



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

ADNAN DE CARVALHO

**A CRIANÇA, O BRINCAR E A APRENDIZAGEM NO  
CONTEXTO HOSPITALAR**

---

Londrina  
2009

ADNAN DE CARVALHO

**A CRIANÇA, O BRINCAR E A APRENDIZAGEM NO  
CONTEXTO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação, do Mestrado em Educação, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Cleide Vitor Mussini Batista.

Londrina  
2009

**Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da  
Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**

C331c Carvalho, Adnan de.  
A criança, o brincar e a aprendizagem no contexto hospitalar / Adnan de Carvalho. – Londrina, 2009.  
136 f. : il.

Orientador: Cleide Vitor Mussini Batista.  
Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Educação, Comunicação e Artes, Programa de Pós-Graduação em Educação, 2009.  
Inclui bibliografia.

1. Educação – Aprendizagem – Teses. 2. Brinquedoteca – Teses .  
3. Psicologia hospitalar – Teses. I. Batista, Cleide Vitor Mussini.  
II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Educação, Comunicação e Artes. Programa de Pós-Graduação em Educação.  
III. Título.

CDU 37.015.3:61

ADNAN DE CARVALHO

**A CRIANÇA, O BRINCAR E A APRENDIZAGEM NO CONTEXTO  
HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação, do Mestrado em Educação, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito para obtenção do título de Mestre.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Cleide Vitor Mussini Batista  
UEL – Londrina - PR

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Edda Bomtempo  
Universidade Estadual de São Paulo

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Rita Zoega  
UEL – Londrina - PR

Londrina, 26 de março de 2009.

“Se não houver frutos, valeu a beleza das flores;  
Se não houver flores, valeu a sombra das folhas;  
Se não houver folhas, valeu a intenção da semente”.

**( Henfil )**

## AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me guiado sempre para o caminho da Luz.

Agradeço a todos as pessoas, que direta ou indiretamente, acreditaram em mim e contribuíram para a realização deste trabalho, me ajudando a concluir mais esta etapa valiosa da minha vida.

À minha mãe , uma grande guerreira e mulher que me ensinou que só através dos estudos eu poderia ser alguém; ao meu pai pelo apoio e pelas muitas vezes que me acompanhou, me levando de um lado para o outro em minha trajetória.

Aos meus irmãos Anaide, Anny e Anderley, pelo carinho, atenção e incentivo.

Às minhas sobrinhas Helyzama, Helyenay, Helana e Laura, que sempre me deram muito amor, carinho, palpites, idéias e me incentivaram a continuar lutando pelos meus sonhos e me tornar um bom exemplo para elas.

À Professora Dra. Cleide Vitor Mussini Batista, minha orientadora, não só pela constante orientação nesse trabalho, mas sobretudo pela sua competência, compreensão e sensibilidade que sempre demonstrou para comigo. A minha sincera gratidão, por ter me aceito como orientanda e por ter acreditado na minha capacidade para realizar este trabalho. Obrigada por cada palavra, idéia, gesto e carinho.

Aos componentes e suplentes da minha banca de defesa.

A ONG VIVER, por me possibilitar fazer a pesquisa.

A todas as crianças e familiares que me receberam e me permitiram saber um pouco mais de suas vidas.

Aos meus queridos amigos e amigas que sempre me apoiaram, me incentivando a continuar buscando, por meus sonhos e atingindo minhas metas.

CARVALHO, Adnan. **A criança, o brincar e a aprendizagem no contexto hospitalar**. 2009. 131f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2009.

## RESUMO

A doença e a hospitalização constituem uma ameaça ao processo contínuo de organização dinâmica do organismo, exigindo um esforço cognitivo e emocional para a integração das novas experiências, visto que debilita as capacidades físicas, psicomotoras, cognitivas e sociais da criança/adolescente. O adoecer produz um rompimento, mesmo que temporário, dos vínculos afetivos devido ao afastamento da família, da escola, dos amigos e conseqüentemente das atividades lúdicas habituais. São diversas as repercussões psicossociais advindas da internação na medida em que esta mobiliza o medo em relação aos procedimentos médicos, acarreta transformações corporais, alterações nas rotinas e novas exigências em termos de relacionamentos no ambiente hospitalar, dificultando a adaptação ao mesmo. O objetivo que direcionou a busca investigativa de abordagem qualitativa, descritiva consiste em refletir sobre a atuação do pedagogo em instituições não-escolares como a hospitalar, e os novos caminhos para a educação a partir do acompanhamento pedagógico em âmbito hospitalar. Desse objetivo geral, ramificam-se outros que possibilitaram melhor compreensão das realidades em estudo: a) dar voz às crianças/adolescentes enfermos e seus familiares analisar as experiências e vivências destes durante a hospitalização; b) conhecer as percepções das crianças/adolescentes e dos familiares sobre o brincar e a aprendizagem dentro deste contexto. As entrevistas foram realizadas permitindo aos sujeitos da pesquisa a oportunidade de se pronunciar sobre o brincar e a aprendizagem no contexto hospitalar. Verificamos através de suas falas que o brincar é fundamental, pois as crianças/adolescentes relatam que gostam muito de brincar e, segundo seus familiares, o brincar é importante para o desenvolvimento da criança/adolescente. Verificamos, ainda, que as crianças/adolescentes quando estão hospitalizadas sentem falta do brincar e do convívio escolar. Assim, o brincar e a classe hospitalar permitem a criança/adolescente aprender a interagir, ser e reagir frente às diversidades de uma hospitalização e tratamento. Constatamos, então, que brincar torna a hospitalização mais suportável e menos traumática para a criança/adolescente, produz relaxamento, proporciona um meio para aliviar tensão e expressar sentimentos, diminui o estresse da separação e os sentimentos de estar longe de casa, ajudando a criança/adolescente a sentir-se mais seguros em um ambiente estranho, diminuindo ainda, o tempo de hospitalização e conseqüentemente reduz o índice de infecção hospitalar. Constatamos, ainda, que a classe hospitalar é um espaço educacional que possibilita a aprendizagem e o desenvolvimento da criança/adolescente, fazendo uma mediação entre o hospital, a escola e o paciente, diminuindo problemas de aprendizagem que por ventura estes possam apresentar. E, por fim, constatamos que a mediação do pedagogo pode possibilitar a adaptação, a motivação, e a ocupação sadia do tempo da criança/adolescente através das classes hospitalares e de atividades lúdicas diversas, além de garantir o direito à educação e ao brincar.

**Palavras-chave:** Brincar. Aprendizagem. Crianças. Contexto hospitalar.

CARVALHO, Adnan. **The child, playing and learning in the hospital context.** 2009. 131f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2009.

### **ABSTRACT**

The illness and hospitalization are a threat to the continuous process of dynamic organization of the body, requiring a cognitive and emotional effort for the integration of new experiences, because it weakens the physical, psychomotor, cognitive and social consequences of the child / adolescent. The falling ill take a break, even temporarily, because of emotional ties to the expulsion of the family, school, friends and, consequently, the usual recreational activities. There are several psychosocial repercussions stemming from the hospital in that it mobilizes the fear in relation to medical procedures, causes bodily changes, changes in routines and new requirements in terms of relationships in the hospital, making it difficult to adapt to it. The goal that directed the search investigative approach to qualitative descriptive is to reflect on the role of a teacher in non-school institutions such as hospitals, and the new paths for education from the educational follow up at the hospital. This general objective, enable better understanding of the realities under study: a) to give voice to children/adolescents patients and their families and analyze the experiences of them during hospitalization; b) To Know the perceptions of children/adolescents and of their families members about playing and learning within this context. The interviews were conducted given people the opportunity to comment about the subject: the play and learning in hospitals. Found through their speeches playing is crucial, because the children and adolescents report that how much like playing and, according to his family is also important for their development. We verify also that children and adolescents feel when they are hospitalized and they miss living and playing with their colleagues from school. Thus the play and the hospital classes, allow the children and adolescents to learn how to interact, to be and respond diversity front of the hospitalization and the treatment. We check that playing makes the hospitalization more bearable and less traumatic for the child/ adolescent, makes them relaxing, provides a means to relieve tension and express feelings, reduce the stress of separation and the feelings of being away from home, helping the children and adolescents to feel more secure in a strange environment, reducing also the time of hospitalization and consequently, reducing the rate of hospital infection. We note also that the hospital class is a educational space that enables learning and development of the children and adolescents, as a mediation between the hospital, school and the patient, reducing problems of the learning that maybe they can present. Finally, I found that the mediation of the teacher can enable the adaptation, motivation, and healthy occupancy of the time the child/adolescent through the hospital classes and various recreational activities, in addition to guaranteeing the right to education and play.

**Wordkeys:** Play. Learning. Children. Hospital context.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1</b> - Desenho de E. A. S., 15 anos .....                                | 21 |
| <b>Figura 2</b> - Tonucci. A criança tem um corpo e uma história (2003, p.97) ..... | 38 |
| <b>Figura 3</b> - Desenho de F. C. L., 7 anos .....                                 | 48 |
| <b>Figura 4</b> - Desenho de M. S. F., 6 anos.....                                  | 60 |
| <b>Figura 5</b> - Desenho de G. C. M., 7anos.....                                   | 74 |

## LISTA DE GRÁFICOS

|   |     |
|---|-----|
| <b>Gráfico 1</b> - Idade das Crianças/Adolescentes .....                | 76  |
| <b>Gráfico 2</b> - Grau de Escolaridade das Crianças/Adolescentes ..... | 78  |
| <b>Gráfico 3</b> - Idade dos familiares.....                            | 95  |
| <b>Gráfico 4</b> - Grau de Escolaridade dos Familiares .....            | 98  |
| <b>Gráfico 5</b> - Número de Filhos .....                               | 99  |
| <b>Gráfico 6</b> - Tempo de diagnóstico da Doença do filho.....         | 100 |

## LISTA DE QUADROS

|   |     |
|---|-----|
| <b>Quadro 1</b> - Gosto pelo brincar .....  | 80  |
| <b>Quadro 2</b> - Brincadeiras/brinquedos que as crianças/adolescentes mais gostam de brincar .....                                   | 81  |
| <b>Quadro 3</b> - Preferência das crianças/adolescentes por brincar sozinho ou com outras crianças/adolescentes .....                 | 83  |
| <b>Quadro 4</b> - Ausência de brinquedos e brincadeiras quando internado.....   | 84  |
| <b>Quadro 5</b> - Se as crianças/adolescentes brincam no hospital .....   | 86  |
| <b>Quadro 6</b> - Com quem as crianças/adolescentes brincam durante a hospitalização.....   | 87  |
| <b>Quadro 7</b> - Se as crianças/adolescentes sentem falta da escola quando estão hospitalizadas.....                                 | 89  |
| <b>Quadro 8</b> - Sentimentos das crianças/adolescentes durante a hospitalização.....   | 91  |
| <b>Quadro 9</b> - O gosto do filho por brincar .....  | 103 |
| <b>Quadro 10</b> - Resposta dos familiares sobre a importância do brincar para o filho ....   | 104 |
| <b>Quadro 11</b> - Importância do brincar no Hospital .....   | 105 |
| <b>Quadro 12</b> - Espaço que seus filhos tem para brincar no hospital .....  | 106 |
| <b>Quadro 13</b> - Qual é o comportamento do seu filho(a) após as brincadeiras no Hospital .....                                      | 107 |
| <b>Quadro 14</b> - Internação do filho sem poder brincar .....  | 108 |
| <b>Quadro 15</b> - Diferença do comportamento das crianças/adolescentes quando podem brincar durante a internação hospitalar .....    | 109 |
| <b>Quadro 16</b> - Importância do acompanhamento escolar durante a internação.....  | 110 |
| <b>Quadro 17</b> - Seu filho já teve acompanhamento escolar durante a internação .....  | 112 |
| <b>Quadro 18</b> - Conhecimento dos familiares sobre a lei que obriga os hospitais a terem brinquedoteca e classes hospitalares ..... | 113 |
| <b>Quadro 19</b> - Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa .....   | 114 |

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>12</b> |
| <br>  |           |
| <b>CAPÍTULO 1 - HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA A CRIANÇA</b>          |           |
| <b>HOSPITALIZADA .....</b>  | <b>22</b> |
| 1.1 O HOSPITAL .....  | 22        |
| 1.1.1 Funções do Hospital .....                                   | 23        |
| 1.1.2 Qualidade de Atendimento: definição segundo o paciente..... | 24        |
| 1.2 ÉTICA E BIOÉTICA .....  | 26        |
| 1.3 HUMANIZAÇÃO .....   | 28        |
| 1.3.1 Paradigma da Humanização .....                              | 29        |
| 1.3.2 Humanização em Saúde .....                                  | 32        |
| 1.3.3 Humanização do Cuidado .....                                | 34        |
| 1.3.4 Comunicação e Humanização.....                              | 36        |
| 1.3.5 Humanização da Assistência à Criança/Adolescente .....      | 38        |
| 1.3.6 A Hospitalização da Criança .....                           | 40        |
| 1.3.6.1 As necessidades da criança hospitalizada .....            | 43        |
| 1.4 O TRAUMA DA HOSPITALIZAÇÃO.....                               | 44        |
| <br>  |           |
| <b>CAPÍTULO 2 - PEDAGOGIA HOSPITALAR.....</b>                     | <b>49</b> |
| 2.1 PEDAGOGIA HOSPITALAR.....                                     | 49        |
| 2.2 CLASSE HOSPITALAR .....                                       | 53        |
| <br>  |           |
| <b>CAPÍTULO 3- O BRINCAR PARA A CRIANÇA.....</b>                  | <b>61</b> |
| 3.1 O BRINCAR.....  | 61        |
| 3.2 O BRINCAR E A CRIANÇA HOSPITALIZADA.....                      | 64        |
| 3.3 O BRINCAR E A CLASSE HOSPITALAR .....                         | 68        |
| 3.4 BRINQUEDOTECA HOSPITALAR.....                                 | 70        |
| <br>  |           |
| <b>CAPÍTULO 4 - EDUCAÇÃO E HOSPITAL: UM OLHAR DAS CRIANÇAS /</b>  |           |
| <b>ADOLESCENTES E SEUS FAMILIARES.....</b>                        | <b>75</b> |
| 4.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS COM AS CRIANÇAS /  |           |
| ADOLESCENTES.....   | 75        |

|  |            |
|--|------------|
| 4.1.1 Discussão dos Dados Coletados com as Crianças/Adolescentes.....                  | 92         |
| 4.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS COM OS FAMILIARES.....                  | 94         |
| 4.2.1 Discussão dos Dados Coletados com os Familiares.....                             | 115        |
| <b>CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>117</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>120</b> |
| <b>APÊNDICES .....</b>   | <b>125</b> |
| APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido (familiares).....              | 126        |
| APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido<br>(criança/adolescentes ..... | 127        |
| APÊNDICE C - Entrevista com as crianças.....   | 128        |
| APÊNDICE D - Entrevista com os familiares.....   | 129        |
| <b>ANEXO .....</b>   | <b>130</b> |
| ANEXO A - LEI 11.104 – Brinquedoteca em Hospitais – 2005 .....                         | 131        |

## INTRODUÇÃO

A humanização dos cuidados em saúde deve considerar a essência do ser e o respeito, à sua individualidade, nos cuidados que implicam, por parte do cuidador, não só conhecimento técnico científico, mas a compreensão do significado da vida, a capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro, que se situa num mundo e é sujeito de sua própria história.

