

# A criança autista em sessão de brinquedo terapêutico dramático: uma análise winnicottiana

Autist child in session of dramatic therapeutic play: Winnicott's analysis

Niño autista en sesión del juguete terapéutico dramática: análisis winnicottiana

Tatiany Calegari<sup>1</sup>, Beatriz Picolo Gimenes<sup>1</sup>, Juliana Homem da Luz<sup>2</sup>, Yvone Aparecida Estevam de Souza Campos<sup>1</sup>, Regina Issuzu Hirooka de Borba<sup>1</sup>, Circéa Amalia Ribeiro<sup>1</sup>

## Resumo

O presente estudo relata a experiência vivida na disciplina “O brinquedo na assistência à criança e à família: o estado da arte, da prática e da pesquisa em enfermagem”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. Tem como objetivo descrever a sessão de Brinquedo Terapêutico Dramático com uma criança autista hospitalizada e analisar as manifestações da criança com base nos pressupostos teóricos de Winnicott. A relevância do Brinquedo Terapêutico era conhecida, entretanto brincar com criança autista foi um desafio. Concluiu-se que houve a realização efetiva da sessão de Brinquedo Terapêutico Dramático, o que a criança autista nos confirmou pelo fechamento coroado com trocas de acenos e gestos de beijos.

## Descritores

Jogos e brinquedos; Enfermagem pediátrica; Transtorno autístico

## Abstract

This study reports the experiences of “Play in aiding the child and family: the status of art, practice and research in nursing”, part of the Post-Graduation Program in Nursing of the Universidade Federal de São Paulo [Federal University of São Paulo]. The study was aimed at describing the Dramatic Therapeutic Play session held with a hospitalized autistic child, and analyze the child's manifestations based on Winnicott's theoretical assumptions. We knew the relevance of Therapeutic Play; however, playing with an autistic child was a challenge. It was concluded the Dramatic Therapeutic Play session was effectively performed. The autistic child confirmed this by waving and sending us kisses at the end of the session.

## Keywords

Play and playthings; Pediatric nursing; Autistic disorder

## Resumen

Este estudio relata la experiencia vivida en la disciplina “El juego en la asistencia al niño y a la familia: el estado del arte, de la práctica y de la investigación en enfermería”, del Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de São Paulo. El objetivo es describir la sesión de Juguete Terapéutico Dramático con un niño autista hospitalizado, y analizar las manifestaciones del niño a partir de los presupuestos teóricos de Winnicott. Conocíamos la relevancia del Juguete Terapéutico; todavía, jugar con un niño autista fue un desafío. Concluimos que la sesión de Juguete Terapéutico Dramático fue efectivamente realizada, y el paciente autista se nos lo confirmó al enviarnos saludos con las manos e gestos de besos.

## Descriptores

Juego e implementos de juego; Enfermería pediátrica; Trastorno autístico

## Como citar:

Calegari T, Gimenes BP, Luz JH, Campos YA, Borba RI, Ribeiro CA. Autist child in session of dramatic therapeutic play: Winnicott's analysis. Rev Soc Bras Enf Ped. 2018;18(1):43-8. Portuguese

<sup>1</sup> Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Submissão: 17 de Fevereiro de 2017 | Aceite: 31 de Outubro de 2018

Autor correspondente: Tatiany Calegari | Rua Napoleão de Barros, 754, 04024-002, Vila Clementino, São Paulo, SP, Brasil. calegari.tatiany@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.31508/1676-3793201800007>

## Introdução

A hospitalização de uma criança altera sua rotina e a expõe a situações dolorosas e desconhecidas que podem repercutir em seu desenvolvimento.<sup>(1)</sup> Para tornar essa vivência menos traumática, além de prestação de cuidados físicos, os profissionais da saúde devem considerar as necessidades emocionais e sociais, usando técnicas adequadas de comunicação e relacionamento, entre as quais se destaca o brinquedo.<sup>(2)</sup>

