um corpo com limitações necessita de atenção especial. Considerando o contexto apresentado, a maior preocupação da coleção *Piskatoomba* é abrir possibilidades de ajudar a criança, bem como os cuidadores e a equipe médica, no enfrentamento das dificuldades cotidianas do tratamento no hospital.

No decorrer da pesquisa teórica e de campo destinada à criação da coleção, identificou-se que a dificuldade de acesso aos cateteres PICC e *port-a-cath* – localizados no braço e colo, respectivamente – representam os maiores obstáculos de vestibilidade e ergonomia no vestuário. Esse dado aponta para o excesso de movimentação do corpo da criança ao vestir e despir, causando dor e desconforto, exposição e falta de autonomia. Além disso, foi relatado que, muitas vezes, os responsáveis pela criança optam por vesti-la com roupas inadequadas para o clima, escolhendo regatas em detrimento de blusas com mangas longas, motivados pela facilidade na hora do procedimento.

Ao abordar o desenvolvimento de vestuário infantil para crianças com câncer, a ergonomia é uma ferramenta importante para alcançar funcionalidade e usabilidade, pois promover facilidade de manuseio, de uso

e de vestibilidade pode melhorar a sensação de conforto. Em uma coleção destinada ao público infantil com necessidades especiais, essas propriedades ganham importância ainda maior. À luz desses parâmetros, as peças da coleção recebem aberturas nas mangas e na região do colo a fim de facilitar a vestibilidade e o acesso aos cateteres (Figura 2). Os acessos posicionados em regiões estratégicas buscam minimizar a necessidade de manuseio do corpo da criança, evitar que seja preciso tirar a sua roupa e tornar a vivência do procedimento mais rápida e tranquila.

Fig 2. Soluções propostas para abertura de acesso aos cateteres e vestibilidade | Fonte: Acervo do grupo de trabalho anterior, 2018



Além dos recursos ergonômicos, identificou-se também como estratégia a aplicação de atributos lúdicos ao vestuário. Nesse momento, os parâmetros de usabilidade e funcionalidade se cruzam com os elementos estéticos: as propriedades visuais tornam-se recursos funcionais interativos, trabalhando como uma ferramenta assistiva.

A estamparia interativa é um minimizador do sofrimento, que pode aliviar as aflições da criança e reconectá-la com as brincadeiras. O uso da estampa para esse fim “permite que conteúdos e assuntos inerentes ao universo infantil sejam transmitidos às crianças de forma lúdica” (PEREIRA, 2013, p. 4), podendo impactar nas problemáticas mapeadas transversalmente.

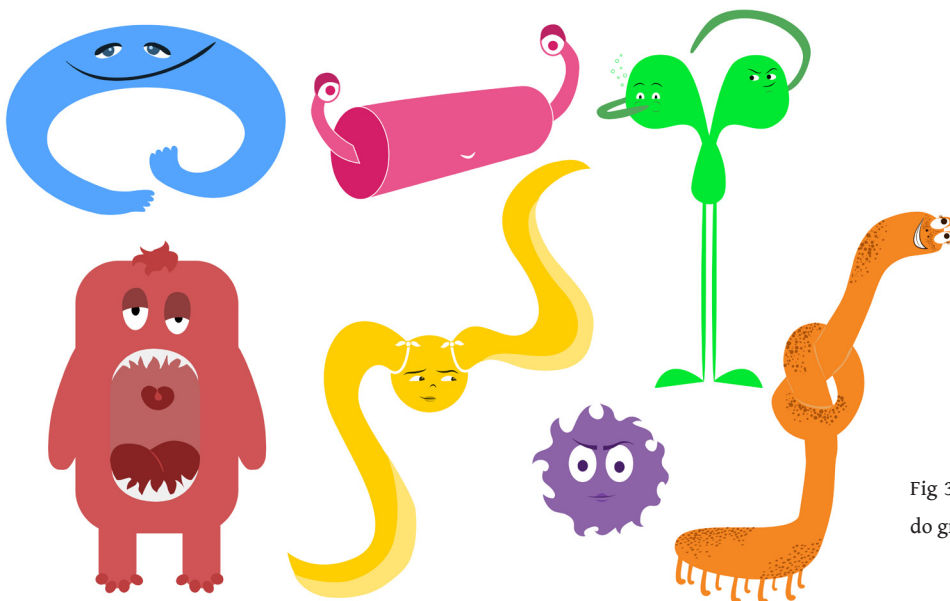
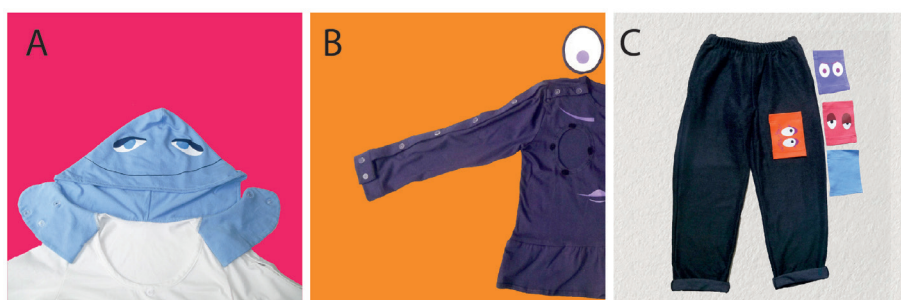