A Humanização tem como compromisso revelar os valores que constituem o ser humano enquanto pessoa, de forma abrangente e completa, isto não implica necessariamente no sacrifício da técnica, mas no respeito aos valores humanos. Dessa forma, o cuidado humanizado em saúde revela-se uma atitude ética em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros, visando a promoção e recuperação do bem-estar.

Para a criança/adolescente a internação hospitalar significa limitação física e intelectual, impedindo a sua permanência na escola, em muitos casos por períodos bastante longos. Dentro desse contexto, o hospital deve ser percebido como um local que oportuniza às crianças/adolescentes hospitalizados vivência educativa e desenvolvimento de suas potencialidades.

As crianças em todas as épocas têm passado grande parte do seu tempo brincando. A importância desta atividade para o desenvolvimento infantil é consenso para muitos teóricos. Sabemos que as brincadeiras aprofundam para a criança a compreensão da realidade, ao mesmo tempo em que estimulam a imaginação, para se tornarem criativas.

Brincando, a criança/adolescente, também, externaliza as suas emoções e personaliza os seus conflitos, explora o mundo, constrói o seu saber, aprende a respeitar o outro, desenvolve o sentimento de grupo, ativa a imaginação e se auto-realiza. A doença e a hospitalização constituem uma crise na vida da criança, esta é uma experiência altamente estressante e traumática para ela. O ambiente hospitalar deveria melhorar as suas condições institucionais de cuidados às crianças/adolescentes.

Em pediatria não devemos destinar o atendimento às crianças/adolescentes apenas como objetivo de resolver um problema físico, mas devemos tratá-las como um todo, um ser biopsicossocial em pleno desenvolvimento.

Alguns hospitais objetivando minimizar a dor e o sofrimento das crianças/adolescentes no período de internação hospitalar buscam desenvolver ações recreativas, tais como brincadeiras, jogos, brinquedos, oficinas de histórias entre outras atividades.

As diferentes formas de brincar permitem à criança/adolescente representar seus medos, ansiedades e pode proporcionar-lhe um meio para enfrentar tal condição de estresse. Nas brincadeiras, as crianças praticam como lidar com o complicado e estressante processo de viver, de se comunicar e de estabelecer relacionamentos satisfatórios com outras pessoas.

A brinquedoteca no hospital também pode ser utilizada pela equipe como um meio para o preparo da criança/adolescente, para procedimentos invasivos ou cirurgia por meio de brinquedos e brincadeiras, permitindo que ela vivencie essas experiências. Este tipo de estratégia faz com que a criança/adolescente entenda melhor aquilo que está vivenciando, reduz sua angústia a cerca do que vai lhe acontecer, proporcionando uma melhora em seu relacionamento com a equipe que a assiste e como consequência reduz o trauma da hospitalização, melhorando a qualidade de vida da criança/adolescente, possibilitando o pleno desenvolvimento.

É nesse contexto que se instala a função do pedagogo, ou seja, o de realizar um trabalho multidisciplinar, não perdendo de vista o ser humano. O pedagogo deve estar atento, para continuar estimulando o educando a dar continuidade aos estudos e a vencer esta etapa difícil e traumática de sua vida.

Dessa forma, o enfoque hospitalar e pedagógico é auxiliar na transformação da criança/adolescente hospitalizado em um ser humano ativo, crítico e consciente, buscando uma sociedade mais humana.

A pedagogia hospitalar vem contribuir para a inovação da assistência clínica infanto-juvenil, nos seus múltiplos procedimentos, trazendo muitos benefícios à criança/adolescente hospitalizado, pois sabemos que a hospitalização aliada à falta de convívio familiar, ao afastamento dos colegas e amigos traz à criança/adolescente muitos traumas.

Para tanto a presença da escola no hospital é de fundamental importância para todas as crianças/adolescentes, uma escola que reconheça os direitos de todos os cidadãos, suas necessidades e se compromete com a construção de conhecimento, possibilitando a formação e o desenvolvimento do

indivíduo. Possibilitando, assim a construção do conhecimento como um bem social a serviço da transformação do ser humano.

Dessa forma, o objetivo que direcionou a busca investigativa de abordagem qualitativa-descritiva consiste em refletir sobre a atuação do pedagogo em instituições não-escolares, como a hospitalar, e os novos caminhos para a educação a partir do acompanhamento pedagógico em âmbito hospitalar.

Desse objetivo geral, ramificam-se outros que possibilitaram melhor compreensão das realidades em estudo: a) dar voz às crianças/adolescentes enfermos e seus familiares e analisar as experiências e vivências destes durante a hospitalização; b) conhecer as percepções das crianças/adolescentes e dos familiares sobre o brincar e a aprendizagem dentro desse contexto.

#### MINHA TRAJETÓRIA

Nasci numa vila pobre da periferia da cidade de Jacarezinho. Pertencço a uma família de seis pessoas (pai, mãe, duas irmãs e um irmão). Brinquei muito pouco, pois só podia brincar com meus primos, e esses sempre brigavam bastante entre si e minha mãe não gostava de brigas. A maior parte de minha infância brinquei sozinha, brincava de boneca e fazia as roupinhas delas. Minha mãe sempre dizia que a única herança que podia me dar e, ninguém jamais tiraria de mim, é a educação.

Apesar disso, meu pai sempre achava que devia ser professora e me casar (cuidar da casa e filhos e dar aulas no período da tarde). Contrariei um pouco essa determinação, mas Ensinar sempre foi minha Paixão.

Estudei na escola pública da Vila até os 14 anos, onde as professoras tinham pouco interesse em ensinar, pois para elas todos eram filhos de “bóias-frias” (meu pai é militar) e também seriam “bóia-frias”. Para que ensinar! Fui fazer magistério no Colégio Estadual Rui Barbosa, tive muita dificuldade, pois muitos conteúdos eu não tinha aprendido, mas com muito esforço e dedicação eu consegui terminar o curso e, ainda, ser estagiária do Projeto Tempo de Criança (projeto que proporcionava a permanência, por duas horas, da crianças com dificuldades

escolares para participarem de aulas e depois de atividades lúdicas) do Governo do Estado do Paraná. Cursei o curso de Auxiliar de Enfermagem paralelo ao Magistério.

Ao terminar o curso, com 17 anos, prestei meu primeiro vestibular, apesar de gostar muito de ensinar, eu queria muito fazer Faculdade de Enfermagem, mas como minhas condições financeiras não permitiam, prestei vestibular para Ciências. Durante o curso de Ciências ganhei uma bolsa de estudo na Faculdade para fazer Estudos Adicionais em Deficiência Mental. Foi uma grande lição de vida. Pude observar que as dificuldades que tenho são mínimas, perante as dificuldades e limitações que as crianças com deficiências apresentam e nem por um segundo veio à mente delas palavra “desistir”.

Ao terminar a faculdade de Ciências e o curso de Estudos Adicionais em Deficiência Mental, fui contratada pela APAE de Jacarezinho, onde fui docente titular da classe de alfabetização 1. Durante os 3 anos que estive em contato com essas maravilhosas crianças, sempre trabalhei de forma lúdica, mas, principalmente, aprendi que devemos ser perseverantes, humildes, ter sonhos e não desistir jamais.

Como o curso de Ciências era de licenciatura curta, decidi completar o curso (fazer licenciatura plena) e optei por Química, paralelamente, fiz Especialização em Deficiência Mental, Metodologia e Didática do Ensino Superior. A cada dia que trabalhava com deficientes me apaixonava mais por eles, então, decidi fazer Pedagogia. Em Pedagogia, fiz Habilitação em Orientação Educacional, Administração e Gestão Escolar e Especialização em Psicopedagogia.

Como as crianças me ensinaram a jamais desistir dos meus sonhos e eu sentia, que apesar de adorar o meu trabalho faltava alguma coisa. Decidi finalmente fazer a Faculdade de Enfermagem. Foi muito difícil, pois senti muito ao deixar as crianças e pedir demissão, e também, por ser uma Faculdade paga era previsível algumas dificuldades financeiras, mas venci. Quando fui colar grau eu já estava trabalhando há um mês em uma empresa multinacional.

Ensinar e brincar continuaram fazendo parte da minha vida. Durante a Faculdade tive a oportunidade de fazer pesquisa e escrever resumo para congressos sobre o brincar e a criança hospitalizada. Jamais abandonei a educação apenas passei a ser professora de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, tendo sempre a preocupação com as questões ligadas a humanização no contexto da saúde.

Depois de alguns anos de formada, ter feito mais algumas Especializações e estar muito bem-sucedida em minha carreira como Enfermeira, minhas inquietações a respeito do tratamento dispensado às crianças hospitalizadas continuaram, por isso, decidi fazer o mestrado e pesquisar mais sobre o assunto.

Ingressei no Programa de Mestrado em Educação da UEL, que foi um grande desafio. Durante seis meses eu trabalhava e cursava as disciplinas, depois decidi deixar o trabalho e me dedicar totalmente ao mestrado.

Em meio a tudo isso saiu minha nomeação em um concurso público que havia prestado e tive que parar temporariamente minha pesquisa para assumir o trabalho na Unidade de Suporte Avançado de Vida, em uma Unidade de Terapia Intensiva Móvel, que transporta pacientes graves, principalmente, crianças.

Tive muita sorte por ter encontrado uma Orientadora tão competente e inspiradora que apesar das dificuldades em aliar, nos últimos meses, o final da dissertação e meu trabalho, sempre esteve ao meu lado me motivando a buscar cada dia mais a continuar pesquisando; me ensinando que só nós podemos determinar para onde queremos ir, não os outros e que quando verdadeiramente queremos algo, com trabalho, estudo e principalmente dedicação, podemos conseguir.

*O futuro pertence as pessoas que acreditam na beleza dos seus sonhos.*

Quanto mais eu trabalho e mais estudo, mais sorte eu tenho.

## CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA

### LOCAL DA PESQUISA

Este estudo foi desenvolvido na Organização Viver (A Organização VIVER foi fundada por voluntários que atuam há vários anos no ICL- Instituto do Câncer de Londrina. É uma entidade sem fins lucrativos, cujo único objetivo é suprir as necessidades das crianças/adolescentes internados ou em tratamento e suas famílias) que faz um trabalho de apoio às crianças/adolescentes com câncer de

Londrina e região Norte do Paraná, em tratamento no ICL (Instituto do Câncer de Londrina/Paraná).

#### SUJEITO DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa são crianças/adolescentes com idade de 6 à 15 anos que foram submetidas a tratamento ou internação no Hospital do Câncer , no período de novembro de 2007 à abril de 2008, e seus acompanhantes.

Participaram da pesquisa nove crianças/adolescentes, sendo que cinco são do sexo feminino e quatro são do sexo masculino. Essas crianças são oriundas da zona urbana e rural de Londrina e dos demais municípios da região Norte do Paraná. A maior parte das crianças/adolescentes são de nível sócio-econômico baixo e de ambientes pouco estimulantes. Aliado a tudo isso, as crianças/adolescentes chegam para internação e/ou tratamento bastante debilitadas e com pouca capacidade de interação.

Também participaram da pesquisa nove mães que acompanharam seus filhos durante a internação e tratamento do câncer na ONG VIVER. Mulheres com aspecto sofrido e com grande ansiedade e expectativas sobre a saúde e doença de seus filhos.

#### METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa de abordagem qualitativa-descritiva. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. Segundo Triviños (1995, p. 146), podemos entender por entrevista semi-estruturada aquela:

[...] que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.

Essas entrevistas foram realizadas com as crianças/adolescentes e seus familiares com o objetivo de possibilitar aos sujeitos da pesquisa a oportunidade de se pronunciar sobre a temática em questão.

As entrevistas com as crianças/adolescentes (APÊNDICE C), e com os familiares (APÊNDICE D), envolvem questões sobre o brincar e a aprendizagem no hospital. Após obter a autorização para realizar as entrevistas, por meio do termo de livre esclarecimento (APÊNDICE A e B), elas foram gravadas e depois transcritas fielmente. Durante a entrevista com as crianças foram propostas atividades lúdicas e desenhos (algumas crianças fizeram desenhos, que estão no início dos capítulos e outras crianças jogos pedagógicos, como dominó e quebra-cabeça).

#### PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA

Embora saibamos que as crianças/adolescentes quando estão doentes e em muitos casos precisam ser hospitalizadas para obterem a cura da doença, ainda sim, podem continuar se desenvolvendo, criando e vivendo.

É indiscutível que o brincar é uma ferramenta importante que ultrapassa as imposições do adoecimento para atingir a expansividade da criança/adolescente.

A hospitalização pode causar na criança/adolescente traumas, como angústia, medo, fuga, apatia, irritabilidade e até recusa ao tratamento. Aliado a tudo isso nós temos hospitais que apenas priorizam a doença em detrimento do ser. Tais hospitais, valorizam apenas as partes e não a criança/adolescente como um todo, um ser global.

O fato dos hospitais priorizarem apenas a cura da doença e se esquecerem que diante deles encontram-se um ser com uma história carregada de medos e angústias.

Visando proporcionar um atendimento humanizado à criança/adolescente doente, muitos hospitais têm procurado promover momentos de descontração com atividades lúdicas e, principalmente, promover o desenvolvimento das funções intelectuais da criança, propiciando a ela a aprendizagem dentro do hospital. Apesar de não poderem ir à escola, elas não devem ser impedidas de

aprender, sorrir, brincar e continuar se desenvolvendo.

Frente a esta demanda que se abre no contexto hospitalar, brinquedotecas e classes hospitalares, nos inquietamos: qual a função do pedagogo em instituições não-escolares como a hospitalar e quais os novos caminhos para a educação a partir do acompanhamento pedagógico em âmbito hospitalar?

## ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Na introdução desta pesquisa, encontram-se as motivações que conduziram à colocação do problema de pesquisa e do seu caráter interdisciplinar, realizando coleta de dados com as crianças/adolescentes que foram hospitalizadas e seus familiares.

No Capítulo 1 descrevemos o hospital, suas funções, dando ênfase à humanização da assistência à criança/adolescente hospitalizado, pois quando procuramos o hospital para tratar uma determinada doença, não deixamos de ser uma pessoa psicossocial. Mesmo assim, todo o atendimento que nos é administrado tem como objetivo apenas a cura da patologia apresentada, se esquecendo que diante dele está uma pessoa com uma história, uma família, que tem anseios e desejos.

No Capítulo 2 discutimos a pedagogia hospitalar que se dedica ao atendimento educacional de crianças/adolescentes hospitalizados, descrevendo também a escola no hospital e a classe hospitalar como uma modalidade de ação da Educação Especial, que tem por objetivo propiciar o acompanhamento curricular do aluno, quando este estiver internado.

Apresentamos, no Capítulo 3, o brincar, que é essencial ao ser humano, principalmente, à importância deste à criança/adolescente. Ainda, abordamos o brincar e a criança hospitalizada, bem como o contexto da brinquedoteca hospitalar.

No Capítulo 4 analisamos e discutimos os dados coletados com as crianças/adolescentes e com os familiares. Neste capítulo procuramos validar nossas inquietações a respeito do tema.

E nas Considerações Finais preliminares buscamos entrelaçar as

respostas fornecidas pelas crianças/adolescentes e seus familiares relacionando-os com nossos objetivos e os referenciais teóricos. Assim, demonstraremos por meio desses dados a relevância do tema para a criança/adolescente e para as pessoas que trabalham e cuidam dela.