No contexto da assistência à saúde, o brincar como uma modalidade terapêutica inclui a reprodução dos cuidados recebidos, o que reduz o sofrimento emocional da criança e a auxilia no enfrentamento das experiências clínicas. Para que o brincar efetive-se nesse ambiente, são realizadas adaptações que atendam às necessidades do nível de desenvolvimento individual, o interesse de cada criança, suas condições de saúde, vulnerabilidades psicossociais e habilidades físicas, além de adaptar o cenário em que a brincadeira acontece, como à beira do leito, no ambulatório ou brinquedoteca.<sup>(3)</sup>

Ressalta-se que o brincar cumpre diversas funções na assistência à criança hospitalizada, como a recreacional, de lhe suprir segurança quando sob estresse, de proporcionar relaxamento e envolvimento dos familiares na brincadeira.<sup>(4)</sup>

Outra utilidade do brincar é na função terapêutica por meio do Brinquedo Terapêutico (BT), conceituado na literatura científica, desde a década de 1980, como um brinquedo estruturado para a criança aliviar a ansiedade gerada por experiências atípicas de sua idade, que costumam ser ameaçadoras e requerem mais do que recreação para resolver a ansiedade associada, devendo ser usado sempre que ela tiver dificuldade em compreender e lidar com a experiência.<sup>(5)</sup> Seu objetivo é dar à enfermeira uma melhor compreensão das necessidades da criança, auxiliar no preparo para procedimentos terapêuticos e na descarga tensional após os mesmos.<sup>(2)</sup>

O BT e a comunicação adequada são métodos que promovem o desenvolvimento ideal, a educação das condições de saúde, o planejamento e a experimentação de estratégias de enfrentamento e manejo da dor, auxiliam a criança a elaborar sentimentos passados ou iminentes, estabelecem relações terapêuticas com o paciente e família, que apoiam e participam no cuidado da criança.<sup>(3)</sup>

Em razão das várias possibilidades do uso do BT, este vem sendo classificado em: dramático ou catártico, que permite a descarga emocional da criança enquanto lhe for possível dramatizar as novas experiências vividas, obtendo segurança emocional; instrucional, que objetiva preparar a criança para o procedimento a que será submetida e capacitador de funções fisiológicas, que visa potencializar o uso das funções fisiológicas, de acordo com a condição da criança.<sup>(4)</sup>

Ao utilizar o BT, o profissional da saúde obtém uma compreensão mais esclarecida das necessidades que a criança apresenta na hospitalização e, por conseguinte, o relacionamento profissional-criança melhora pela confiança e afetividade aumentada, além da comunicação profissional-criança-família tornar-se facilitada.<sup>(6)</sup>

No Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, a disciplina “O brinquedo na assistência à criança e à família: o estado da arte, da prática e da pesquisa em enfermagem” oportunizou às pós-graduandas que cursavam a disciplina a experiência prática de utilização do BT na unidade de cirurgia pediátrica de um hospital de ensino da cidade de São Paulo. Após a atividade, as alunas deveriam realizar a descrição dessa vivência e a interpretação da brincadeira com base em uma teoria relativa ao brincar.

Assim, o objetivo deste relato de experiência é descrever a sessão de BT Dramático realizado com uma criança autista hospitalizada e analisar as manifestações da criança pautadas nos pressupostos teóricos de Winnicott.

## O transtorno do espectro autista: alguns esclarecimentos

Considerando que nosso caso da sessão de BT tratou-se de uma criança diagnosticada como autista, emitimos algumas elucidações quanto a esse transtorno.