Fig 3. Turma Piskatoomba | Fonte: Acervo do grupo de trabalho anterior, 2018

A partir desses estudos e com intuito de criar peças facilitadoras para crianças com câncer, foram desenvolvidos sete personagens, turma denominada *Piskatoomba* (Figura 3). Com estética que se assemelha a desenhos animados de amigos imaginários e criaturas fictícias, os personagens foram estampados nas peças de roupa de forma estratégica, buscando estimular a interação e o interesse da criança.

Essa relação foi pensada de duas maneiras distintas e complementares: i) partes interativas diretamente relacionadas com a posição dos cateteres (Figura 4 – item A); ii) partes independentes dos recursos ergonômicos, com intenção de distração e brincadeira (Figura 4 – item B). A respeito de (a), este tipo de aplicação permite que os adultos que cuidam da criança estabeleçam um ponto de comunicação por meio da roupa, e estimula a contação de histórias com os personagens. Já em (b), é possível promover a brincadeira e a diversão a partir da interação com partes removíveis da roupa, resultando em um ambiente menos tenso e possivelmente diminuindo a resistência da criança aos procedimentos, transformando a situação em brincadeira.

Fig 4. Peças com aberturas para facilitar acesso aso cateteres e recursos lúdico | Fonte: Acervo do grupo de trabalho anterior, 2018



Sabe-se que a aproximação entre a criança e a equipe médica de forma empática e não relacionada apenas aos medicamentos, cateteres e demais procedimentos é capaz de melhorar a percepção desse paciente sobre as pessoas que o cercam, evitando a associação destas com sentimento de ameaça, estranhamento ou dor no ambiente de tratamento. Ao se colocar como sujeitos da brincadeira, a equipe hospitalar pode interagir e ter chances de construir uma comunicação acolhedora. Isso reduz o medo e o estresse e minimizar a resistência aos procedimentos, tornando a experiência de tratamento da doença mais fácil e menos sofrida.

No entanto, as estampas e os recursos ergonômicos por si só não causam impacto significativo na vivência do usuário; é preciso que a equipe hospitalar e os pais e tutores estejam engajados nas atividades e na conexão com a criança. Esses elementos projetuais diferem de um brinquedo sendo segurado na mão no momento do procedimento, pois o intuito é não só de

distração mas também de promover emoções positivas e diminuir as negativas. Para dar outro sentido ao ambiente hospitalar, é necessário que a experiência lúdica seja repetida em diversas situações, principalmente se o paciente já possui um histórico de medo e estresse.

A interação com o vestuário, portanto, não deve se restringir à hora do procedimento, mas ser realizada pouco antes, durante e um tempo depois de ocorrer o processo para que a criança tenha um instante de consolo, entenda que está em segurança e retorne ao equilíbrio. Seguindo essas etapas, pode-se concluir um ciclo de emoções que começa e termina da maneira mais positiva e equilibrada possível.

Metodologia e descrição dos procedimentos

A fim de avaliar o potencial de impacto das peças da coleção *Piskatoomba* no estado de ânimo e nas respostas emocionais de crianças com câncer durante os procedimentos, foi realizada uma pesquisa de campo qualitativa. O objetivo era coletar informações pertinentes, em busca de dados descritivos, subjetivos e, por vezes, empíricos.

Vale ressaltar que os indivíduos entrevistados que se relacionam com as crianças, possuem histórias pessoais e lidam com emoções, dores e alegrias que não podem ser reduzidas a um “objeto” ou “fenômeno”. Por conseguinte, é esperado que a empatia esteja presente em todas as etapas.

A pesquisa dividiu os respondentes em dois grupos delimitados a partir de características distintas – “Grupo 1: Cuidadores e Ex-paciente” e “Grupo 2: Profissionais de Oncologia Pediátrica”. Apesar de divididos, todos os entrevistados passaram pelas mesmas etapas:

1. Aceite de participação e concordância com o termo de consentimento.
2. Resposta de questionário online.
3. Entrevista semiestruturada via chamada de vídeo.

Ressalta-se que os roteiros, tanto das entrevistas, quanto dos questionários, diferem, devido à especificidade da informação a ser coletada de cada grupo e que as roupas foram apresentadas na ocasião, por meio de imagens. O objetivo do questionário é fornecer dados para a elaboração do roteiro da entrevista, adaptada a cada respondente, a partir de uma base comum semiestruturada.