As fontes da pesquisa e as referências utilizadas durante a elaboração da mesma correspondem a um conjunto de livros indispensáveis ao processo de investigação e conhecimento deste trabalho. Utilizamos, ainda, em nosso trabalho algumas figuras desenhadas pelas crianças/adolescentes durante as entrevistas.

# *CAPÍTULO 1*

## *HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À*

### *CRIANÇA HOSPITALIZADA*



Figura 1 - Desenho de E. A. S., 15 anos.

## CAPÍTULO 1

### HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA HOSPITALIZADA

#### 1.1 O HOSPITAL

O hospital segundo Maudonnet (1988) é uma parte integrante de uma organização médica e social, cuja função é prover completa assistência à população de forma curativa e preventiva e cujos serviços atingem a família e seu ambiente.

Hospitais são instituições complexas, pela sua necessidade de acompanhar os constantes avanços científicos e tecnológicos e, principalmente, por trabalharem centrados no desejo do seu cliente de saírem dali o mais rápido possível (MONTEIRO, 2007).

É, então, uma instituição devidamente equipada com materiais, equipamentos e recursos humanos em condições de receber, diagnosticar e tratar, aqueles que necessitam de assistência médica diária e cuidado permanente em regime de internação.

Essas definições se completam mutuamente e caracterizam o hospital como Instituição Social, por prestar assistência a todos que fazem parte de uma sociedade representativa de direito que assegura à pessoa o direito de gozar de plena saúde e de tê-la restaurada quando necessário, cuja ação deve estar igualmente voltada para as atividades curativas e preventivas, atingindo não só o paciente, mas também sua família e o ambiente em que vivem. Tal instituição não existe isolada, mas é parte integrante de uma organização médica e social mais ampla, com o objetivo de garantir uma assistência integral à pessoa, sadia ou não, e que deve estar convenientemente aparelhada com o material e pessoal necessário, tanto em número quanto em qualidade, para garantir os serviços a que se propõe prestar à coletividade que serve.

### 1.1.1 Funções do Hospital

Para Mirshawka (1994), a comissão da Organização Mundial de Saúde (OMS) discutiu as funções do hospital e sentiu que este não poderia limitar suas atividades à esfera restaurativa, mas sim, tanto quanto possível, organizar-se no sentido de servir às necessidades preventivas, como também de ensino e pesquisa. As funções padronizadas por aquela Comissão da OMS foram: **Restaurativa**, compreendendo: diagnóstico (ambulatorio e internação), tratamento da doença (curativo e paliativo), envolvendo os procedimentos médico-cirúrgicos e especiais, reabilitação (física, mental e social), cuidados de emergência em acidentes e doenças (mal-súbito); **Preventiva**, incluindo: supervisão da gravidez e nascimento da criança, supervisão do crescimento da criança, controle das doenças transmissíveis, prevenção das enfermidades prolongadas, prevenção da invalidez mental e física, educação sanitária e saúde ocupacional; **Ensino**, incorporando: pós-graduação e especialização para médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, interessados em Medicina Social; **Pesquisa**, reunindo: aspectos sociais, psicológicos, físicos da saúde e da doença, práticas hospitalares, técnicas e administrativas.

A função restaurativa seria executada por um complexo técnico englobando aquilo que poderíamos considerar o papel mais importante do hospital. Nesse sentido, a técnica evoluiu e a ciência ocupou o lugar do empirismo, substituindo a tradição, pela pesquisa continuada e diagnóstico realizado por meio de equipamentos sofisticados.

Assim, a simples idéia de função restaurativa já deve pressupor a existência de uma entidade provida de instalações, equipamentos e organizações a fim de permitir o diagnóstico precoce e tratamento adequado das doenças.

Já para Cherubin (1977), as funções básicas de acordo com o parecer da comissão de especialistas da Organização Mundial de Saúde são: **Preventiva a doença** (para toda a comunidade, sem distinção de raça, cor, credo ou estado econômico), desempenhando as seguintes tarefas: pré-natal e vigilância no parto normal, vigilância do crescimento da criança/adolescente, luta contra doenças transmissíveis, prevenção das enfermidades de longa duração, prevenção de invalidez mental e física, educação sanitária e higiene do trabalho; **Restauração a**

**saúde**, desenvolvendo atividades de diagnóstico nos serviços de ambulatório, tratamento curativo da enfermidade, com a inclusão de intervenções cirúrgicas e clínicas, readaptação física, mental e social dos pacientes, assistência em casos de urgência: acidentes e enfermidades; **Exercer funções educativas** (ensino, treinamento e aperfeiçoamento de pessoal para a melhoria do padrão de atendimento), para os seguintes profissionais: estudantes de medicina, médicos, enfermeiras, assistentes sociais, administradores da saúde e outras profissões afins; **Promover a pesquisa**, sob aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde e da enfermidade, métodos técnicos e administrativos do hospital.

Para ambos autores, as funções do hospital sempre serão as funções da prevenção de doenças, restauração, ensino e pesquisa. Observamos que grande parte dos hospitais dão maior ênfase à função restaurativa e de pesquisa de novas tecnologias visando a cura das doenças e moléstias que acometem ao ser humano. Dessa forma, entendemos que apesar da OMS descrever as diversas funções do hospital, estes continuam objetivando a cura da doença como foco principal.

#### 1.1.2 Qualidade de Atendimento: definição segundo o paciente

Segundo Mirshawka (1994), os pacientes têm, sem dúvida nenhuma, opinião própria sobre o serviço de saúde. Para os pacientes, o bom hospital é aquele que tem os seguintes atributos: **Dá boa atenção ao paciente:** compreendem os pacientes que receberam atenção quando foram acolhidos por enfermeiras solícitas, com efetiva comunicação, com boas explicações – ou seja, explicações que possibilitam o entendimento dos pacientes – e, acima de tudo, aquelas que têm compaixão pelos problemas dos pacientes e são simpáticas; **Responsividade:** os pacientes gostam quando o pessoal de enfermagem está sempre à sua disposição, exigindo quase a instantaneidade do atendimento; **Bons médicos:** os pacientes acham que bons hospitais são aqueles que devem ter bons médicos, que estão inclusive a par de todas as novas tecnologias e procedimentos; **Boa reputação:** a reputação tem muito a ver com a “voz do povo”, ou seja, com os comentários que fazem os membros da família e amigos dos pacientes, bem como

os pacientes antigos do hospital; **Equipamentos modernos:** bons hospitais são aqueles que têm equipamentos modernos e pessoas com excelente aptidão para utilizá-los; **Limpeza:** todos os pacientes esperam que os hospitais sejam limpos. O desejo de limpeza é particularmente esperado por mulheres que vão pela primeira vez dar à luz; **Comida adequada:** os pacientes não esperam que a comida do hospital tenha um sabor extraordinário, porém gostariam muito que existisse uma certa variedade e que o gosto fosse razoavelmente bom; **Ruídos dentro de limites suportáveis:** os pacientes freqüentemente reclamam devido ao fato de não conseguirem dormir no hospital por causa do barulho. Eles, particularmente, reclamam muito do barulho que é proveniente do local onde se concentram as enfermeiras (posto de enfermagem); **Contas corretas e apresentadas rapidamente:** por mais surpreendente que possa parecer, os pacientes querem receber logo as suas contas e que elas estejam corretas, discriminadas e detalhadas quando o atendimento for particular.

No tocante aos atributos das equipes de saúde que trabalham num hospital, conforme Mirshawka (1994), os pacientes querem que elas tenham: **Uma boa comunicação:** além de ser apreciada pelos pacientes a clara explicação, eles gostariam que os médicos lhes dessem mais atenção; **Constante atualização:** os pacientes esperam que os seus médicos estejam atualizados e cientes dos avanços da ciência médica, desde os novos medicamentos até os novos procedimentos e equipamentos modernos; **Tempo disponível para atendê-los:** os pacientes querem que os seus médicos tenham tempo suficiente para responder às suas dúvidas, dar as devidas explicações e tratar a sua doença; **Pontualidade:** pacientes reclamam muito do tempo gasto nas salas de espera até chegar a vez de serem atendidos.

Entretanto, todas estas qualidades são imprescindíveis para um atendimento de qualidade ao paciente, visando seu pronto restabelecimento.

No hospital, de forma mais sensível que em outros espaços, a relação hierárquica é materializada na passividade assumida pelo paciente, que se estende também para seus familiares. Durante a hospitalização eles são obrigados a depositar no médico as escolhas para melhora da criança. É muito comum, por exemplo, a família ficar dividida, pois não tem vínculo com a equipe médica, ao mesmo tempo em que, dependendo do grau de complexidade da enfermidade da criança, esta equipe representa o único caminho. Toda esta relação de submissão e negação do paciente como sujeito partícipe é tão intensa que hoje se implementa uma política que pretende resgatar o processo de humanização no atendimento hospitalar (SCHILKE, 2007, p. 40).

Para Viegas (2007), atualmente os hospitais dispõem de alta tecnologia, fazendo exames de elevada complexidade, permitindo o diagnóstico e resoluções de doenças - algumas delas graves - agudas, crônicas, de repetição ou traumas, permitindo também um acompanhamento pré-natal e pós-natal, levando o nascimento das crianças com mais segurança.

Verificamos que para os pacientes, qualidade no atendimento é ser tratado com respeito, esclarecendo suas dúvidas em relação à doença, ser orientado quanto aos procedimentos realizados, não deixá-lo esperando e sem resposta. É claro que não dispensamos aqui os avanços tecnológicos que permitem um diagnóstico precoce e a cura de doenças, pois quando procuramos uma instituição hospitalar, desejamos ser curados de alguma patologia ou moléstia que esta nos agredindo, mas antes de tudo, desejamos ser tratados com respeito e atenção.

## 1.2 ÉTICA E BIOÉTICA

Antes de discutirmos sobre a bioética é importante definirmos a ética. A ética pode ser entendida como uma reflexão sobre o comportamento dos seres humanos. Com os avanços científicos, surgiu uma preocupação ética com o ser humano, levando a necessidade de discussões sobre alguns procedimentos realizados em nome da ciência e da cura de doenças. Essas discussões deram origem a bioética.

Segundo Selli (2005), essas preocupações éticas ocorreram principalmente com os avanços da ciência no campo biológico, genético, de transplantes de órgãos, das pesquisas em seres humanos, dos pacientes terminais, da reprodução humana dentre outros. Esses avanços representam uma fronteira da vida humana.

Com isso, a ênfase da bioética se deslocou para o âmbito dos direitos civis das pessoas em sua relação com a medicina e com os avanços biológicos [...]. A bioética surgiu como uma síntese de conhecimento e ação multidisciplinar para responder aos problemas morais no vasto campo da vida e da área da saúde (SELLI, 2005, p. 60).

Nesse aspecto, a bioética se preocupa principalmente com problemas éticos relacionados ao início e o fim da vida e a saúde do ser humano. Sabemos que a bioética preserva e organiza os direitos humanos numa tentativa de monitorar as pesquisas e avanços científicos com seres humanos. A valorização da técnica em detrimento do ser humano.

Desde o seu surgimento a bioética foi imaginada como um conjunto de regras, normas e princípios, para disciplinar todo o processo de investigação científica. Isto ocorreu pelo desconhecimento por parte da sociedade dos resultados das aplicações de novas tecnologias.

Segundo Fontinele (2007), a bioética é baseada em três princípios fundamentais, são eles: beneficência, autonomia e justiça.

A **Beneficência** (fazer o bem) se refere à necessidade de preservar a vida do paciente, ou seja, todos os esforços são para manter a vida do paciente sem prejudicá-lo, mesmo contra sua vontade. Mas, esse princípio se esbarra no princípio da **Autonomia**, se refere à capacidade e ao direito que o indivíduo tem de escolher o que convém à sua vida, ou seja, o que julga ser o melhor para si, decidindo sobre o próprio destino. Este princípio é responsável pelo “consentimento livre e esclarecido”, que deve ser assinado pelo paciente em alguns casos. E a **Justiça**, a garantia de atendimento à saúde para todos os cidadãos.

Esses princípios surgiram para auxiliar a sociedade a enfrentar a nova caminhada imposta pelos avanços e conquistas das ciências, que são importantíssimos para sociedade, porém não podem ocorrer às custas do risco da vida humana.

A bioética vive um conflito entre a incorporação de novas tecnologias que são necessárias, e em alguns casos imprescindíveis para salvar a vida, e os direitos humanos de cada indivíduo.

Para Fontinele (2007), a bioética extrapola o âmbito restrito das ciências da saúde, pois incorpora novas formas de responsabilidade com o ser humano, respeitando a pessoa e também o conhecimento. Nesse sentido podemos dizer que a bioética apresenta-se como ética filosófica, pois busca a responsabilização de algo ou de alguém em relação ao futuro da humanidade, reconhecendo o ser humano como detentor de direitos inalienáveis.

“A bioética pode auxiliar na humanização e personalização dos serviços de saúde, bem como promover os direitos dos pacientes e despertar para os seus deveres e dos profissionais envolvidos.” (SELLI, 2005, p. 61).

Para Mezzomo (2003, p. 39), “humanizar é assegurar e garantir o respeito à ética nas relações interpessoais.” Sendo assim, a ética envolve a compreensão da pessoa humana.

Desta forma, verificamos que a ética e a bioética se entrelaçam, na medida em que falamos da saúde e bem-estar do ser humano, ambas preservam os direitos do paciente. Sabemos que a tecnologia é fundamental em alguns casos para salvar uma vida, mas ela deve ser tratada com cautela, afim de que em primeiro lugar esteja o direito da pessoa e não a técnica. Para tanto, nós retomamos outro ponto, que é o da humanização do atendimento, visando principalmente a valorização da vida com respeito e dignidade.

### 1.3 HUMANIZAÇÃO

Considerando que adoecer e morrer faça parte da vida de todos nós, os riscos não são os mesmos para todos. As oportunidades também não são iguais, e as doenças também afetam as pessoas de maneiras diferentes ainda que, clinicamente, o conjunto de sinais e sintomas seja comum em patologias ditas similares (MONTEIRO, 2007).

Quando procuramos o hospital, para tratar uma determinada doença, não deixamos de ser uma pessoa psicossocial, mesmo assim, todo o atendimento que nos é administrado tem como objetivo apenas a cura da patologia apresentada, se esquecendo que diante deles está uma pessoa com uma história, uma família, que tem sonhos e desejos.

Se para os adultos, estar hospitalizado já é difícil e doloroso imaginemos para criança/adolescente cheio de sonhos e grandes expectativas, começando a conhecer o mundo que o rodeia e, mesmo assim, por fatores que extrapolam nosso entendimento, são acometidos pelas mais diversas doenças que os obrigam a serem hospitalizados, em alguns casos por longos períodos.

Partindo desta complexidade se faz necessário um atendimento

humanizado em saúde não só para a criança, mas para todas as pessoas que precisam de assistência em saúde, pois um atendimento humanizado é aquele que vai além dos cuidados relativos à saúde e a doença, diz respeito ao atendimento da pessoa de forma individualizada, respeitando suas características individuais, prestando atendimento à pessoa como um todo, um ser global e que possui uma história.