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é considerado o termo mais atual para o Autismo, conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais<sup>(7)</sup> mas, ainda para muitos, é classificado dentro do conjunto de Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD). Envolve um comprometimento significativo em diversas áreas do desenvolvimento, tais como interação social, comunicação e comportamento.<sup>(8)</sup>

Geralmente, o TEA manifesta-se antes dos três anos de idade e ocorre mais em crianças do gênero masculino. As crianças apresentam um prejuízo na linguagem verbal e não verbal; não conseguem expressar suas necessidades nem prestar atenção aos estímulos sociais, como: contato visual direto e alterações da expressão facial, da postura corporal e de gestos que regulem a interação, ou seja, há falta de tentativa espontânea de compartilhar prazer, interesses ou realizações; possuem ausência de expressões faciais e podem apresentar ecolalia (repetição de falas), comportamentos ritualísticos e repetitivos.<sup>(8)</sup>

Elas ficam como se estivessem fora do mundo, não se comunicam nem respondem aos estímulos externos; apresentam uma distração extrema; afastam-se da realidade externa e passam a manter contato consigo mesmo, isolando-se em seu mundo interno, o que explica a não sociabilização; também se mostram resistentes a mudanças e aprendizados, agem como se estivessem surdas, não demonstram afeto e evitam o olhar no outro; seu comportamento é retraído e indiferente diante de estímulos ambientais.<sup>(8)</sup> Entretanto, essas crianças manifestam-se com diferentes níveis de responsividade.

Atualmente, ainda não se tem uma definição específica sobre a etiologia do TEA, mas pode estar associado tanto a fatores biológicos, genéticos, lesões neurológicas, deficiências sensoriais como às questões orgânicas e psíquicas. O aumento nos diagnósticos do TEA apresentou oportunidades de apoio para essa população nos ambientes hospitalares que possuem programas institucionais de cuidado centrado no paciente e família, visando a seu bem-estar e desenvolvimento adequado, com promoção das habilidades de enfrentamento para minimizar as experiências potencialmente estressantes e os efeitos adversos da hospitalização.<sup>(3)</sup>

O enfermeiro exerce um papel socializador bastante significativo diante da criança autista hospitalizada e sua família. Aceita e compreende a criança com essa síndrome, sabendo orientar e estabelecer limites para o comportamento fora do comum da criança, assumindo o papel de educador, servindo de apoio à família diante dessa situação inusitada que consiste na hospitalização. Contudo, são necessários estudos mais aprofundados a respeito do tema e maior parceria de trabalho com as outras equipes de profissionais da saúde.<sup>(9)</sup>

## A sessão de brinquedo terapêutico dramático de *Copy*

Aleatoriamente, selecionamos *Copy*\*, um menino de oito anos de idade, com história pregressa de megacólon congênito corrigido aos sete meses de vida e uso de colostomia até os quatro anos de idade; relato de déficit cognitivo e diagnóstico de autista responsivo, diagnóstico este que inicialmente desconhecíamos.

Foi admitido na enfermaria de cirurgia pediátrica no dia anterior ao da sessão, com suspeita de suboclusão intestinal por bridas. Estava em jejum oral, recebendo soro de manutenção por cateter intravenoso periférico na mão esquerda e com sonda nasogástrica na narina esquerda.

O material levado à criança constou de uma família de bonecos brancos representando avós, pais, menino, menina e bebê; boneco de garoto negro com gorro; carros; fogão; xícaras; pires; colher; revólver; livro; lápis de cor; folhas coloridas; avental; estetoscópio, seringa; agulha; luvas e sonda gástrica, conforme é recomendado na literatura,<sup>(2)</sup> que se encontravam dispostos em uma sacola.

As pós-graduandas e a docente posicionaram-se aos pés da cama e a sessão de BT Dramático iniciou-se depois do consentimento verbal materno. Perguntamos a *Copy* se ele queria brincar e não houve recusa, respondendo “brincar”. Ele estava deitado e sentou, ajudado pela mãe. As sacolas de brinquedos foram colocadas sobre a cama e aguardamos por dois minutos alguma reação da criança. Como não houvesse resposta, fizemos um reforço de estímulo, expondo a seus pés cada brinquedo.