Caracterização da amostra

Para garantir a confidencialidade, todos os informantes receberam codinomes. O Grupo 1 é referenciado por nomes de cores, enquanto nomes de animais representam os integrantes do Grupo 2.

O primeiro grupo é composto pelos cuidadores e uma ex-paciente. É válido apontar que a média da faixa etária das crianças em questão é de 7 anos (Figura 4), algumas com idade superior à considerada como período da primeira infância (0 a 6 anos). Os motivos dessas divergências são i) devido ao procedimento longo, algumas crianças foram diagnosticadas dentro da faixa etária proposta, porém ainda não finalizaram o tratamento; ii) foi estabelecida uma “margem” de dois anos para além dos 6 anos, ou seja, foram consideradas crianças que iniciaram tratamento até os 8 anos devido à semelhança das experiências vividas.

O segundo grupo é formado por diversos profissionais da área de Oncologia Pediátrica, sendo as principais: equipe de enfermagem, equipe médica e equipe de psicologia. A média de experiência na área é de 11 anos, conforme detalhado na Figura 5, sendo a mais baixa de 2 anos, e a mais alta de 37 anos.

Média de idade		
10	62,91	6,291
Total		
10		
Crianças falecidas		
2		
Ex- Paciente		
1		
Mães		
5		
Tias		
2		
Pais		
2		

Fig 5. Características de amostra do “Grupo 1: Cuidadores e Ex-Pacientes” | Fonte: Acervo da autora

Média de Experiência		
21	237	11,28571429
Total		
21		
Enfermeira		
9		
Médicas		
4		
Psicólogas		
5		
Dentista		
1		
Terapeuta Ocupacional		
1		
Fisioterapeuta		
1		

Fig 6. Características de amostra do “Grupo 2: Profissionais de Oncologia Pediátrica” | Fonte: Acervo da autora

Apresentação e discussão dos resultados

O contexto da criança com câncer não é configurado apenas pelos problemas decorrentes da doença em si mas também pela forma como ela lida com os acontecimentos à sua volta, desde o diagnóstico até o fim do tratamento. A psicóloga Rato comenta que é importante considerar o fato de que “algo” invade o corpo da criança de maneira dolorosa, fazendo com que ela precise lidar com muitas novidades que fogem da sua capacidade de compreensão. Esse processo acontece de forma bastante acelerada, pois, a partir do diagnóstico, a criança já precisa encarar diversos exames, quimioterapia e, às vezes, até internações ou cirurgias – tudo sem ter o tempo necessário para processar o que está acontecendo⁴.

Os profissionais entrevistados apontam que, durante a rotina hospitalar, a repetição também colabora para o desgaste: “fazemos procedimentos que causam dor na criança, esses procedimentos agente repete muitas vezes”⁵. Enquanto isso, a criança perde a rotina adequada para a sua faixa etária, pois “de repente tem que acordar, vir pro hospital e ser furada de tudo quanto é lado”⁶. Além desses fatores, é preciso considerar que não são ocasiões isoladas ou independentes umas das outras, mas fazem parte de um conjunto de “agressões” que o paciente vive durante o tratamento e que configuram as suas experiências no hospital.

Não é só a quimioterapia; [...], é a coleta de exame, é a veia que perdeu, é o cateter que é dia de trocar agulha, tem outro curativo, são os cuidados com a pele, cuidado com a boca [...] tá vomitando, tá caindo cabelo, paciente que tá com medo e a família tá preocupada.⁷

Medo, estresse e resistência

Um dos maiores obstáculos enfrentados desde o início dessa rotina de tratamento hospitalar é o conjunto de emoções medo e estresse. Os entrevistados apontam que o paciente sempre inicia o tratamento muito assustado e nervoso, com raras exceções. A psicóloga Tartaruga indica que a situação desconhecida abre uma porta para fantasias, já que a criança não sabe o que vai acontecer e não tem vínculo com a equipe médica, o que cria uma atmosfera de horror – termo utilizado pela própria –, levando o paciente a acreditar na pior situação para si, respondendo com uma intensa resistência aos processos.⁸

Os procedimentos causam dores que, muitas vezes, têm percepção aumentada pelo medo desproporcional motivado pelo desconhecimento do que acontecerá com o corpo. Nesse sentido, as maiores dificuldades do tratamento são os procedimentos invasivos: sonda de alimentação (passada pelo nariz), manipulação de PICCs e *port-a-caths* e realização de punções e exames como mielograma e líquido⁹. Durante as entrevistas, o maior destaque nesse sentido foi em relação ao *port-a-cath*, que, em virtude de ser uma modalidade de acesso central que necessita de punção – diferentemente do PICC –, se torna um motivo de ansiedade para a criança.