Mas, afinal o que é um atendimento humanizado? Como se dá este processo de humanização da assistência? Um atendimento humanizado, segundo alguns autores, é aquele atendimento que respeita as características mais essenciais do ser humano e procura atender as suas necessidades de forma única e individual, com respeito e atenção proporcionando seu desenvolvimento.

Para Pessini e Bertachini (2006), a humanização dos cuidados em saúde deve considerar a essência do ser, o respeito a individualidade. O cuidar humanizado implica, por parte do cuidador, não só conhecimento técnico-científico, mas a compreensão do significado da vida, a capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro, que se situa num mundo e é sujeito de sua própria história.

Antes de falarmos mais detalhadamente sobre os aspectos do cuidar, que estão intrinsecamente ligados a humanização, pois sabemos que não é possível se ter um atendimento humanizado sem o cuidador, vamos percorrer um pouco sobre os principais paradigmas da humanização, que nos levou a tornarmos tão voltados para nós mesmos e nossa própria vida e problemas, e nos faz acreditar mais em máquinas e equipamentos do que na capacidade humana de julgamento.

### 1.3.1 Paradigma da Humanização

Se fizermos uma retrospectiva histórica, poderemos observar as várias transformações culturais e sociais que sempre estiveram presentes, constituindo elemento fundamental para o surgimento, avanço e desaparecimento de civilizações. Neste século, notamos transformações em ritmo acelerado em todos os segmentos da atividade humana. Essas mudanças vêm ocorrendo devido aos avanços obtidos pela ciência e tecnologia, campos estes que se relacionam

mutuamente e se induzem, num complexo processo evolutivo que conduz a sociedade humana ao seu desenvolvimento. Na contramão deste progresso, que visa a princípio, o avanço da humanidade, o próprio ser humano foi mantido à margem dos avanços científicos e tecnológicos, dadas as especificidades e a valorização das partes, em detrimento do todo, constituindo, a nosso ver, uma crise paradigmática. Assim, buscamos novamente enxergar o homem como um ser global, em todas as suas dimensões.

Na sociedade moderna, o fascínio pela ciência e pelos processos tecnológicos tomou tal dimensão que chegamos ao ponto de “coisificar” as pessoas e “endeusar” a técnica. Não censuramos ou descartamos aqui a tecnologia e seus avanços, reconhecemos o seu valor, e a série de benefícios promovidos em prol da humanidade. Mas, paradoxalmente, esta mesma evolução tem como efeito adverso, o incremento da desumanização: chamamos a atenção para o uso e desenvolvimento da tecnologia pela tecnologia, ignorando-se a essência de sua existência, o ser humano (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Então, o que é Humanizar? Refletir acerca do termo humanização leva-nos a pensar que não estamos falando do ser em si, mas das potencialidades a respeito de pensar, e perceber (refletir acerca de si mesmo) enquanto ser uno e também como parte de um coletivo, inclusive de usar a linguagem para se comunicar e se expressar. Daí a complexidade deste tema. De que ser humano, em nosso tempo, estamos falando? Quem somos nós afinal? Que tipo de homem nos tornamos? Assim, como humanizar o ser humano? Acreditamos ser esta a crise emergencial que a sociedade está passando, na qual se inicia o resgate de valores humanos do indivíduo enquanto ser global que é, está e faz parte de uma sociedade.

Humanizar, assim, nos remeteria a ação de tornar humano algo que não o é, ou tenha deixado de ser, ao perder suas características fundamentais. Então, para tornar humanizado algo que já é humano, seria necessário buscar restabelecer elementos que sejam essenciais a própria identidade.

Transpondo a questão da humanização para a área da saúde, denotamos o alto grau de complexidade relacionado ao tema, visto que esta é uma área de conhecimento e atuação diretamente ligada ao ser humano e manutenção de sua existência. Causa-nos, assim, perplexidade falar em saúde desumana ou desumanizada ou desumanizadora. Este assunto não tem sido objeto de reflexão

apenas na área da saúde, mas também, em diversos setores onde a atividade humana é o foco central (NEVES, 2005).

Desumanização, humanização e re-humanização da saúde são termos freqüentemente empregados pela mídia e em ambientes ligados aos cuidados com a saúde nas últimas décadas. Uma determinada sociedade, quando cria neologismos ou passa a dar novo sentido a palavras já existentes, aponta para situações emergentes dela própria (NEVES, 2005).

Em um mundo cada vez mais globalizado, caracterizado pela velocidade e pelo movimento, talvez o termo “emergente” faça parte desta nova dinâmica da sociedade atual em que o conhecimento é uma ferramenta da suposta pós-modernidade.

Segundo Neves (2005), o binômio humano-desumano, encontra-se em uma dialética tensa, envolvida por todos os elementos da atualidade desta sociedade considerada moderna ou pós-moderna. Sendo assim, quando os autores de determinada área do saber, como a medicina, por exemplo, sentem-se perdidos diante das suposições acerca da desumanização de suas ações em relação à sociedade que é (ou deveria ser) o foco do seu trabalho e existência, eles estão sem a percepção de que o processo é mais amplo do que seu próprio campo delimita, atingindo outras esferas desta sociedade.

Por outro lado, muitos profissionais estranham a expressão “humanização da saúde”, alegando que a saúde por si só já é humanizada, na medida em que está intrinsecamente envolvida com o ser humano e com a manutenção de sua existência, ou seja, só existe saúde porque existe o ser humano. Esse estranhamento por parte de muitos profissionais acentua as preocupações com a bioética e com as condutas destinadas ao ser humano que, com os avanços tecnológicos, deu maior importância às especificidades do fato de ser ele um ser global, inserido num contexto e participante de uma sociedade.

No entanto, com a evolução da saúde ganhou-se eficiência e competência científica e técnica, a dimensão humana saiu muito prejudicada, ou seja, a pessoa quando adentra uma instituição hospitalar ela deixa de ser o Antônio, o João e o Pedro, para ser o cardíaco, o renal, o paciente da oncologia, ou o 1b, 3c. Devemos deixar de pensar no doente como um mero objeto dos cuidados terapêuticos, um número sem nome e valorizar o ser humano em detrimento da ciência, o científico e o econômico deve estar a serviço do ser humano e não o ser

humano a serviço da ciência. Temos que valorizá-lo e respeitá-lo, assim como a sua liberdade, bem-estar e dignidade.

### 1.3.2 Humanização em Saúde

A política nacional de humanização, objetiva a implementação de práticas de atenção à saúde e à gestão com bons resultados, buscando melhorar a qualidade da assistência em saúde. Mas, antes de falarmos de humanização da saúde, devemos pensar e refletir sobre outro ponto, que é a humanização da sociedade. Desta sociedade que tem seus direitos violados diariamente, que é massacrada, incentivada ao consumo e a individualidade, são essas pessoas, que vão habitar, e interferir nas instituições de saúde.

A humanização deve ter como foco principal à atenção integral voltada para o indivíduo e a família, ou seja, ela considera a essência do ser humano e o respeito à individualidade.

Existe um grande paradoxo entre a evolução tecnológica da saúde e sua crise de identidade, já que a evolução tecnológica é uma consequência da busca por atender melhor o ser humano. O aprimoramento do olhar a respeito da saúde do homem que sofre, proporcionou melhores condições de saúde ao indivíduo, instigou a pesquisa, a cura para doenças e males que o afligiam. Portanto, não podemos nos esquecer que o conhecimento das partes é fundamental para o conhecimento do todo e não apenas das partes pelas partes.

Segundo Pessini e Bertachini (2006), não podemos esquecer que vivemos em uma sociedade violenta e excludente e que isto interfere no contexto da saúde também. O contexto macro interfere continuamente no contexto micro das instituições de saúde. Este é um retrato fiel e cruel do que de mais nobre e surpreendente a sociedade produz, como também, o de mais degradante e aviltante que existe no ser humano. No entanto, temos como desafio a humanização, ou seja, criar para os seres humanos oportunidades de existir e viver dignamente.

Nesta perspectiva de humanização Pessini e Bertachini (2006, p. 4) destacam que:

Humanizar o cuidar é dar qualidade à relação profissional da saúde-paciente. É acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade de corpo, mente e espírito. Destaca-se, nesse contexto, a presença solidária do profissional com habilidade humana e científica.

Neste sentido, ciência e tecnologia podem tornar-se desumanizadoras quando ficamos reduzidos a objetos despersonalizados de nossa própria técnica, de uma investigação fria e objetiva, ou seja, o ser humano é tratado apenas como componente de intervenção técnica, considerando-se desnecessário ouvir as angústias, temores e expectativas do outro. O atendimento ao ser humanizado deve aliar a tecnologia e a capacidade humana de perceber e valorizar o que o outro tem e quer nos mostrar (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Segundo Artmann e Riveira (2006), o objetivo da proposta de humanização veiculada em alguns textos oficiais (Organização Mundial de Saúde - 1996 e Ministério da Saúde - 2003) engloba a criação de uma nova cultura de atendimento, fundada na comunicação, na relação profissional-cliente e das relações entre os profissionais generalistas e especialistas (relação interdisciplinar). A humanização passa a ser uma estratégia política e gerencial mais abrangente, que contém as possibilidades do acolhimento e vínculo como dispositivos práticos ligados às formas imediatas de cuidado social e individual.

De acordo com Mezzomo (2003), a humanização tem a missão de revelar os valores que constituem o ser humano enquanto pessoa, de forma abrangente e completa. A ciência e a técnica conseguiram facilitar intensamente a vida do homem, em seus aspectos materiais e sociais. No entanto, apesar de terem possibilitado a redução de dificuldades do dia-a-dia, não conseguiram proporcionar ou produzir um maior grau de felicidade nas relações humanas. A valorização da humanização aqui defendida não implica necessariamente no sacrifício da técnica ou de valores humanos instituídos na era moderna, pois, pelo contrário, ela os promove e os assegura, não podendo deles prescindir.

Em suma, para Mezzomo (2003), não aceitar a visão holística do ser humano torna-se um “andar na contramão” do saber. Esta tendência em curso não abrange apenas a relação pessoa e meio ambiente, mas o ser humano em suas múltiplas realidades, biopsicossocial e espiritual. O processo de humanização começa, avança e acontece nas relações humanas, num sentido mais amplo, global. A humanização deve incluir competência sem dispensar cortesia e afeto.

O ser humano, para Waldow (2006), parece estar em constante conflito entre 'ter' e 'ser', entendendo-se o ter associado ao poder, no sentido de domínio, força e controle. Desta forma, ganância e hostilidade evidenciam-se em detrimento dos cuidados com relação ao outro, onde, o cuidado humano revela-se uma atitude ética em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros, visando à promoção e recuperação do bem-estar do outro.

Entretanto, praticar a assistência ao paciente com conhecimento, tratá-lo com atenção, proporcionar-lhe conforto, demonstrar gestos de amizade, um sorriso, uma esperança, uma explicação com delicadeza é praticar humanização.

Assim, quando falamos de humanização não podemos esquecer de descrever um pouco de sensibilidade, sentimento este que toda vez que não nos tratam como gostaríamos de ser tratados, falamos que o outro não é sensível ou não tem sensibilidade.

Sensibilidade, para Viegas (2007), pode ser entendida como ter interesse real pelo paciente, ter calma, delicadeza, tolerância, tornar-se confiável, não demonstrar-se onipotente ou indiferente ao problema do paciente. O que ocorre é que muitas vezes o profissional de saúde fica tão focado na doença, que com muita frequência se esquece do doente.

Para tanto, o cuidado humanizado implica por parte dos cuidadores, compreender o significado da vida, a capacidade de perceber e compreender tanto a si mesmo, como ao outro e que ambos são sujeitos e tem uma história que deve ser respeitada e construída. Para que este processo de compreensão aconteça de forma satisfatória e com qualidade, não podemos nos esquecer do processo de cuidar, pois o binômio, cuidado e cuidador e que vão desenvolver e colocar em prática a humanização.

### 1.3.3 Humanização do Cuidado

O cuidado é essencial para o desenvolvimento do ser humano, está enraizado em todos nós. Cuidando podemos ajudar o outro a crescer, realizar, e desenvolver suas potencialidades.

Alguns autores, e as pessoas mais antigas, sempre nos relatam que

a atividade de cuidar faz parte do ser humano. Mas se a atividade de cuidar faz parte do ser humano, porque em algumas instituições somos tão mal cuidados? Porque somos tão mal tratados nas instituições de saúde? Por que os profissionais de saúde se tornam frios, insensíveis e reféns da tecnologia?

Humanização do cuidado refere-se à solidariedade, ao amor, afeto e respeito ao ser humano. Significa manter, cuidar, promover e desenvolver tudo que está relacionado à vida. Para que isto ocorra deve se buscar a sensibilização dos profissionais de saúde.

Para Waldow (2006, p.19), “o cuidado é uma ação de ajuda.” Para a autora, o cuidado significa ouvir os pacientes, desenvolver um plano de cuidado em conjunto (paciente, família e cuidador) baseado em seus hábitos e crenças, respeitando sua individualidade.

Existem dois tipos de cuidados, aquele que recebemos de nossa família desde o nosso nascimento, que é cultural, e o cuidado profissional, que é aquele ministrado por profissionais especializados em instituições. O cuidado consiste em um conjunto de fatores que resultam na satisfação das necessidades humanas, ele está mais relacionado à saúde como a cura à doença. Ambos os cuidados devem ter como objeto principal a valorização e o respeito ao ser humano.

A humanização do cuidado passa pela valorização do ser humano, no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade e ajudar a outra pessoa a obter o auto conhecimento, no sentido de harmonizar os seus sentimentos em relação à doença, ou aos processos que está vivenciando.

O cuidado também está relacionado com a competência, comprometimento e respeito. A competência do conhecimento de como desenvolver o cuidado para diversas situações, objetivando o bem estar da pessoa, mas a competência tem que estar relacionada com o respeito, respeito ao paciente, respeito às características individuais, o respeito à vida, e ambos estão relacionados com o comprometimento com o ser humano, compromisso com aquele a que se destina o cuidado. O cuidado é uma ação, que inclui afeto, consideração e respeito visando o bem estar do outro.

Acreditamos que é por meio do cuidado que o ser se humaniza. Para tanto, o cuidado humanizado deve favorecer a auto-estima e respeitar as necessidades do indivíduo. A comunicação é fundamental para que isto ocorra.

### 1.3.4 Comunicação e Humanização

Utilizamos a comunicação desde o nosso nascimento, por meio de gestos, choro e com o desenvolvimento e a maturação, de sílabas, palavras e depois frases. A comunicação é fundamental para o desenvolvimento do ser humano. A linguagem é considerada como um tesouro da humanidade, ela nos permite entender e nos fazer entendidos. Objetivando a humanização dos nossos atos frente aos outros, cabe a nós desvendar os benefícios da linguagem.

Quando falamos do trabalho, principalmente com as crianças, a boa comunicação é fundamental, mas devemos estar atentos aos sinais de comunicação tanto verbal como não-verbal, que são emitidos por elas. Somente através da comunicação efetiva é que o profissional pode auxiliar a criança/adolescente ou seus pacientes a enfrentar os problemas.

O ser humano é biopsicosocial, não há como separar, a própria recuperação do paciente não depende exclusivamente dos fatores bioquímicos, mas sim de como ela é tratada, se é aceita ou rejeitada, se estabelecem uma comunicação com ela, ou se apenas falam dela. Esses fatores interferem diretamente na recuperação da saúde da pessoa doente, principalmente na comunicação, pois o paciente quer que falem com ele e ele também quer falar conosco, muitas vezes com uma linguagem não verbal, mas ele sempre diz algo.