*Copy* ficou imóvel e, por 13 minutos, percorreu o olhar para nós, à professora e aos brinquedos, finalizando sua atenção apenas na televisão. Mas, tocava constantemente com a mão direita a sonda nasal. Estimulamos sua interação com diversas frases, perguntamos à mãe do que ele mais gostava de brincar e ela respondeu que era de carrinho. Um dos carrinhos foi colocado bem próximo à sua mão esquerda, mas ele não reagiu.

Como *Copy* usava gorro, mostramos um boneco com gorro e ele o pegou, puxou o gorro e depois o colocou de volta no boneco, ajudado por uma das alunas. Após, continuou nos observando, tocando a son-

\*Nome fictício.

da e apresentou face de dor e gemido, apontando a barriga. A mãe o deitou imediatamente e massageou sua barriga, enquanto ele ora nos observava, ora olhava a televisão e na direção da porta.

Uma das alunas convidou-o a desenhar, mostrando-lhe os lápis de cor. *Copy* encostou a mão direita nos lápis, mas não desenhou. Então, a mãe falou que ele gostava de brincar com letras do alfabeto e com os números e que, ao olhar as palavras, escrevia tudo. Aos 15 minutos de sessão, apontamos os óculos da criança na cama e a mãe colocou-o em *Copy*. Uma aluna fez mímica com os óculos dela, no que ele tentou imitar e verbalizou “óculos”.

Continuamos convidando-o a brincar, questionando-o, e a mãe constrangida, disse-nos que ele não era muito de conversar, então, ele segurou na mão da aluna próxima a ele, com a mão direita, a qual não tinha dispositivos. Ainda deitado, perguntamos se queria os brinquedos perto para brincar e na lateral esquerda da cama colocamos o carrinho, a família de bonecos e papel colorido, porém, estes materiais não o estimularam.

Aos 30 minutos de sessão, uma aluna lembrando-se da fala materna propôs o “jogo do rabisco”. Pegou uma folha de papel e escolheu uma cor para fazer um risco; na sequência, estimulou *Copy* a escolher uma cor para fazer o seu. Ele escolheu as cores rosa, amarelo, laranja e, ajudado pela aluna, fez os riscos. Ambos prosseguiram nessa atividade alternadamente, resultando no desenho de um foguete.

Ao término do jogo, *Copy* continuava deitado, repetia algumas palavras que falávamos, emitindo alguns sons, mas não expressava nenhuma frase. Avísamos que a brincadeira estava terminando e perguntamos se queria fazer algo mais. Ele pegou um lápis azul, olhou para a aluna que iniciara o “jogo do rabisco” e com esta segurando sua mão, fizeram um círculo, transformando-o em um rosto com óculos.

Nesse momento, utilizando o livro “Hospital não é Mole”<sup>(10)</sup> que servia de base ao papel do desenho, fizemos uma “contação” de história. *Copy* ficou bastante atento às figuras e alterou sua expressão facial, mantendo o rosto sério com sobrancelhas franzidas, tentando focar as cenas e ajudando a virar as páginas. Como o livro era só de figuras, contamos a história de uma criança com dor na barriga que precisou ir para o hospital receber medicamento, fato que ele repetiu imediatamente “dor na barriga”. Toda palavra que,

aparentemente, se lhe configurava como significativa, era repetida por ele.

Terminada a história, *Copy* foi convidado para ajudar a guardar os brinquedos, mas não reagiu. Ao perceber que partíamos, então, segurou na mão da aluna que estava a seu lado esquerdo contando a história, com expressão facial e som de lamento. Guardamos os brinquedos e nos despedimos longamente.

Ele cumprimentou com a mão em ritual criativo e típico entre meninos: apertou, girou, fechou, bateu na mão da outra pessoa e fez “joia” com o polegar. Após, despediu-se acenando, aos beijos e emitindo sons, o que nos fez concluir que a criança apresentou intensa comunicação e interação durante a brincadeira, demonstrada nessa fase final. Saímos do quarto depois de 45 minutos de sessão.