O medo é um empecilho recorrente durante todo o tratamento e impacta diretamente na resistência que a criança oferece para com os procedimentos: “ou ele paralisa, ou causa uma reação exacerbada”¹⁰. De acordo com alguns pais e tutores, essa resistência pode se manifestar em reações que vão desde o choro até a negação do braço, ou ainda em atitudes mais ativas, como se debater, bater e xingar, entre outros comportamentos agressivos. Os profissionais apontam que esses casos mais exasperados não são a maioria, mas acontecem com uma certa frequência, principalmente quando o paciente teve uma experiência antecedente ruim.¹¹ Também observam que, no início do tratamento, é mais comum que esse tipo de resposta aconteça, pois quando a criança ainda não conhece a equipe ou está muito assustada, o único mecanismo de defesa dela é reagir e se fechar totalmente, chegando ao ponto de chutar e não deixar se aproximarem.¹²

Uma das psicólogas entrevistadas comenta que, muitas vezes, “os procedimentos invasivos são onde a criança consegue se expressar isso, é um pico de angústia, isso se transforma na resistência, é uma forma de expressar”¹³. Durante esses momentos intensos de estresse, medo e resistência, Peixe observa que qualquer acontecimento pode colaborar para deixar o paciente ainda mais desestabilizado: “se a criança já está nervosa e irritada, e ela ainda tem que tirar a roupa, pode contribuir pra deixar a criança mais irritada”.¹⁴

Cavalo e Boi comentam que a criança muitas vezes se assusta só de ver a enfermeira chegando, informações corroboradas pelas mães Branco e Vinho. Sobre essas ocorrências, é importante considerar a contribuição da literatura tratada anteriormente, que confirmando que experiências repetitivas negativas, dolorosas ou com intensidade exacerbada em um determinado local podem ser atreladas a ameaças. E, por associação, é possível o corpo responder com estresse e medo quando se perceber em conjuntura similar.

O ponto de vista das mães e enfermeiras apoia essa informação ao apontar que a criança apresenta nervosismo e mecanismos de defesa apenas por saber que irá ao hospital no dia seguinte ou por ter contato com algo que remeta a uma experiência desagradável: “as lembranças ruins afetam, tem lugares do hospital [...] que ela já fica angustiada, remete a ela lembranças do internamento que geram desconforto emocional”¹⁵.

Quando questionados sobre o controle das reações negativas no contexto hospitalar, a maioria dos profissionais cita a criação de vínculo com a criança como um ponto bastante importante, pois, uma vez que a criança confia naquele profissional, ela passa a permitir que ele realize o que for necessário no momento. É possível criar essa relação de várias maneiras: i) estratégias lúdicas para explicar o que será feito; ii) conversa e respeito ao espaço da criança; iii) distração; iv) apoio dos acompanhantes e/ou da equipe psicológica.

Faz-se importante notar que recursos lúdicos podem impactar na percepção da criança sobre as vivências dentro do hospital, dado que “a criança passa a perceber o ambiente hospitalar como um lugar não tão chato, que ele pode ter momentos agradáveis”¹⁶. Tratar a etapa dos procedimentos como uma oportunidade de ludicidade e brincadeira cria uma abertura para a conversa e o respeito ao espaço do paciente, pois “a criança se relaciona melhor quando tem essa postura lúdica”¹⁷, abrindo uma ponte de comunicação.

Essas estratégias são bastante importantes para que a criança se sinta percebida para além da doença. As enfermeiras comentam que abordar a criança com foco direto no procedimento não é o ideal: é preciso conversar e estabelecer com ela uma conexão prévia, inclusive enquanto preparam os equipamentos necessários. Mesmo quando não está apresentando resistência, é preciso respeitar o espaço da criança, pois é o

corpo dela, e o corpo dela já é muito violado no tratamento, no sentido de não ter intimidade, não ter nenhuma decisão, não ter autonomia no que vai fazer ou não vai fazer [...] é uma situação de muita violação, parece que o corpo dela não é dela, a gente que decide o que vai ser feito.¹⁸

Muitos profissionais apontam a roupa como um facilitador para a interação, por exemplo, quando é uma fantasia ou tem algum acessório tridimensional ou uma estampa divertida. Esses elementos tornam-se um assunto sobre o qual a criança se mostra aberta para iniciar uma relação mais próxima entre profissional e paciente. Tal postura permite prevenir que o medo da criança se acumule ou que ela tenha uma reação de extrema resistência, ao mesmo tempo que tem potencial de ajudar no controle de um estado emocional muito alterado. Nos casos em que a criança está ativamente resistente – puxa os braços, grita, morde, debate-se, reage fisicamente, xinga etc. – e com um comportamento defensivo, essas práticas se tornam ainda mais necessárias.