O paciente hospitalizado age e reage como uma pessoa assustada, pois está em um ambiente desconhecido e na sua imaginação tudo pode acontecer, devemos estar atentos para entender o que está acontecendo a sua volta.

É necessário estabelecer um vínculo de confiança, baseado na empatia, ou seja, tratar o paciente com respeito e atenção, estabelecendo uma comunicação verbal e não verbal de respeito e cooperação.

Segundo Silva (1996), todo processo de comunicação tem duas partes: o conteúdo (a informação) e o sentimento (como você se sente a respeito da informação). Toda comunicação tem como finalidade entender o mundo, relacionar-se com os outros e transformar a si mesmo e a realidade que vive e faz parte.

Mesmo quando estamos calados estamos nos comunicando por meio da linguagem não-verbal, linguagem esta que é extremamente importante para o profissional de saúde. Mas para que ele perceba o que o paciente está

transmitindo, ele tem que ser um profissional que pratica a humanização e tenha sensibilidade.

Como descrevemos acima, existem dois tipos de comunicação, a comunicação verbal - palavras expressas por meio da linguagem falada ou escrita, e a linguagem não-verbal - refere-se à comunicação por meio de gestos, símbolos, expressões faciais e postura corporal. A comunicação pode ser audível, visível e sentida.

Toda vez que interagimos com outras pessoas utilizamos os dois tipos de comunicação, verbal e não verbal. O mais importante no processo de comunicação é que a nossa mensagem seja transmitida e, principalmente, entendida de forma adequada e eficiente. Dentro da comunicação não verbal não podemos nos esquecer da comunicação fisiológica, que é aquela expressão de cansaço, fadiga, dor e sofrimento.

Devemos estar muito atentos à linguagem não verbal apresentada pela criança/adolescente durante a internação, pois esta linguagem pode nos mostrar como está sendo a aceitação da criança em relação a sua internação e procedimentos realizados.

Todo o profissional que trabalha com pessoas e, principalmente, com crianças/adolescentes tem que ter uma sensibilidade para reconhecer e diferenciar o que ela está querendo dizer com determinada atitude. A aprendizagem da comunicação não-verbal é fundamental para que possamos estabelecer relacionamentos interpessoais afetivos de nossa vida.

Uma comunicação é eficaz quando a linguagem não-verbal é reconhecida e interpretada adequadamente assim como a linguagem verbal.

Estabelecer uma boa comunicação com o paciente é uma responsabilidade e dever do profissional de saúde, é uma atitude de respeito ao próximo para se chegar à humanização em saúde. É de extrema importância a humanização no atendimento à criança para minimizar o sofrimento e os distúrbios causados pela doença e hospitalização.



**Figura 2** - A criança tem um corpo e uma história.  
**Fonte:** Tonucci. (2003, p. 97)

Neste sentido, quando pensamos na humanização do atendimento da criança/adolescente, elucidamos que toda criança/adolescente, ou seja, todo ser humano, tem além do corpo, uma história de vida, carregada de sentimentos, emoções, vivências e expectativas que certamente influenciarão em seu quadro de enfermidade.

### 1.3.5 Humanização da Assistência à Criança/Adolescente

Com os adventos tecnológicos muitos hospitais tem a sua disposição elevada tecnologia, permitindo a resolução de muitas doenças mais facilmente, melhorando a assistência no pré-natal, aprimorando a assistência ao recém-nascido com mais segurança. Alguns hospitais se preocupam com a preparação da equipe para prestar o atendimento da patologia apresentada pelo paciente, mas se esquecem de destinar um atendimento humanizado, respeitando

as características individuais de cada criança/adolescente, tornando a hospitalização menos traumatizante.

Para Viegas (2007), a hospitalização infantil é traumática em qualquer classe social, pois ela deixa sua casa, sua família, amigos, brinquedos escola e passa a viver em um ambiente estranho, por melhor que a equipe possa tratá-la, são pessoas diferentes e desconhecidas. A própria doença torna a criança diferente, fraca e sensível, dificultando a realização de procedimentos por parte da equipe, aliado ao fato que falam dela, próximo dela e não se dirigem a ela. Ou seja, ela passa a ser apenas um objeto que precisa de cuidados.

Um atendimento humanizado é aquele que respeita as características individuais de seus clientes, tratando-os com respeito, respeitando sua fragilidade, esclarecendo sobre os procedimentos que serão realizados, e principalmente respondendo suas dúvidas.

No caso da criança, humanização é tratá-la com dignidade, dar possibilidade para que ela continue se desenvolvendo dentro das limitações imposta pela doença, proporcioná-la momentos de descontração e lazer, procurando respeitar alguns hábitos individuais, orientá-la, ouvi-la, procurar desenvolver um ambiente mais acolhedor para ela e sua família.

A humanização da assistência à criança é permitir que ela se desenvolva, mas, principalmente, não impedi-la de brincar, de sorrir, de viver e principalmente de ser e continuar sendo criança.

Para Matos e Muggiati (2001), quando uma criança está psicossocialmente abalada a evolução e os prognósticos de sua doença são piores, o fator emocional, o social e o psicológico influenciam no tratamento da doença.

Assim, devemos levar em conta os procedimentos conservadores da maioria dos hospitais, que ainda hoje contribuem para que a realidade se mostre fria, impessoal e totalmente impregnada de carência de afetividade. Colocando o paciente a mercê de funcionários desmotivados dentro do ambiente hospitalar (MATOS; MUGGIATI, 2001).

Segundo Ortiz e Freitas (2005), na hospitalização da criança, ela traz consigo uma fragilidade, um desconforto da dor e da insegurança. Nesse momento, ela vivencia situações traumáticas e diversas mudanças em sua vida cotidiana. O contexto familiar geralmente passa por um processo de fragilidade e

ansiedade também, onde em alguns casos isso é passado para a criança, agravando seu processo de recuperação e aceitação do tratamento.

Desta forma, as brincadeiras durante a hospitalização são um excelente momento para criança vivenciar experiências, que contribuirão para o amadurecimento emocional, possibilitando-as respeito às diferenças entre as pessoas e os objetos. Quando as crianças brincam, elas estimulam o raciocínio e a compreensão da realidade, dominam condutas com autocontrole e auto-avaliação de suas capacidades e de seus limites (SILVA, 2006).

### 1.3.6 A Hospitalização da Criança

A hospitalização é um período que modifica totalmente a vida da criança, sua rotina é alterada, ela é retirada de um ambiente seguro e familiar para ir a um local totalmente estranho e desconhecido, sendo a rotina hospitalar muito diferente da que estava acostumada.

No hospital, a família não ocupa lugar de importância no plano terapêutico, suas escolhas mais simples, como o que comer, com quem brincar, do que brincar, como dormir, ou seja, todas as nossas rotinas diárias e individuais são alteradas e em seu lugar surge outra rotina: tomar injeções, passar por variados exames clínicos e laboratoriais, dietas alimentares, dividir enfermarias com pessoas desconhecidas, tomar banho em banheiros coletivos, horários de alimentação diferenciados e tantas situações que contribuem para o hospital ser um espaço diferente da vida cotidiana (SCHILKE, 2007, p. 39).

Ao ser hospitalizada, a criança se encontra em um espaço novo, onde tanto a criança quanto seus familiares se encontram em situações desconhecidas, pois a criança deixa sua casa, seus amigos, sua escola, seus brinquedos, para ir a um lugar estranho, cheio de materiais e equipamentos que ela nunca viu, muitas vezes um ambiente frio e sem cor, em que muitas pessoas falam dela, sem se dirigir a ela.

Durante muito tempo, acreditávamos que só pelo fato de permitir que os pais acompanhassem seus filhos durante a internação hospitalar já era um grande gesto de humanização, hoje sabemos que só o acompanhamento familiar

não basta, pois colocar os pais junto com as crianças sem lhes fornecer informações, ou lhes permitir a oportunidade de discutir as alternativas de tratamento do seu filho, esclarecer suas dúvidas, não é suficiente. O fato da equipe hospitalar não fornecer muitas informações sobre o tratamento da criança/adolescente, gera angústia na família, que além da criança estar bastante assustada os pais ficam muito ansiosos, pois não sabem qual será o próximo procedimento a ser realizado, se a criança/adolescente vai chorar muito, sofrer ou até mesmo resistir.

A família quer se sentir participante do processo, ela quer saber o que será feito pelo seu filho, mesmo sendo difícil se acostumar com os constantes bips e alarmes, a difícil diferenciação do dia e noite, sondas, cateteres, e diversos procedimentos invasivos que fazem o filho chorar e sofrer; mesmo assim ela tem a necessidade e o direito de saber qual será o próximo passo do tratamento.

Aliado a tudo isso a criança ainda se encontra fragilizada e debilitada pela doença, que foi acometida no momento. Todos estes fatores vão interferir diretamente no tratamento, pois durante o atendimento à criança deve se levar em conta à criança como um todo, um ser global, e não apenas tratar a patologia. Segundo Sigaud (1996), não devemos destinar o atendimento às crianças apenas com objetivo de resolver um problema físico, mas devemos tratá-las como um ser biopsicossocial em pleno desenvolvimento e que mesmo estando hospitalizada, precisa e deve ser estimulada.

Pois, quando tratado apenas como paciente, ficando a mercê do tratamento de outros, sendo tratado como um objeto é ruim para um adulto, muito pior será para a criança que foi tirada do seu ambiente familiar, que na maioria das vezes não entende o que esta acontecendo ao seu redor.

A rigidez profissional, a desconsideração dos aspectos biopsicossociais da criança doente e hospitalizada, o excesso de trabalho, o desinteresse na área, a falta de humanidade e principalmente de bom senso determinarão um ambiente de trabalho extremamente rigoroso e carregado de rotinas onde a criança significa uma peça a mais na estrutura institucional (CHIATTONE, 1988, p. 57).

Em muitos momentos da hospitalização infantil, a doença se torna muito mais importante para a equipe, do que para o próprio doente, que são tratados

pela patologia, ou pelo número do leito, esquecendo-se que ali diante deles existe uma pessoa que esta em pleno desenvolvimento.

No atendimento à criança hospitalizada deve se levar em conta sua história, meio social da qual faz parte e, principalmente, que ela está em constante desenvolvimento. Se isto não for respeitado durante o processo de cura da doença, as chances de sucesso no tratamento não serão as melhores, e as possibilidades de recidivas são grandes.

A realidade do atendimento hospitalar com vista ao processo de humanização tem procurado mudar, mas continua fria e impessoal, ficando o doente na maioria das vezes, nas mãos de profissionais que executam suas atividades de forma mecânica, se esquecendo que em suas mãos estão crianças assustadas com medo e que não conhecem aquela realidade.

Dentro do ambiente hospitalar, não podemos nos esquecer da sensibilidade. É esta sensibilidade que vai permitir a criança confiar nos profissionais que são responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e recuperação da doença.

Todos os profissionais da área de saúde devem ter noções claras que a doença é um ataque à criança como um todo, que a criança doente estará em sua integridade abalada e que seu desenvolvimento emocional também estará bastante comprometido (CHIATTONE, 1988, p.44).

Neste sentido, quando uma criança chega ao hospital, ela traz consigo sentimentos de angústia e de medo, que podem ser minimizados se ela for tratada pela equipe com respeito, pelo seu próprio nome, se lhe for explicado o que estão fazendo, se a equipe orientar a família e demonstrar interesse sobre o que ela está passando e sentindo.

Este fenômeno de adoecimento da criança constitui-se em um fenômeno provocador de desajuste, levando a mesma a reconhecer as limitações e as agressões que sofre em seu corpo. A criança pode apresentar alguns comportamentos, dentre eles, apatia, fuga, culpa, tristeza, protesto e medo.

### 1.3.6.1 As necessidades da criança hospitalizada

Ao falarmos das necessidades das crianças hospitalizadas, temos que nos reportar também ao mundo que a rodeia, ou seja, às suas relações sociais. E são essas relações que vão fornecer elementos para o seu desenvolvimento e para a construção da sua identidade.

Os mundos externos e internos das crianças se completam na troca com outras crianças, entre as crianças e os adultos e entre as crianças e o seu meio. Essa interação das crianças com o seu meio serve de base para a construção de seu aprendizado. É nessa interação que ela desenvolve suas habilidades, competências e comportamentos.

O atendimento das necessidades básicas da criança se faz com ela, e para ela, pois esses são construções de conhecimento e autonomia, independente do lugar em que ela esteja. Mesmo estando hospitalizada e bastante fragilizada, deve ser respeitada quanto às suas necessidades individuais, para que possa ter um período de internação o menos traumatizante possível.

Dentre as necessidades da criança estão: **Ambiente físico:** deve ser alegre, com cores claras (que emitam sensação de conforto, e pinturas com motivos infantis em paredes e teto), colorido, organizado, limpo, deve ter áreas que permita a entrada de luz (diminuir a sensação de confinamento), área com brinquedos (laváveis) para que as crianças possam desenvolver brincadeiras e atividades lúdicas. Também devem ter medidas que objetivam prevenção de doenças e acidentes; **Higiene corporal:** devem ter áreas que permitam cuidados com o corpo, banho, higiene bucal, e uso de sanitários de acordo com a faixa etária e o tempo pode ser de permanência da criança. A programação destas atividades deve ser feita em conjunto família e equipe (respeitando as necessidades e características das crianças e as normas e rotinas da instituição). Ao programar o banho, devemos pensar não só como um ato importante para higiene pessoal, prevenção de doenças e promoção da saúde, mas sim como uma atividade educativa que possibilita a autonomia e a independência da criança. Assim, a criança pode aprender hábitos de higiene e conhecer o próprio corpo; **Vestuário:** a atividade de vestir-se constitui funções de educar e cuidar. O vestuário deve ser considerado um importante fator de proteção do corpo e de satisfação das

necessidades individuais. As roupas devem ser confortáveis, limpas, fáceis de vestir e adequadas às estações climáticas, de forma a facilitar os movimentos da criança e não dificultar a respiração; **Sono e repouso:** um bom sono requer um ambiente seguro, calmo, arejado, livre de ruídos e colchões em boas condições; **Alimentação:** os alimentos são um complexo de substâncias denominadas nutrientes que exercem inúmeras funções no corpo humano. Ou seja, cada refeição da criança deve conter proteínas, gordura, vitaminas e sais minerais em proporções adequadas a sua faixa etária, e dependendo da sua doença, dieta específica; **Jogos e brincadeiras:** é coisa muito séria para a criança, ela permite que a mesma, apesar de estar fora de casa em um ambiente estranho, continue se desenvolvendo, utilizando sua imaginação e criatividade. O local deve ser limpo, arejado, seguro, confortável, alegre e bonito.

Como todos os seres humanos, as crianças/adolescentes têm muitas necessidades que devem ser respeitadas e valorizadas estando elas doentes ou não. Caso isso não ocorra, a Instituição hospitalar não estará praticando a humanização da assistência à criança/adolescente. Sabemos que quando se trata de atendimento devemos em primeiro lugar avaliar as necessidades apresentadas pelo paciente, e a partir dessas, desenvolver o plano de tratamento, para que este tenha qualidade, não venha deixar traumas e seqüelas, que em alguns casos podem ser irreparáveis, visando o pronto restabelecimento do cliente.