## Compreendendo a sessão de BT de *Copy* na perspectiva winnicottiana

A teoria winnicottiana constitui-se da importância da relação mãe-filho na formação do Eu (identidade). Ressalta as atividades lúdicas para com a criança e sua repercussão para a vida. Foi desenvolvida por Donald Woods Winnicott com base em sua experiência profissional, em época de guerra que, ao atender crianças separadas de suas mães, avaliou o papel materno na formação do sujeito.<sup>(11)</sup>

Winnicott considerou como hipótese original de sua pesquisa: que a “primeira posseção do ‘Não-Eu’” (realidade) para o bebê são os punhos, dedos e polegares, como zona erógena oral de satisfação e depois, os “primeiros brinquedos do bebê”. Mas, além de excitação e satisfação orais, eles são as bases de estudo para compreendermos: a natureza do objeto; a capacidade de reconhecer o objeto como “não-eu”; a localização do objeto, como: fora, dentro e na fronteira de sua subjetividade em construção; a capacidade de criar, imaginar, inventar, originar e produzir um objeto; e, iniciar um tipo afetivo de relação de objeto.<sup>(12)</sup> Contudo, como serão analisados esses conceitos, no caso de o bebê caracterizar-se como autista?

Mesmo aceitando certos casos de autismo com a presença de efetivos comprometimentos cerebrais, Win-

nicott reconhecia, em outros, a inexistência de danos neurofisiológicos. Para ele, os distúrbios mentais são “conciliações entre a imaturidade do indivíduo e as reações sociais reais, tanto apoiadoras como retaliadoras”.<sup>(13)</sup>

Ele considera “Objetos Transicionais”, todos os objetos que não fazem parte do corpo do bebê, não reconhecidos ainda como pertencentes à realidade externa, então, eles devem existir em algum lugar ilusório. “Fenômenos Transicionais” são situações de transição em que ocorrem interações com esses objetos transicionais em área intermediária de experiência entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação, entre atividade criativa primária e a projeção do já introjetado, entre o desconhecimento primário de dívida e o reconhecimento desta. Essa fase surge entre os quatro a seis meses ou entre oito a 12 meses, e a primeira possessão ocorre na área intermediária entre o subjetivo e aquilo que é objetivamente percebido.<sup>(12)</sup>

Seguindo seu raciocínio, é provável que nessa fase de bebê, *Copy* tenha apresentado bloqueios relacionais, exigindo do adulto responsável por ele maior atenção e intensidade de interação, mas, que não foram suficientes para ele. Porque o conceito “ilusão” é o estado intermediário entre a inabilidade do bebê e sua crescente habilidade em reconhecer e aceitar a realidade, correspondendo à sua capacidade de criar.<sup>(12)</sup> Se existisse a onipotência pelo bebê nessa relação, ela o promoveria quando mais velho ao agrupamento natural entre os seres humanos.

Esse processo do estado ilusório e o brincar relativo ao objeto transicional é saudável “quando o bebê passa do ‘controle onipotente’ (mágico) sobre esse objeto, para o ‘controle da manipulação’ do mesmo, envolvendo o erotismo muscular e o ‘prazer da coordenação’”.<sup>(13)</sup> Para que ocorram os fenômenos transicionais relacionados com a experiência da ilusão, deve haver a responsabilidade de uma “mãe suficientemente boa”,<sup>(12)</sup> ou seja, quando ela dá a ilusão *versus* a capacidade de a criança absorver. Entretanto, conforme Winnicott, quando ela apresenta falhas, surgem limites e frustrações na criança, que promovem desilusões, levando-a a perceber o mundo objetivamente, fora de sua subjetividade.