Em resumo, o medo é “a maior sensação que a criança tem durante o tratamento”¹⁹ e se torna uma barreira que dificulta as relações entre profissional e paciente²⁰ mesmo quando já está em tratamento há algum tempo. Faz-se importante apontar que a intensidade da reação de resistência foi citada como variável de acordo com cada criança – embora todas tenham medo de algo, isso aparece com proporções diferentes: algumas de maneira mais equilibrada, pontual e saudável, outras de forma desproporcional²¹ e que necessita de atenção especial. Nesses casos, recursos lúdicos, distrações e o vínculo com a criança são os protagonistas no controle das emoções do paciente naquele momento, sendo necessário apoio e parceria do os pais e tutores durante todo o processo.

A roupa no contexto hospitalar

No cenário vivido pela criança no hospital, a roupa tem um papel importante quanto ao manuseio e à manipulação do seu corpo antes, durante e após os procedimentos. Nas entrevistas realizadas – com apenas duas exceções –, foi unânime a afirmação: a roupa interfere negativamente na rotina de alguma maneira. Isso porque, conforme apontado pela maioria dos entrevistados, o vestuário é um grande gerador de estresse quando é necessário tirá-lo, o que acontece para as punções e manipulações dos *port-a-caths*, para a realização de alguns exames e para receber radioterapia. A manga longa atrapalha bastante desde o manuseio do PICC até aferir a pressão da criança ou coletar sangue²²; já em relação à punção e ao manuseio do *port-a-cath*, é comum que a roupa precise ser tirada para ter acesso ao cateter e à área necessária para higienização. Peixe comenta que, normalmente, as mães observam esse tipo de obstáculo e tentam se adaptar da forma que podem, seja cortando a peça, usando apenas regatas ou trocando de roupa ao chegar no hospital.

O desconforto aqui pode ser relacionado a diversas questões: a criança se sentir exposta ou invadida, o clima estar muito frio ou ainda a ação em relação à roupa gerar um sentimento do que está por vir. Em momentos que já significam fonte de estresse, como ocorre no caso de punções, exames dolorosos e manipulação dos cateteres, tudo pode contribuir

para deixar o paciente mais alterado:²³ “cada peça é uma manipulação a mais da criança que já não está muito legal”²⁴, ou seja, é mais um fator que causa desconforto e estranhamento.

Nesse cenário, a roupa se torna a última etapa de resistência da criança que, quando prolongada²⁵, pode tornar aquele momento mais estressante. Além de toda a dificuldade para tirar a roupa e tudo o que isso implica – sensação de invasão do corpo, exposição, ameaça –, vesti-la novamente também é bastante complicado, porque “quando precisa colocar de volta a criança está estressada, chorando depois do procedimento, isso também é um sofrimento”²⁶ – etapa que poderia ser evitada caso houvesse peças de roupas adaptadas para a situação de uso.

Especialmente por atrelar-se a um procedimento doloroso ou causador de medo, o ato de retirar a roupa alerta a criança de que algo está para acontecer, porque “ela faz inúmeras vezes esses procedimentos, ela entende que naquele lugar vai acontecer algo”²⁷. A mãe Rosa diz em entrevista que “a criança em tratamento já sabe os rituais em que ela vai sentir dor”, conhece os procedimentos que vai fazer e os ambientes do hospital no qual são realizados, sabendo já o que esperar da situação, fato que engatilha um estado de alerta e preocupação expressado por meio da resistência. Corroborando para essa perspectiva, a mãe Roxo comenta que o filho “chorava mais para tirar a roupa do que para puncionar o *port*”, informação que pode ser interpretada como um medo excessivo que antecede o procedimento.

Pássaro ressalta que, depois que a criança passa por todo o procedimento – punciona, coloca agulha, troca curativo –, normalmente ela precisa receber a quimioterapia, e, dependendo de como é posicionado o cateter ou da roupa que ela está vestindo, é necessário mexer nela de tempos em tempos. Depois que está conectada ao soro ou à medicação, a criança não pode ser desconectada²⁸, o que, em conjunto com a inadequação da roupa, impede que ela seja vestida novamente, pois não tem por onde passar o equipo, fazendo-se necessário que fique enrolada na cobertura, o que é uma situação desconfortável.

A questão dos equipamentos é bastante importante porque, além de ser um motivo de desconforto para a criança, é um risco para a sua saúde e o seu bem-estar. No movimento de vestir e despir, muitos dos fios que ficam conectados à criança podem desconectar do cateter, dobrar e até tirar o PICC do lugar ou desconectar a agulha do *port-a-cath*²⁹, casos nos quais é preciso que se passe novamente por todos os procedimentos estressores citados anteriormente.



Fig 7. Peça representante da primeira categoria de soluções propostas: mangas longas com aberturas | Fonte: Acervo da autora



Percepções sobre a coleção Piskatoomba

Os recursos ergonômicos foram divididos em quatro categorias para análise: i) mangas longas com abertura; ii) abertura parcial da frente e/ou dos ombros; iii) abertura localizada na frente; iv) abertura total da frente, além dos recursos lúdicos aplicados nas roupas. As peças representativas de cada um desses itens foram apresentadas em detalhes e, por meio da câmera de vídeo, foi possível observar as percepções dos entrevistados.