#### 1.4 O TRAUMA DA HOSPITALIZAÇÃO

Estar hospitalizada representa para a criança uma nova e diferente situação de tudo que vivenciou até então, ela encontra-se fora de seu ambiente familiar, e rodeada de desconhecidos. O hospital em si é uma instituição bastante estressante, fechada e organizada segundo as necessidade e possibilidades daqueles que ali trabalham, com atenção somente no processo de cura da doença esquecendo-se das necessidades psíquicas e sociais da criança.

Estar fora de seu ambiente familiar, em um local totalmente diferente, gera na criança, ao ser hospitalizada, angústia, tensão e muita insegurança, tanto para ela como para a família.

No início da hospitalização, a criança apresenta reações como choro, gritos, recusa dos procedimentos. Depois de um tempo de hospitalizada ela pode apresentar atitudes de punição, retrocesso ou regressão, estado depressivo, ausência do controle de esfíncteres, alterações no sono, perturbações alimentares e alterações de comportamento em geral.

Para Viegas (2007), a criança quando hospitalizada sempre reage com medo mesmo quando inaparente, sua adaptação é mais difícil, principalmente em hospitalizações prolongadas, podendo levá-las a desenvolver depressão e agressividade ficando traumas muitas vezes para o resto da vida. Já para os adolescentes esse processo de hospitalização é mais fácil, pois eles compreendem melhor o momento que estão enfrentando, mesmo assim alguns podem apresentar depressão, tristeza e choro.

Já para Scaranto (2007), quando o paciente sabe que está enfrentando uma doença que ameaça sua vida, freqüentemente desenvolve quadros de depressão, regressão, rebeldia e até psicose. Uma das alternativas para minimizar esse sofrimento e angústia segundo Morsch e Aragão (2006, p. 241):

[...] a possibilidade de a criança trazer para o ambiente hospitalar registros pessoais de seu meio familiar e social a torna mais segura e a habilita para a criação de canais de comunicação com a equipe, repleto de padrões subjetivos e particulares. Isso é fácil quando a sugestão é de que a criança traga consigo fotos, brinquedos, o próprio travesseiro, por exemplo.

Esta atitude por parte da equipe permite que a criança possa se organizar em torno de sua hospitalização, tornando a internação menos impessoal e trazendo a tona assuntos sobre a vida da criança além da sua doença, permitindo um dialogo muito maior entre a equipe e o paciente.

O sofrimento da criança durante a hospitalização varia muito em relação a sua própria doença, idade, características individuais, ou até mesmo da educação que recebeu de sua família. Para entender um paciente pediátrico, é necessário conhecer as características individuais e os hábitos anteriores a sua hospitalização. O momento da admissão é muito valioso para obter estas informações sobre a doença da criança e apresentá-la à unidade, procurando estabelecer um bom relacionamento com a criança desde sua chegada ao hospital.

A confiança que a criança deposita na equipe depende da maneira

honestas com que as pessoas que cuidam dela, reagem. Nada é mais prejudicial para a criança do que perceber que foi enganada. Algumas atitudes humanizadas podem ajudar a equipe a conquistar a confiança da criança, como, por exemplo, chamá-la pelo nome e respeitar alguns hábitos da vida diária dela, desde que estes não atrapalhem o andamento e a rotina da unidade.

A atenção à saúde da criança enferma implica não só nos cuidados biológicos a ela dispensados pela equipe de saúde, mas também, em cuidados psicológicos e sociais. Esta assistência deve ser integral, observando que estes possuem dúvidas, medos, anseios e, principalmente, que está tentando entender o processo de adoecer.

A criança é um ser ativo e traz consigo a necessidade de se movimentar, de se comunicar, seja através de uma linguagem formalizada ou gestos, ou por meio de processos lúdicos, especialmente no convívio com outras crianças. Isto se vê com maior facilidade em jogos e brincadeiras, considerando que o brincar para a criança, ocorre a qualquer momento da infância, de acordo com o contexto em que ela está vivenciando.

Cada criança tem sua maneira de pensar, sentir e reagir. Elas têm o direito a conhecer a verdade, a ter privacidade e a ser compreendida em seus desejos e preferências, enfim, a criança deve ser respeitada e tratada como pessoa (SIGAUD, 1996).

Visando a humanização, as equipes foram conduzidas a ter um novo olhar sobre a criança hospitalizada. As crianças hospitalizadas deixam de ser um mero objeto, ou uma doença, e passam a ser alguém que faz parte de uma família, que possui um lugar neste grupo, que tem necessidades e desejos. Exigindo dos profissionais, o conhecimento de novas formas de conduta e tratamento, específicas para cada criança, de acordo com sua faixa etária, tipo de doença, comportamento, características individuais e tempo de internação (MORSCH; ARAGÃO, 2006).

Outra alternativa muito importante para a criança é o brincar. Brincando a criança expressa seus sentimentos, conflitos e elabora o que está acontecendo com ela no momento.

O efeito do ambiente sobre o estado emocional da criança depende dos pais e dos profissionais de saúde. É impossível impedir o choro, gritos e os barulhos de alguns equipamentos. Nestas situações, a presença familiar é fundamental já que pode distrair e confortar a criança atenuando as situações. As brincadeiras são extremamente úteis para que a criança continue a exercer as suas habilidades, para que possa expressar-se e interagir de modo positivo com o meio que a envolve. Através dos desenhos, brinquedos prediletos e objetos familiares podemos diminuir o sofrimento e a ansiedade provocados pelo ambiente hospitalar (MONTEIRO, 2007, p. 20).

A hospitalização geralmente será traumática, principalmente para crianças que desde muito cedo convivem com a dor, mas atitudes humanizadas como permitir para ela o brincar vão diminuir o sofrimento, possibilitando que mesmo estando no hospital a criança pode se desenvolver, criar e aprender, reduzindo e minimizando consideravelmente o trauma da hospitalização infantil, pois o brincar resgata a alegria.

A humanização no atendimento a criança hospitalizada é o primeiro ponto para que esta seja tratada com respeito as suas necessidades de ser criança. Desta forma, muitos hospitais visando este atendimento humanizado a criança doente, têm procurado promover momentos de descontração com atividades lúdicas e, principalmente; promover o desenvolvimento das funções intelectuais da criança, propiciando a ela a aprendizagem dentro do hospital. Sabemos que muitas crianças/adolescentes permanecem muito tempo em tratamento ou em internações, que por seu estado geral de saúde, são impedidas de freqüentar a escola, mas não devem ser impedidas de aprender, sorrir, brincar e continuar se desenvolvendo.

# CAPÍTULO 2

## PEDAGOGIA HOSPITALAR



Figura 3 - Desenho de F. C. L., 7 anos.

## CAPÍTULO 2

### PEDAGOGIA HOSPITALAR

#### 2.1 PEDAGOGIA HOSPITALAR

Quando uma criança/adolescente adoece de forma aguda ou crônica que não se pode realizar o tratamento apenas a nível ambulatorial, e necessita ser hospitalizada, ela passa neste momento por uma grande mudança em sua vida. O hospital utiliza de todos os recursos tecnológicos, para obter se não a cura, a melhora na qualidade de vida deste paciente, fazendo com que esta criança/adolescente deixe de ser um sujeito e passe a ser apenas uma patologia.

Toda a família passa por um processo de desestruturação, revelando sua fragilidade e ansiedade. A criança deixa o seu meio ambiente e passa a conviver em um ambiente cheio de normas, regras e rotinas, que objetiva seu restabelecimento e qualidade de vida, e ao mesmo tempo a trata de forma distante como um objeto.

Segundo Ortiz e Freitas (2005), a criança ao ser hospitalizada passa por um quadro de limitação, frustração, dor e angústia, convivendo com o medo da morte, que leva muitos dos seus companheiros de quarto.

Ao instalar-se na unidade de tratamento, o paciente infantil, já infligido pelas incômodas sensações corporais, terá, ainda, que assumir o enfrentamento das intercorrências adicionais: precariedades e/ou limitação de seu corpo; a separação dos pais, configurando um sentimento de abandono; adaptação ao desconhecido mundo branco hospitalar; as dúvidas de estar nos padrões de normalidade; os prejuízos em sua vivência familiar e o reconhecimento de deixar de ser uma criança autônoma para descobrir-se, com pesar, como heterônoma (ORTIZ; FREITAS, 2005, p. 29).

Para a criança tudo é uma descoberta do mundo a sua volta, ela necessita de espaço e de experienciar situações novas, sendo que, a linguagem, a observação, a imaginação e a fantasia vão se desenvolvendo cada dia mais. É justamente neste contexto da vida da criança (de estímulos, descoberta e

desenvolvimento) que a doença e a hospitalização acontecem, tornando sua estada no hospital ainda mais agressora e cheia de sofrimentos.

A internação hospitalar significa uma limitação física e intelectual, impedindo a sua permanência na escola, em muitos casos por períodos bastante longos. Dentro deste contexto, o hospital deve ser percebido como um local que deve oportunizar às crianças/adolescentes hospitalizados vivência educativa e desenvolvimento de suas potencialidades.

Apesar da pedagogia hospitalar ter como objetivo o acompanhamento escolar do paciente hospitalizado, o objetivo do hospital é o restabelecimento do indivíduo e a cura de sua doença. Nesse aspecto, é importante ressaltar que a educação hospitalar deve também ter como foco a saúde de cada um, respeitando suas características individuais. Todo o conhecimento e as estratégias de ensino devem traduzir-se em qualidade de vida.

A pedagogia hospitalar, assim, se dedica ao atendimento educacional de crianças/adolescentes hospitalizados. Segundo Matos e Mugiatti (2007), esta tem por objetivo manter e potencializar os hábitos próprios da educação intelectual e da aprendizagem de que todas as crianças/adolescentes necessitam, em idade escolar mediante atividades desenvolvidas por pedagogos. Para elas tudo isto surgiu da convicção de que as crianças/adolescentes hospitalizados, em idade escolar, não devem interromper na medida do possível seu processo de aprendizagem educativa, a fim de que não percam seu curso e muito menos que se tornem repetentes.

Este tipo de educação visa à prática educativa integral do ser humano, melhorando seu crescimento e aperfeiçoamento intelectual. Esta propõe ajudar a criança/adolescente hospitalizado que passa por um momento difícil e cheio de limitações, para que possa continuar se desenvolvendo e ampliando seus conhecimentos, por meio da promoção de novas metodologias e procedimentos que possibilitem a continuidade de sua educação.

O efeito causado pelo ambiente estranho do hospital pode e deve ser minimizado adotando algumas medidas simples como: pintar paredes de cores variadas e alegres, utilizar roupas de cores diferente, possuir diversos brinquedos. Desta forma, podemos transformar o ambiente hospitalar em um ambiente alegre.

O afastamento do cotidiano da criança provocado pela sua hospitalização traz uma nova situação para a vida do enfermo, que, além de afastá-

lo das suas atividades normais da escola, pode levar a criança a também apresentar alterações psíquicas. Todo o projeto pedagógico desenvolvido no hospital deve visar não só o biológico e o emocional, mas também o pedagógico. Tendo como objetivo principal o desenvolvimento intelectual da criança/adolescente.

Se esta criança vivenciou momentos difíceis, se esteve hospitalizada por um longo período, se deparou-se com uma equipe de saúde rígida e somente profissional, se não teve alguém a lhe oferecer apoio e ajuda, este paciente provavelmente carregará em si seqüelas muito graves causadas pelo período de hospitalização. A situação contrária, sempre que possível, minimizará o sofrimento determinado pela internação (CHIATTONE, 1988, p. 57).

Nesta perspectiva, para Matos e Mugiatti (2007), o hospital-escola é um espaço que vai além da escola e do hospital, isto porque a pedagogia hospitalar não se propõe apenas a oferecer a continuidade das instruções educacionais, mas em possibilitar o desenvolvimento do indivíduo de forma global e em todos os aspectos decorrente de seu processo de hospitalização, que muitas vezes pode ser traumático para criança. O conhecimento da realidade do educando também é um ponto importante a ser considerado.

Observa-se que a continuidade dos estudos, paralelamente ao internamento, traz maior vigor às forças vitais da criança (ou adolescente) hospitalizado, como estímulo motivacional, induzindo-o a se tornar mais participante e produtivo, com vistas a uma efetiva recuperação. Tal fato, além de gerar uma integração e participação ativa que entusiasma o escolar hospitalizado, pelo efeito da continuidade da realidade externa, contribui, ainda de forma subconsciente, para o desencadeamento da vontade premente de necessidade de cura, ou seja, nasce uma predisposição que facilita sua cura e abrevia o seu retorno ao meio a que estava integrado (p.72).

É neste contexto que se instala a função do educador, ou seja, a de realizar um trabalho multidisciplinar, não perdendo de vista o sujeito. Este deve estar atento, para continuar estimulando o educando a continuar estudando e a vencer esta etapa difícil e traumática de sua vida. Desta forma, o enfoque hospitalar e pedagógico é auxiliar na transformação da criança/adolescente hospitalizado em um sujeito ativo, crítico e consciente, buscando uma sociedade mais humana.

A pedagogia hospitalar vem contribuir para a inovação da

assistência clínica infanto-juvenil, nos seus inúmeros procedimentos, trazendo muitos benefícios as crianças/adolescentes hospitalizados, pois sabemos que a hospitalização aliada à falta de convívio familiar, junto ao afastamento dos colegas e amigos traz as crianças/adolescentes muitos traumas. “Estas situações frequentemente levam a quadros de depressão, regressão, rebeldia e até psicose” (SCARANTO, 2007, p. 56). Esta permite a criança/adolescente continuar tendo contato com o mundo acadêmico, aprendendo e se desenvolvendo, além de ajudá-los compreender o momento que estão passando, por meio de esclarecimento de dúvidas e questionamento feitos por eles.

Para tanto a pedagogia hospitalar segundo Matos e Mugiatti (2007), deve ser estrutura de forma que alie educação e saúde. O seu ponto principal é o atendimento pedagógico de acordo com as necessidades e peculiaridades da criança/adolescente hospitalizado.

Se a ação pedagógica integrada é importante para toda pessoa, também o será para a criança (ou adolescente) enferma, considerando que o seu processo de educação foi interrompido, gerando, entre outros impedimentos, o de freqüentar a escola regular. Assim, todo seu projeto de vida passa a depender mais ação positiva e competente da pedagogia hospitalar do que da natureza, curso e seqüelas da sua enfermidade, principalmente se não estiver preparada para enfrentar a realidade (p.46). A educação que se processa, por meio da pedagogia hospitalar, não pode ser identificada como simples instrução (transmissão de alguns conhecimentos formalizados). É muito mais que isto. É um suporte psico-sócio-pedagógico dos mais importantes, porque não isola o escolar na condição pura de doente, mas sim, o mantém integrado em suas atividades da escola e da família e apoiado pedagogicamente na sua condição de doente (MATOS; MUGIATTI, 2007, p. 47).

Assim, o profissional que trabalha com a pedagogia hospitalar deve desenvolver habilidades integradas, relacionando educação e saúde. Está não deve ser livre, mas reflexiva e transformadora da realidade do escolar hospitalizado. A educação deve ser transpessoal, levando-o a desenvolver sua capacidade criadora, emancipadora, ética e estética, atendendo de fato as crianças/adolescentes hospitalizados que estão passando por um momento diferenciado de suas vidas, mas não impossibilitado de continuar o seu desenvolvimento intelectual, emocional e social.