Na teoria winnicottiana das psicoses, o ambiente pode não suprir o fornecimento da provisão básica ao bebê, o que faz surgir uma agonia imensa, uma angús-

tia imaginável contra a qual o bebê organiza-se para se defender. No autismo, a defesa é estar invulnerável ao meio externo, protegendo-se de reviver a agonia.<sup>(14)</sup> Dessa forma, conforme a teoria winnicottiana, podemos supor que não houve *holding* suficiente para *Copy*, que é a sustentação física que o ser humano recebe da mãe desde o nascimento, enquanto o bebê envolve-se na relação entre “aquilo que é objetivamente percebido e aquilo que é subjetivamente concebido”.<sup>(12)</sup> Portanto, não existe saúde para aquele que não tenha sido iniciado suficientemente bem pela mãe.

Mãe suficientemente boa inclui toda a técnica da “maternagem”. A preocupação materna primária na relação mãe-bebê é considerada como a capacidade de a mãe cuidar do bebê em grau suficiente para evitar a presença de agonia. Com essa hipótese, a mãe ou seu substituto permitir-se-ia uma adaptação adequada às necessidades do bebê, pois ela se colocaria no papel dele, protegendo-o contra invasões e imprevistos.<sup>(14)</sup>

Conforme a proposição winnicottiana, podemos supor que *Copy* não tenha experienciado o “espaço potencial” ideal com sua mãe, que é o interespaço criado pela relação de cuidado da mãe com o bebê, onde o brincar acontece, como se fosse um *playground* entre ambos; trata-se de uma área intermediária, que é concedida ao bebê, que tem seu mundo interno relacionado à parceria psicossomática, entre criatividade primária e a percepção objetiva baseada no teste da realidade, que é concreta e externa, fora do controle mágico. Para o bebê, o natural é brincar e controlar o que está fora, há de fazer coisas, não simplesmente pensar ou desejar. Fazer toma tempo. Brincar é fazer!<sup>(12)</sup> Aqui, enquadra-se bem o brincar e o BT, pois o brincar tem um lugar e um tempo.

Ordinariamente, os pais bons precisam de ajuda.<sup>(14)</sup> Na teoria winnicottiana, os pais necessitam de orientações no “caso de doenças físicas e/ou psicológicas”. E ainda, “a mãe imatura ou não saudável precisa de ajuda especial do profissional responsável pelo seu caso: onde a mulher normal precisa de instrução, a doente precisa de reassseguramento”.<sup>(15)</sup>

É do brincar rudimentar, como zona neutra, nesse estado não integrado da personalidade que o aspecto criativo pode emergir. Refletido de volta, só nesse caso, torna-se parte da personalidade individual organizada e, no conjunto, acaba fazendo o indivíduo ser encontrado e permite que postule a existência do eu



(self).<sup>(12)</sup> Mas, no caso de *Copy*, em que há dificuldade de emissão da criatividade, percebemos que houve prejuízo no desenvolvimento de sua subjetividade.

Embora o brincar represente uma experiência criativa e real à criança, pode ser assustador, aspecto que a organização da brincadeira tenta prevenir. Mesmo quando leva a um alto grau de ansiedade, o brincar traz satisfação e só não acontece quando essa ansiedade é insuportável.<sup>(12)</sup>

Assim, a intervenção com a criança, por meio do “Jogo do Rabisco”, proposta por Winnicott, foi uma forma de comunicação, ou seja, “um meio de entrar em contato com o si mesmo da pessoa que joga”.<sup>(16)</sup> Nas palavras do autor: “é simplesmente um método para estabelecer contato com um paciente infantil”.<sup>(17)</sup>

## Considerações finais

O diagnóstico para inferir a presença de TEA é complexo, pois não se consegue comprová-lo por meio de exames laboratoriais. É preciso uma equipe interdisciplinar com olhar clínico, para que possamos observar o comportamento da criança e intervir de forma que estimule seu desenvolvimento e a construção da subjetividade. Os tratamentos de intervenção para minimizar as dificuldades que as crianças com TEA apresentam são vários e, entre eles, encontram-se as atividades lúdicas. Sabemos que o lúdico permite a espontaneidade, a liberdade expressiva, liberando tensões e emoções e promovendo a catarse. Dessa forma, se algum profissional quiser avaliar uma criança por meio do brincar, deverá observar alguns critérios sobre seu comportamento psicológico, identificando se está coerente à maturidade cognitivo-afetivo-emocional do paciente e à proposta lúdica. Outro fator é que tenha afinidade com crianças e experiência com o brincar, para que haja empatia na interação, autêntica segurança na relação e a construção de vínculos pelas partes. Para compreender o TEA, é necessário abster-se de conceitos previamente formulados e lançar-se em um mundo ainda pouco conhecido e mis-