Na Figura 7, são apresentadas as mangas com abertura total desde o ombro até a barra com fechamento por botões de pressão. Esse recurso pretende facilitar o acesso aos PICCs presentes nos braços. A segunda categoria está demonstrada por meio das peças da Figura 8 como um recurso de vestibilidade para facilitar o vestir e despir das peças e evitar desconfortos para passar a roupa pela cabeça da criança. Além disso, tem o objetivo de facilitar a manipulação do *port-a-cath* por meio da abertura no decote.

As aberturas na parte frontal da roupa estão presentes em duas peças, sendo elas aplicadas da mesma maneira: com olhos removíveis na região do peito que escondem aberturas para acesso aos *port-a-caths*, representadas na Figura 9.

Por fim, as peças com abertura total da frente são representadas por quatro modelos diferentes (Figura 10). Elas podem ser abertas completamente na parte frontal até a altura da base da cava, ou seja, logo abaixo do peito, sendo que uma delas permite a abertura tanto parcial quanto total, desde o decote até a barra.



Fig 8. Peça representante da segunda categoria de soluções propostas: abertura parcial da frente e/ou dos ombros | Fonte: Acervo da autora



Fig 9. Peça representante da terceira categoria de soluções propostas: abertura localizada na frente | Fonte: Acervo da autora



Fig 10. Peça representante da quarta categoria de soluções propostas: abertura total da frente | Fonte: Acervo da autora

Em relação às peças apresentadas e aos recursos discutidos, os apontamentos de cada entrevistado foram confrontados entre si, valorizando as múltiplas vivências para validar e/ou refutar os dados encontrados. A fim de apresentar os achados de maneira sintetizada, os resultados estão dispostos na Figura 11 a seguir. Além das perspectivas acerca das ferramentas ergonômicas, os informantes foram questionados em relação aos atributos lúdicos da coleção, e 30, dos 31 entrevistados, apontam que podem ajudar a criança a se sentir mais confortável e distraída durante os procedimentos, o que dependerá da maneira como cada um se utiliza do recurso.

Mangas	Abertura parcial	Abertura localizada	Abertura total da frente
Facilita procedimentos diversos feitos no braço, como aferir pressão, exames, punções periféricas e port-a-cath, nos braços.	Pode não funcionar para puncionar o port-a-cath, mas ajuda nas manipulações diárias, como verificar a agulha, fazer curativos e conectar a medicação, reduzindo a necessidade de manipular a criança ou acordá-la para tirar a roupa.	Pode não funcionar para puncionar o port-a-cath, mas ajuda nas manipulações diárias, como verificar a agulha, fazer curativos e conectar a medicação, reduzindo a necessidade de manipular a criança ou acordá-la para tirar a roupa.	Funciona tanto para punção do port-a-cath quanto para as manipulações diárias.
Reduz o risco de tirar o PICC do lugar ao tirar e colocar a roupa.	Oferece saída para equipo do soro e da medicação.	Oferece saída para equipo do soro e da medicação.	Possibilita que a criança vista a roupa mesmo quando conectada à medicação.
Oferece melhor vestibilidade.	Evita tirar a roupa da criança.	Evita tirar a roupa da criança.	Oferece saída para equipo do soro e da medicação.
Minimiza da manipulação do corpo da criança	Oferece melhor vestibilidade para crianças com equipo e/ou inchaço na cabeça, cateteres no pescoço e curativos pós-cirúrgicos.		Reduz a necessidade de tirar a roupa da criança para manipular a agulha do port-a-cat.
Proporciona fácil acesso ao PICC.			Oferece melhor vestibilidade para crianças com equipo e/ou inchaço na cabeça, cateteres no pescoço e curativos pós-cirúrgicos.
Oportunidade de melhora			
Inserir zíper ou velcro para substituir botões.	Aumentar as aberturas.	Verificar posição de abertura em teste de usabilidade.	Não foi apontado.
Aumentar a folga da manga devido ao volume do cateter.		Aumentar abertura.	

Fig 11. Resumo dos pareceres coletados acerca das quatro categorias de soluções ergonômicas propostas na coleção Piskatoomba

Fonte: Acervo da autora

A ludicidade pode ser uma grande aliada no que diz respeito à relação da equipe hospitalar com a criança. Roxo exemplifica algumas atitudes que impactam na forma de a criança receber o procedimento para comprovar esse ponto, como “o tom de voz, o jeito que ela [enfermeira] chega, como fala, lembrar que a criança é uma pessoa, [...] ele precisa que você se apresente, que peça licença”³⁰. Essa postura pode ser facilitada pelos recursos lúdicos aplicados na coleção apresentada, tornando-se um canal para acessar a criança³¹: “a gente pode usar a roupa como um assunto para introduzir” a conversa e o diálogo³². Nesse sentido, a contação de histórias e interação lúdica são citadas diversas vezes nas entrevistas em relação à eficácia das peças apresentadas, pois permitem à equipe se aproximar de uma forma menos hostil.