## 2.2 CLASSES HOSPITALARES

Na atual sociedade impactada pela aceleração de informações, conhecimentos e descobertas tecnológicas, nos vemos envolta por problemas sociais crescentes exigindo medidas que minimizem ou eliminem os traumas causados pelo atropelo tecnológico.

A educação, por sua vez torna-se cada vez mais fundamental neste processo, como mediadora das transformações sociais, apoiada em outras ciências, contribuindo com maior rapidez e criatividade, para a formação da sociedade, mais consciente, mais justa e, principalmente, mais humana.

Nesse sentido, a educação deve privilegiar o contexto socioeconômico e cultural das crianças, reconhecendo as diferenças entre elas, seus valores e sua bagagem de conhecimentos. Além disso, deve propiciar a todas um desenvolvimento integral e dinâmico (cognitivo, afetivo, lingüístico, social, moral e físico-motor), bem como o acesso aos conhecimentos socialmente disponíveis do mundo físico e social. A educação deve instrumentalizar as crianças de forma que possibilite a construção de sua autonomia, criticidade, criatividade, responsabilidade e cooperação (FRIEDMANN, 2006, p. 52).

Para tanto, as crescentes alterações sociais exigem de seus profissionais a formação contínua e o desenvolvimento de novas habilidades, para enfrentar novas exigências sociais, como é o caso da hospitalização infantil, ou seja, da escola no hospital, que devido ao tempo de internação, as crianças/adolescentes rompem com o seu processo de escolarização.

Objetivando oferecer as crianças/adolescentes hospitalizados, ou em longo período de tratamento hospitalar, a valorização de seus direitos à educação e à saúde, como também, um espaço que lhe é de direito como cidadão.

A escola no hospital em sintonia com as demais áreas do conhecimento, com uma visão multi/inter/transdisciplinar, num trabalho integrado, de sentido complementar, em benefício da criança/adolescente enfermo, em situação de fragilidade ocasionada pela doença, mas totalmente passível de motivação e incentivo à participação no processo de cura.

O educador como partícipe da equipe de saúde, tem, portanto, a incumbência de retornar esse papel na sociedade, como agente de mudanças, mediante ações pedagógicas integradas, em contextos de educação informal, com vistas à formação de consciência crítica de todos os envolvidos, numa atuação incisiva, na reestruturação dos sistemas vigentes para uma nova ordem superior (MATOS; MUGIATTI, 2007, p.24).

Dentro deste processo, segundo as autoras, o educador deve buscar o constante aperfeiçoamento e ter o compromisso de transformação social e pessoal, fazendo parte de uma proposta integrada, desempenhando as necessidades educacionais dos indivíduos.

Segundo Arosa e Schilke (2007), a ação educativa que se desenvolve dentro do espaço hospitalar é regida por alguns princípios que ressaltam seu caráter escolar, conforme o documento Classe Hospitalar e Atendimento Domiciliar.

O direito à educação se expressa como um direito à aprendizagem e à escolarização, traduzido, fundamentalmente e prioritariamente, pelo acesso à escola de educação básica, considerada como ensino obrigatório, de acordo com a Constituição Federal Brasileira. A educação é direito de todos e dever do Estado e da Família, devendo ser promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, tendo vista o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho segundo a Constituição Federal no art. 205. Cumprir às classes hospitalares 1 e ao atendimento pedagógico domiciliar 2 elaborar estratégias e orientações para possibilitar o acompanhamento pedagógico-educacional do processo de desenvolvimento e construção do conhecimento de crianças, jovens e adultos matriculados ou não nos sistemas de ensino regular, no âmbito da educação básica e que encontram-se impossibilitados de frequentar a escola, temporária ou permanentemente e, garantir a manutenção do vínculo com as escolas por meio de um currículo flexibilizado e/ou adaptado, favorecendo seu ingresso, retorno ou adequada integração o seu grupo escolar correspondente, como parte do direito de atenção integral (BRASIL, apud AROSA; SCHILKE, 2007, p.25).

Sendo assim, não nos resta dúvida sobre o caráter escolar do atendimento pedagógico desenvolvido dentro do hospital, uma vez que a permanência da criança/adolescente no hospital não deve representar uma quebra no vínculo com a escola, e muito menos um prejuízo ao desenvolvimento intelectual.

Seguindo este princípio, não podemos pensar em uma educação escolar diferenciada no hospital, pois sua base é escolar. A ação educativa

desenvolvida na escola no hospital tem, portanto, a orientação da pedagogia escolar, todavia, não significa uma transposição direta de toda e qualquer prática educativa para dentro do hospital, devendo assim, ser flexível, estar de acordo com as potencialidades e desenvolvimento, respeitando as características individuais de cada criança/adolescente, bem como, respeitar as limitações impostas pela doença e hospitalização.

Desta forma, para Arosa e Schilke (2007), a escola no hospital não é uma escola propriamente dita com suas edificações e estrutura física, mas uma escola com a amplitude que o processo educativo necessita. No caso da educação no hospital, uma escola que rompa com os limites arquitetônicos não se prendendo a paredes ou locais específicos.

Uma escola onde o local não é um limitador para aprendizagem, está no caso do hospital esta se desenvolve onde existem crianças/adolescentes com sede de aprendizagem, podendo acontecer em enfermarias, corredores, sala de espera, refeitório, e até no pátio.

Para tanto, a importância da escola no hospital é fundamental para todas as crianças/adolescentes, escola esta que reconheça os direitos de todos os cidadãos, suas necessidades e se compromete com a construção de conhecimento, possibilitando a formação e o desenvolvimento do indivíduo, permitindo, assim, a construção do conhecimento como um bem social a serviço da transformação do ser humano.

Matos e Mugiatti (2007) descrevem que é muito importante que se diferencie os dois procedimentos de escolaridade que se realizam no ambiente hospitalar, que são hospitalização escolarizada e classe hospitalar.

A hospitalização escolarizada consiste no atendimento personalizado (individualizada) ao escolar doente, respeitando sua doença e considerando sua escolaridade. Onde, também, se desenvolve uma proposta pedagógica específica para cada aluno conforme suas necessidades, entrando em contato com a escola e desenvolvendo uma proposta pedagógica de acordo com a escola (envolvendo a professora do aluno, a assistência social e família para recebimento e entrega de atividades).

E, a classe hospitalar onde o atendimento ao escolar enfermo acontece de forma integrada, o atendimento é coletivo, várias crianças/adolescentes juntos. Não segue os conteúdos específicos que a criança/adolescente estava

aprendendo em sua escola. Mas, possui uma proposta pedagógica valorizando a criança como um todo, possibilitando a aprendizagem de conteúdos de acordo com a faixa etária e suas potencialidades, estimulando o desenvolvimento intelectual, social e emocional de cada criança/adolescente, mas principalmente, permitindo aos mesmos a construção do seu próprio conhecimento e a expressão de seus sentimentos.

Desta forma, a classe hospitalar possibilita a criança/adolescente não só o acompanhamento escolar, mas valorização da vida, permitindo que ela se expresse, desenvolva, se torne criativa, crítica, conseguindo assim, acompanhar seus amigos quando voltar para escola no término do tratamento. Ou seja, a classe hospitalar permite a criança/adolescente que não se sinta inferior em relação aos outros da mesma idade, que aprenda a se conhecer e a valorizar todos os momentos conseguindo enfrentar melhor as diversidades da vida.

Sendo assim, a classe hospitalar é uma modalidade de ação da Educação Especial, que tem por objetivo propiciar o acompanhamento curricular do aluno, quando este estiver impossibilitado de freqüentar a escola.

Na realidade, os pacientes que ocupam as enfermarias das pediatrias variam entre crianças/adolescentes, ou seja, com a faixa etária entre 0 a 15 anos de idade em média e se estes não estivessem hospitalizados, provavelmente estariam freqüentando as escolas.

Sabemos que a legislação reconhece o direito de todos que estejam hospitalizados, a continuar seus estudos mesmo estando internados, mas infelizmente o número de instituições que atendem a legislação e oferecem este serviço é muito pequeno. Dentre elas existe uma forma variada de atendimento, algumas dão ênfase a aprendizagem propriamente dita com currículo semelhante à escola. Já outras se preocupam mais com a socialização e o lazer. Mas, ambas devem ter como foco o indivíduo como sujeito e devem transformar o tempo de hospitalização em construção e aquisição de conhecimento.

Segundo Schilke (2007), o hospital possui demandas diferentes das escolares, nós não podemos simplesmente transpor a proposta da escola para dentro do hospital, pois o hospital muitas vezes permite vir à tona o que muitas vezes a escola tenta esconder: o afeto na relação pedagógica.

Nesta perspectiva, a ação pedagógica é entendida como instrumento redutor dos efeitos traumáticos da internação e do impacto causado pelo distanciamento da criança da sua rotina, principalmente no que se refere ao afastamento escolar. O período de hospitalização é transformado, então, num tempo de construção de conhecimento e aquisição de novos significados, não sendo preenchido apenas pelo sofrimento (SCHILKE, 2007, p. 54).

A classe hospitalar é um espaço educacional que possibilita a aprendizagem e o desenvolvimento da criança/adolescente, fazendo uma mediação entre o hospital, a escola e o paciente.

Cada dia é um desafio, cada criança é um desafio a parte e cada uma delas que penetra na classe hospitalar vem trazendo consigo as suas mágoas e seus medos. Neste instante, o professor tem que parar a atividade para recebê-la e, em alguns minutos, perscrutar seu quadro emocional para depois travar a conquista, aquele jogo de sedução para que o paciente abandone sua insegurança e se entregue á oferta educativa (ORTIZ; FREITAS, 2005, p.15).

Segundo Ortiz e Freitas (2005), esta modalidade de ensino possibilita a criança/adolescente a aquisição da aprendizagem, o desenvolvimento de competência intelectual e a interação entre pares, compondo um novo quadro de qualidade de vida, construindo sentidos para ressignificar o adoecimento.

A participação da criança/adolescente em uma classe hospitalar faz com que se perceba como membro de um grupo, continue se desenvolvendo e não apresente tantos prejuízos acadêmicos quando retornar a escola.

O encontro da educação e saúde é fundamentado no desejo que a sociedade ocidental pleiteia: o acesso e permanência da escolarização para a infância. O ensino nos espaços da saúde protegem o desempenho escolar bem-sucedido das crianças, reintegrando-as á escola após a alta. Freqüentar as aulas, usufruir das relações interpessoais, conquistar aprendizagens e conhecer sentidos demarcam prazeres oriundos da ambiência escolar, e a criança hospitalizada almeja esta aceitação de normalidade (ORTIZ e FREITAS, 2005, p.46).

Para a criança/adolescente hospitalizado estudar significa um bem que só as crianças sadias podem e quando isto lhes é permitido eles tem a possibilidade de resgatar o prazer de aprender não só os conteúdos acadêmicos sistematizados, mas também, encontrar maneiras de reinventar a vida, diminuindo o sofrimento, facilitando sua reinserção escolar, evitando a evasão e o fracasso

escolar.

Conforme Ortiz e Freitas (2005), a educação em contexto hospitalar, fortalece a individualidade do paciente, assegura e respeita as obrigações escolares, garantindo e preservando os direitos a educação, bem como a partilha de interesses, afeto e brincadeiras. Este facilita a instrução escolar, estimula o desenvolvimento nos processos psíquicos e intelectivos e produção de aprendizagens.

Os atos educativos presentes na classe hospitalar procuram manter o vínculo da criança/adolescente com a escola, diminuindo problemas de aprendizagens que por ventura as crianças/adolescentes possam apresentar. Todo o ensino tem como base exercícios que favoreçam a emancipação e o desenvolvimento da autonomia, cumprindo os preceitos de igualdade, liberdade, dignidade e cidadania humana, evitando a exclusão escolar.

Classes hospitalares que optam por uma abordagem lúdico educativa concentrando suas ações em atividades educativas ensinadas de forma lúdica, sempre contextualizando e partindo de sua vivência cotidiana.

Ortiz e Freitas (2005) elencam algumas práticas educativas de ensino no hospital: resgate da vivência e realidade da criança/adolescente; continuidade de conteúdos da escolarização escolar de acordo com a faixa etária, buscando sanar as dificuldades e propiciar a aquisição de novos saberes; promover a apropriação de habilidades e aprendizagem escolares; fortalecer o retorno e reinserção da criança/adolescente no ensino regular; disponibilizar a proteção afetiva garantindo proteção e respeito ao paciente; fortalecer a construção do viver e superação do adoecimento e estimular o desenvolvimento socioafetivo.

A classe hospitalar transcende o conteúdo programático, pois este conteúdo quando tratado de forma lúdica e prazerosa leva a criança a viver (elabora sentimentos e emoções) a classe hospitalar tem um grande valor para as crianças/adolescentes e seus familiares, pois possibilita para eles a continuidade da aprendizagem escolar.

Todas essas ações devem preservar as necessidades intelectuais e socioafetivas do enfermo e tem por meta o não prejuízo nos estudos da criança e adolescente enquanto estiver em processo de internação e em casos de internações recorrentes ou prolongadas. A atenção, desta forma, será focada no planejamento criterioso proporcionando a continuidade da vida acadêmica do estudante.

Para tanto, a classe hospitalar vai promover a sistematização da aprendizagem, promovendo o desenvolvimento e contribuindo para a reintegração à escola após alta hospitalar. Mas não podemos nos esquecer de promover às crianças/adolescentes experiências vivenciais dentro do hospital que favoreça o brincar, pensar, criar etc, pois estas permitem à criança/adolescente o desenvolvimento que não deve ser interrompido durante a hospitalização. O brincar oportuniza por meio de brinquedos e brincadeiras reelaborar as manifestações de alegria e do lazer, resgatando a vitalidade e a autoconfiança.

O brincar e a classe hospitalar permitem às criança/adolescentes aprenderem a interagir, ser, e reagir frente às diversidades de uma hospitalização, diminuindo os traumas decorrentes da internação hospitalar.

# CAPÍTULO 3

## O BRINCAR PARA A CRIANÇA



Figura 4 - Desenho de M. S. F., 6 anos

## CAPÍTULO 3

### O BRINCAR PARA A CRIANÇA

#### 3.1 O BRINCAR

O brincar é essencial ao ser humano. Durante a infância, ele desempenha um papel fundamental na formação do desenvolvimento físico, emocional, intelectual, moral e social. Zatz, Zatz e Halaban (2006), colocam que a brincadeira é uma atividade inerente ao ser humano.

Para Friedmann (2006), o brincar já existe na vida dos indivíduos muito antes de qualquer pesquisa sobre o assunto. E a importância desta atividade para o desenvolvimento infantil é, também, consenso para muitos teóricos. Sendo assim, como surgiu esta preocupação com o brincar? Talvez isto se deva pela decorrência da diminuição do espaço físico e temporal que se destina a esta atividade atualmente, pois, se pensarmos à respeito, podemos afirmar que de um modo geral as crianças em todas as épocas têm passado grande parte do seu tempo brincando. Assim, a brincadeira está presente na vida da criança independente do que ela estiver fazendo e, para a criança, cada atividade de brincar é uma oportunidade de aprender, explorar, criar, construir e reconstruir tudo a sua volta.