terioso, atuando de forma ética e comprometida para melhorar a qualidade de vida desse paciente e seus familiares. No caso, foi possível promover um *holding* à criança, de modo que a criatividade incipiente emergiu, e *Copy* pôde perceber o brincar objetivamente e conceber a transferência positiva da interação lúdica subjetivamente. Assim, compreendemos que houve a realização efetiva e com sucesso da sessão de BT Dramático, o que *Copy* nos confirmou pelo fechamento coroadado entre trocas de acenos e gestos de beijos.

## Referências

1. Paladino CM, Carvalho R, Almeida FA. Brinquedo terapêutico no preparo para a cirurgia: comportamentos de pré-escolares no período transoperatório. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(3):423-9. doi: 10.1590/S0080-62342014000300006
2. Ribeiro CA, Borba RIH, Melo LL, Santos VLA. Utilizando o brinquedo terapêutico no cuidado à criança. In: Carvalho SD. O enfermeiro e o cuidar multidisciplinar na saúde da criança e do adolescente. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 127-34.
3. American Academy of Pediatrics. Committee on Hospital Care and Child Life Council. *Child Life Services*. *Pediatrics*. 2014;133(5):e1471-8. doi: 10.1542/peds.2014-0556.
4. Ribeiro CA, Borba RIH, Maia EBS, Carneiro F. O brinquedo terapêutico na assistência à criança: o significado para os pais. *Rev Soc Bras Enferm Ped*. 2006;6(2):75-83.
5. Steele S. Concept of communication. In: Steele S. *Child health and the family*. New York: Masson; 1981. p.710-38.
6. Maia EBS, Ribeiro CA, Borba RIH. Compreendendo a sensibilização do enfermeiro para o uso do brinquedo terapêutico na prática assistencial à criança. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(4):839-46.
7. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
8. Assumpção Júnior FB, Kuczynski E. Diagnóstico diferencial psiquiátrico no autismo infantil. In: Schwartzman JS, Araújo CA, organizadores. *Transtornos do espectro do autismo*. São Paulo: Memnon; 2011. p. 43-54.
9. Carniel EL, Saldanha LB, Fensterseifer LM. A atuação do enfermeiro frente à criança autista. *Pediatria (São Paulo)*. 2010;32(4):255-60.
10. Linares I, Linares A. *Hospital não é mole!* São Paulo: Moderna; 2008.
11. Outeiral José. D.W. Winnicott: o homem e a obra. *Revista Viver Mente & Cérebro Memória da Psicanálise*, 5. São Paulo: Duetto Editorial; 2009. p. 6-15.
12. Winnicott DW. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago; 1975.
13. Winnicott DW. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983.
14. Araújo CAS. Winnicott e a etiologia do autismo: considerações acerca da condição emocional da mãe. *Estilos da Clínica [Internet]*. 2003 [citado 2014 Jun 5];8(14):146-63. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v8n14/v8n14a11.pdf>
15. Winnicott DW. *A família e o desenvolvimento do indivíduo*. Belo Horizonte: Interlivros; 1980.
16. Winnicott DW. *O jogo do rabisco*. In: Winnicott C, Shepherd R, Davis M, organizadores. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
17. Mazzolini BPM. *Rabiscando para ser: do si mesmo para o papel*. *Imagário [Internet]*. 2007 [citado 2014 Abr 5];13(14):493-509. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ima/article/view/42459/46128>