Quando questionados sobre as roupas promoverem a interação com a criança, os informantes confirmam o potencial: “a criança, ela já vem com algo de querer mostrar o que é novo, e com certeza vai chegar pra enfermagem e contar como a roupa funciona, isso aumenta o vínculo”³³, tornando possível também criar histórias³⁴ e estimular fantasias positivas, fazendo das peças de roupa da coleção um recurso de brincadeira³⁵.

Em complemento, a psicóloga Beija-Flor aponta que a roupa apresentada tem um grande potencial de tornar as primeiras interações menos abruptas e ressignificar aquela experiência para que não haja apenas situações difíceis. Na hora do procedimento, se a atenção da criança está muito focada na punção e na enfermeira preparando a agulha, por exemplo, é normal que o medo seja aumentado, e a criança tenha um nível de estresse maior. Quando utilizado como ferramenta de distração, o elemento lúdico das peças “consegue mudar o foco, é o tempo de ela aceitar que vai manipular e leva como brincadeira até a hora de puncionar de fato, diminui o tempo do estresse”³⁶.

Esse cenário está intrinsecamente ligado à postura que a equipe médica terá naqueles momentos, pois é necessário que estejam “integrados com a realidade [da criança], [...] depende muito da forma que o profissional vai usar o produto, ele [o produto] não vai fazer o enfermeiro mudar a atitude, ele precisa saber aproveitar”³⁷. Essa mesma afirmação é válida para todas as perspectivas tratadas neste tópico, sendo relevante considerar que a peça por si só pode não impactar na vivência da criança, uma vez que se demonstrou preciso manter uma atitude lúdica e de acolhimento para que o paciente receba esse estímulo e responda a ele.

Considerações finais

O objetivo desta pesquisa aponta para conexões entre os campos do Design de Moda e da Saúde, argumentando a possibilidade de esta impactar positivamente a experiência de tratamento da criança com câncer por meio do vestuário com recursos ergonômicos e ludicidade. Investigou-se a redução do medo – e, por consequência, do estresse – por meio de recursos distrativos e divertidos no vestuário usado durante os procedimentos. E, por fim, constatou-se que as soluções estratégicas das peças podem minimizar a manipulação dos corpos e diminuir os obstáculos causados pela roupa.

A pesquisa qualitativa produziu resultados relevantes no que diz respeito à rotina da criança com câncer e às suas emoções. Durante as entrevistas acerca da coleção Piskatoomba, identificou-se que os recursos ergonômicos são adequados para ajudar a minimizar os obstáculos enfrentados nos procedimentos hospitalares, porém com algumas ressalvas que poderão produzir futuros ajustes.

É possível afirmar que os resultados confirmam a hipótese da pesquisa, no sentido de o vestuário ser capaz de melhorar a experiência da criança com câncer no hospital, com potencial de impactar no enfrentamento do medo, do estresse e da resistência durante os procedimentos.

Por meio da repetição de uso e de interação com as peças, espera-se aumentar a qualidade da vivência da criança no hospital durante os procedimentos, proporcionando diversão, diminuindo o tempo de estresse e possibilitando que a parte positiva da experiência seja também gravada na memória.

É válido apontar que esta pesquisa não preenche todas as lacunas a serem vistas com maior atenção em futuros estudos. Nesse sentido, espera-se motivar outras pesquisas que possam acolher indivíduos e produzir cuidados ao refletir sobre problemas que se beneficiam falta de transversalidade entre diferentes áreas do conhecimento.

1 Este artigo é parte da dissertação de Mestrado em Design intitulada Design de moda e ludicidade: minimização do medo e estresse de crianças em tratamento de câncer Orientação: Cristiane Mesquita e Geraldo Lima. PPG Design, Universidade Anhembí Morumbi, 2020).

2 Elaborada junto a um grupo de trabalho para a conclusão do curso de graduação em Design de moda, conforme relatado em artigo referenciado como PIMENTEL et. al, 2019

3 Período em que a criança constrói a sua inteligência emocional e está mais suscetível a estímulos positivos e negativos, assunto que será tratado com mais detalhes no decorrer do artigo.

4 Informação oral da psicóloga Peixe em entrevista.

5 Informação oral da enfermeira Esquilo em entrevista.

6 Informação oral da enfermeira Pássaro em entrevista.

7 Informação oral da enfermeira Boi em entrevista.

8 Informação oral da psicóloga Tartaruga em entrevista.

9 Informação oral da psicóloga Raposa em entrevista.

10 Informação oral da enfermeira Tigre em entrevista.

11 Informação oral da enfermeira Esquilo em entrevista.

12 Informação oral da fisioterapeuta Galinha em entrevista.

13 Informação oral da psicóloga Rato em entrevista.

14 Informação oral da psicóloga Peixe em entrevista

15 Informação oral da mãe Vinho em entrevista.

16 Informação oral da psicóloga Peixe em entrevista.

17 Informação oral da odontologista Lobo em entrevista.

18 Informação oral da médica Gato em entrevista.

19 Informação oral da enfermeira Coruja em entrevista.

20 Informação oral da enfermeira Cavalo em entrevista.

21 Informação oral da médica Gato em entrevista.

22 Informação oral da enfermeira Pássaro em entrevista.

23 Informação oral da psicóloga Peixe em entrevista.

24 Informação oral da médica Gato em entrevista.

25 Informação oral da psicóloga Beija-Flor em entrevista.

26 Informação oral da médica Papagaio em entrevista.

27 Informação oral da psicóloga Beija-Flor em entrevista.

28 Informação oral da enfermeira Golfinho em entrevista.

29 Informação oral da enfermeira Golfinho em entrevista.

30 Informação oral da mãe Roxo em entrevista

31 Informação oral da enfermeira Pássaro em entrevista.

32 Informação oral da enfermeira Coruja em entrevista.

33 Informação oral da enfermeira Pássaro em entrevista.

34 Informação oral da enfermeira Tigre em entrevista.

35 Informação oral da enfermeira Coruja em entrevista.

36 Informação oral da enfermeira Esquilo em entrevista.

37 Informação oral da enfermeira Esquilo em entrevista.

Referências

- ANTONIO, Vanderson E.; ASSIS, Marjorie B. de; BATISTA, Rodrigo S.; COLOMBO, Marília M.; FERNANDES, Juliana J.; MARTINS, Glaciele M.; MONTEVERDE, Diana T. **Neurobiologia das emoções**. Rev. Psiq. Clín., São Paulo, v. 35, n. 2, p. 55-65, 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832008000200003&script=sci_arttext
- BARROS, Danielle Marotti de Souza; LUSTOSA, Maria Alice. **A ludoterapia na doença crônica infantil**. Rev. SBPH, v. 12, n. 2, p. 114-136, 2009. Disponível em <https://bit.ly/2Z3R5Du>
- COMITÊ CIENTÍFICO DO NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA. **O impacto do desenvolvimento na primeira infância sobre a aprendizagem**: Estudo I. 2014. Disponível em <https://bit.ly/31WUp50>
- LIMA JÚNIOR, Geraldo Coelho. **Percursos e processo em Design**: reflexões e narrativas. In: PRADO, Gilbertto; NESTERIUK, Sérgio (Eds.). 15 anos de PPG Design UAM, DAT journal, São Paulo, v. 5, n. 4, 2020. Disponível em <https://datjournal.anhembri.br/dat/article/download/279/201/>
- MILNER, Brenda; SQUIRE, Larry R.; KANDEL, Eric R. **Cognitive neuroscience and the study of memory**. Neuron, v. 20, p. 445-468, Mar. 1998. Disponível em [https://www.cell.com/neuron/pdf/S0896-6273\(00\)80987-3.pdf](https://www.cell.com/neuron/pdf/S0896-6273(00)80987-3.pdf)
- OLIVEIRA, Nátaí Castro Antunes Caprini. **A técnica da distração no alívio da dor em crianças hospitalizadas: um ensaio clínico randomizado**. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em <https://bit.ly/2Z4HZGy>
- PEREIRA, Livia Marsari; ANDRADE, Raquel Rabelo. **Vestuário infantil com conceitos de aprendizagem: o design como condutor projetual**. Projética, Londrina, v. 4, n. 1, p. 101-120, jan./jun. 2013. Disponível em <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/projetica/article/view/14647/1342>
- PIMENTEL, M. C. S.; LEITE, T. ; COSTA, J. M.; LIMA, G. C. **O impacto do vestuário na qualidade de vida de crianças com câncer**. In: 15º Colóquio de Moda, Porto Alegre, 2019.
- SOUZA, Amaralina Miranda de. **A formação do pedagogo para o trabalho no contexto hospitalar: a experiência da Faculdade de Educação da UnB**. Linhas Críticas, Brasília, v. 17, n. 33, p. 251-272, maio/ago. 2011. Disponível em <https://periodicos.unb.br/index.php/linhascriticas/article/view/3725>
- SOUZA, Luiz P. S. e; SILVA, Rayane K. P.; AMARAL, Renata G.; SOUZA, Ana A. M. de; MOTA, Écila C.; SILVA, Carla S. de Oliveira e. **Câncer infantil: sentimentos manifestados por crianças em quimioterapia durante sessões de brinquedo terapêutico**. Rev. Rene, Fortaleza, v. 13, n. 3, p. 686-692, 2012. Disponível em <https://bit.ly/2AEIIVG>

Recebido: 15 de fevereiro de 2021.

Aprovado: 05 de março de 2021.