Para Meyer (2003), valorizar a brincadeira é uma forma de expressão que possibilita a construção de conhecimentos pela criança. A brincadeira é uma forma de linguagem que a criança usa para compreender e interagir consigo, com o outro e com o mundo. Sendo a brincadeira uma expressão do ser humano, é uma forma de linguagem que perpassa gerações. Para Batista (2003, p. 125), brincar é um veículo privilegiado para as crianças se expressarem.

[...] é através dele que se processa a organização do sujeito, que nasce e se desenvolve a linguagem, que se dá o aprendizado e o conhecimento do mundo. Via privilegiada de expressão e de apreensão da realidade, o brincar permite o acesso ao simbólico e aos processos de complexificação da vida.

As brincadeiras aprofundam para a criança a compreensão da realidade. Em suas brincadeiras, elas constroem seus próprios mundos e deles fazem o vínculo essencial para compreender o mundo adulto, dão novos significados e reelaboram acontecimentos que estruturam seus esquemas de vivências, sua variedade de pensamentos e a gama diversificada de sentimentos que têm.

Para Foresti e Bomtempo (2006), brincar é bom, pois brincando as crianças aprendem a lidar com seus temores, seu estresse. Durante as brincadeiras, elas projetam seus sentimentos e, assim, aprendem a identificar suas emoções e a lidar com elas.

Brincar é essencial para o desenvolvimento e para a formação de todo ser humano. Brincar é uma atividade universal. Todo indivíduo, em qualquer parte do planeta, de uma forma ou de outra, já brincou. É uma atividade natural, presente na vida do homem desde os primórdios da humanidade ou mesmo antes disso, visto que até os animais irracionais brincam. Brincar é, portanto, algo muito antigo (MOTA; CHAVES, 2005, p. 167).

À medida que a criança cresce a relação dela com os brinquedos, é importante para a formação da sua personalidade (ZATZ; ZATZ; HALABAN, 2006). Este desenrolar de habilidades, que o brinquedo conserte ao desenvolvimento da criança, permite-nos afirmar não só quanto é bom brincar, mas também, o quanto brincar é bom! (FORESTI; BOMTEMPO, 2006, p.34).

Percebemos que o brinquedo é muito mais do que um entretenimento. É, antes, oportunidade de desenvolvimento. Brincando, a criança experimenta, desenvolve sua linguagem, testa seus limites e extravasa seus medos. Além disso, o brinquedo estimula a curiosidade e a autoconfiança da criança. Brinquedo é coisa séria? (ZATZ; ZATZ; HALABAN, 2006, p.17).

É neste processo de interação da criança com seus brinquedos e por meio de brincadeiras que ela se prepara para interagir e atuar no mundo. Para Teles (1999), quando a criança brinca, ela se encontra em um momento importante de interação, permitindo-se ser mais feliz e se realizar no presente e no futuro.

Brincando, ela explora o mundo, constrói o seu saber, aprende a respeitar o outro, desenvolve o sentimento de grupo, ativa a imaginação e se auto-realiza. Assim, como o trabalho e a profissão são indispensáveis para o adulto, também as brincadeiras o são para a criança. Essa é a sua principal ocupação [...]. Brincando, a criança, também, coloca para fora as suas emoções e personaliza os seus conflitos. Brincar, acima de tudo com liberdade, é uma das condições para estimular, principalmente, a criatividade [...]. A criança reproduz na brincadeira a sua própria vida. Através dela, ela constrói o real, delimita os limites frente ao meio e o outro e sente prazer de poder atuar ante as situações e não ser dominado por elas (TELES, 1999, p. 14-16).

A brincadeira permite à criança sua interação com o mundo, com as pessoas e, principalmente, com outras crianças. Ela começa a conhecer o mundo através de suas primeiras brincadeiras e é por meio dessas que ela aprende a desempenhar papéis sociais, os quais serão de extrema importância para seu desenvolvimento e intenção na sociedade, tornando-se um cidadão crítico e consciente do seu papel social.

É por meio do brincar e da interação da criança no brincar em sociedade que se constitui o ser humano. São os gestos, os sons, as expressões da fala, as próprias relações estabelecidas por aqueles que estão brincando. Esse conjunto de significados vai remeter a muitos aspectos da vida. Estes são os fenômenos que vão ajudar a criança a encontrar subsídios para o seu crescimento como sujeito, buscando novos significados e novas formas de experienciar as diversas situações da vida, favorecendo assim sua compreensão do mundo.

Para Macedo, Petty e Passos (2005), o brincar é sério uma vez que supõe atenção e concentração. Atenção no sentido de que envolve muitos aspectos inter-relacionados e concentração no sentido de que requer um foco, para motivar as brincadeiras e torná-las interessantes. Eles descrevem que o brincar é fundamental para o desenvolvimento da criança, sendo a principal atividade delas quando dedicadas às suas necessidades de sobrevivência (alimentação, repouso, etc.).

Todas as crianças brincam estando cansadas, doentes ou não. Brincar é envolvente, interessante e informativo. Envolvente porque coloca a criança em contexto de interação com o seu corpo e suas fantasias e interessante porque canaliza, orienta, organiza as energias da criança, dando-lhe forma de atividade ou ocupação. Informativo porque, nesse contexto, ela aprende sobre as características dos objetos, os conteúdos pensados ou imaginados.

Ao brincar, a criança desenvolve a imaginação, fundamenta afetos, explora habilidades e, na medida em que assume múltiplos papéis, fecunda competências cognitivas e interativas. Como se isso tudo já não fizesse do "ato de brincar" o momento maior da vida infantil e de sua adequação aos desafios, é brincando que a criança elabora conflitos e ansiedades, demonstrando ativamente sofrimentos e angústias que não sabe como explicitar.

Desta forma, segundo Dohme (2008), precisamos considerar que o brincar faz parte do cotidiano das crianças, e é o que elas mais gostam de fazer, bem como, faz parte de sua vida, sendo um exercício de viver em sociedade. Enquanto as crianças/adolescentes brincam, estão crescendo e adquirindo experiências para a vida adulta.

Sendo assim, o brincar é fundamental para o desenvolvimento da criança/adolescente, a principal atividade deles quando dedicadas às suas necessidades de sobrevivência. Quando as crianças/adolescentes estão doentes, o brincar e as brincadeiras permitem a eles expressarem suas emoções e personalizar seus conflitos.

### 3.2 O BRINCAR E A CRIANÇA HOSPITALIZADA

O brincar e as brincadeiras fazem parte do desenvolvimento e da formação dos seres humanos. Trata-se de uma atividade universal. De uma maneira ou de outra já brincamos um dia, uns mais outros menos, mas todos já brincamos.

Sabemos que o brincar e as brincadeiras constituem um elemento fortemente estimulador do desenvolvimento infantil.

A criança brinca desde o nascimento, primeiro com a mãe, depois com o seu corpo, e à medida que ela vai crescendo as brincadeiras vão se transformando, permitindo à criança conhecer o mundo a sua volta de forma significativa. Sabemos que quando brinca a criança se desenvolve, constrói e exercita seu pensamento. Na medida em que ela desenvolve sua imaginação, por meio do faz de conta, ela assume papéis da vida adulta e da vida diária, permitindo a mediação do real e do imaginário. Desta forma, brincar é uma atividade

importantíssima para a criança na elaboração da realidade que está vivenciando, possibilitando o conhecimento de si no mundo, na sua cultura e sociedade.

Brincar, atividade inerente ao comportamento infantil é indispensável, pode ser considerada como fome de adaptação e instrumento de formação e recuperação da saúde. Caracterizando-se pelo predomínio do prazer sobre o desprazer, do relaxamento sobre a tensão e da espontaneidade sobre a submissão à coerção, torna-se extremamente relevante em momentos críticos, como os vividos por uma criança no processo de internação (OLIVEIRA, 2007, p. 27).

Segundo Cunha (1997), todas as crianças, independente de sua condição sócio-econômica, têm em seu brinquedo, seja ele qual for, a possibilidade de se desenvolver. Quando hospitalizadas não são diferentes.

Sabemos que as crianças pertencem a uma família e estão inseridas em uma comunidade e para se desenvolverem necessitam de um ambiente seguro, caloroso, estável e estimulante. Infelizmente, na instituição hospitalar, a criança é tratada por alguns profissionais como um adulto em miniatura e por outros como se não existisse. Isso as leva a desenvolver: sensações de punição, culpa, medo, limitações de atividades, intensificação do sofrimento físico e despersonalização.

No entanto, para Mota e Chaves (2005), os profissionais da saúde deveriam ser orientados de forma que tenham noções claras de que a doença é um ataque à criança como um todo, e que ela estará afetada em sua integralidade e seu desenvolvimento emocional estará comprometido. Entretanto, o brincar em pediatria é uma forma terapêutica de atenção global à criança hospitalizada.

Dentro do hospital, por mais que muitos que prestam atendimento a crianças reconheçam, a atividade de brincar é entendida como prioritária. Para os profissionais da área da saúde, os procedimentos clínicos, na maioria das vezes invasivos, dolorosos e traumatizantes são muito mais importante do que qualquer atividade que ajude a criança a amenizar suas angústias. O brincar, mesmo sendo fundamental para a criança por ser uma atividade da qual ela pode estabelecer contato com o mundo externo, recriar situações, criar desafios, satisfazer curiosidades, dentro da rotina hospitalar ocupa papel secundário.

O reconhecimento das limitações da criança, o conhecimento de suas necessidades, é importante para que a hospitalização infantil não desenvolva na criança/adolescente marcas que muitas vezes poderão se tornar irreversíveis. É

importante que a equipe de saúde respeite o tempo e a forma de expressar da criança/adolescente, suas necessidades e, principalmente, o trate como um sujeito em desenvolvimento que está inserido em um meio social, possibilitando a ele questionar, criar, recriar, experimentar e construir sua história. Neste aspecto, o brincar e a brincadeira devem ser respeitados e valorizados como algo fundamental para o desenvolvimento da criança como um todo, independente do seu estado de saúde.

Ao brincar, a criança desloca para o exterior seus medos angústias e problemas internos, denominando-os por meio da ação. Repete no brinquedo todas as situações excessivas para seu ego fraco e isto lhe permite, devido ao domínio sobre os objetos externos a seu alcance, tornar ativo aquilo que sofreu passivamente, modificar um final que lhe foi penoso, tolerar papéis e situações que seriam proibidas na vida real tanto interna como externamente e também repetir à vontade situações prazerosas (ABERASTURY, 1992, p. 15).

Quando as crianças brincam mesmo estando hospitalizadas, elas se sentem capazes de expressar suas vontades, escolhas, resgatando sua identidade, se identificando como sujeito e atores de sua história, que muitas vezes foi perdida no processo de hospitalização,

Acreditamos que o objetivo da assistência à criança deva ser o de minimizar o sofrimento, promovendo saúde e tornando esta um sujeito ativo no processo de hospitalização e doença. Sabemos que saúde não é apenas ausência de doença, mas, principalmente, consciência crítica do ser humano sobre si e sobre o meio em que vive.

Ao prestar assistência às crianças, elas devem ser entendidas como um indivíduo, e não como uma doença. A criança deve ser olhada como um sujeito do processo que vive. Os procedimentos clínicos são importantes para a cura da doença, mas o brincar que é fundamental para criança. Neste aspecto, os procedimentos clínicos e o brincar são os elementos perfeitos para o atendimento da criança, valorizando suas características individuais, permitindo o seu desenvolvimento e respeitando como um sujeito atuante na sociedade. O brincar faz parte do ser humano e deve ser entendido e respeitado.

O uso do lúdico como uma das formas de revelar os conflitos interiores da criança é sem dúvida uma das maiores descobertas da psicanálise. É brincando que a criança revela seus conflitos. De uma forma muito parecida como os adultos revelariam falando. No entanto, o brincar e as brincadeiras infantis não podem ser tomados como processos iguais à linguagem e à fala. Eles apresentam uma singularidade típica (BATISTA, 2003, p. 14).

Para Batista (2003), o brincar tanto é um modo de explorar a realidade que a cerca como também uma maneira de dominá-la. É uma maneira de explorar tanto a realidade interna como a externa. O brincar é muito mais do que uma representação da fantasia, é um modo de tirar alguma coisa de dentro para fora.

Segundo Maia (2000), o brincar permite à criança construir e elaborar conflitos e angústias, além do prazer proporcionado por meio do brincar. A hospitalização interrompe o processo de desenvolvimento, permitindo dividir em antes e depois da hospitalização, e o brincar diminui este trauma.

“O lúdico possibilita à criança sua livre expressão física e psicológica, configura-se como um instrumento privilegiado de afirmação de si mesmo, o que é vital para o processo de recuperação da saúde” (OLIVEIRA, 2007, p. 28).

Para Silva (2006), durante a hospitalização a criança apresenta dificuldades em suportar o sofrimento físico, as dietas e os procedimentos, muito dolorosos e traumatizantes, além disso, tem a saudade de casa, da escola dos amigos. Assim sendo, o brincar torna-se um meio da criança resgatar o que realizava na rua e em sua casa, resgatar sentimentos e vivenciar momentos alegres e prazerosos.

As brincadeiras durante o processo de hospitalização são excelentes oportunidades para a criança vivenciar experiências, que irão contribuir para o seu amadurecimento emocional, aprendendo a respeitar as diferenças entre as pessoas e os objetos. Além desses benefícios, estimulam o raciocínio e a compreensão das estratégias envolvidas, permitindo à criança dominar a própria conduta com autocontrole e auto-avaliação de suas capacidades e de seus limites (SILVA, 2006, p. 128).

Podemos afirmar que as crianças brincam, mesmo estando doentes, demonstrando para todos, que mesmo doentes querem continuar se desenvolvendo, aprendendo e vivendo.

A classe hospitalar aliada a atividades lúdicas facilita o desenvolvimento e melhoram a aprendizagem das crianças/adolescentes. Esta união torna o ensino mais interessante, permitindo a construção de conhecimento de maneira mais leve e satisfatória.

### 3.3 O BRINCAR E A CLASSE HOSPITALAR

A educação é fundamental para toda criança/adolescente, pois por meio da educação é que a criança vai adquirir conhecimentos e transformar-se em cidadão. A classe hospitalar, como toda classe, é um local de aquisição de habilidades e conhecimentos, é um ambiente agenciador do processo de aquisição de aprendizagens, desenvolvimento de competência intelectual e interação entre seus pares.

A principal preocupação da educação deve ser a de propiciar a todas as crianças um desenvolvimento integral e dinâmico. Em relação ao conhecimento, é importante fazer corresponder os conteúdos ao conhecimento geral da criança, aos seus interesses e às necessidades, além de desafiar sua inteligência (FRIEDMANN, 2006, p.53).

Mayer (2003), educar significa estar junto, construir, reconstruir, descobrir e respeitar a criança global, com características próprias e sensibilidade.

A classe hospitalar tem como proposta pedagógica a aquisição de conhecimentos, desenvolvimento emocional, intelectual e social, mas além de tudo isso, ela possibilita às crianças/adolescentes hospitalizados compor um novo quadro de qualidade de vida, construir sentidos e dar um novo significado ao adoecimento. Ela faz uma ponte entre a criança/adolescente e o hospital.

A participação da criança/adolescente na classe hospitalar faz com que esses continuem se sentindo como membros de uma sociedade, aprendendo e se desenvolvendo. As crianças continuam mantendo seus estudos mesmo estando doentes.

Mas o ensino dos conteúdos da classe hospitalar podem ser ministrados de forma lúdica. As atividades lúdicas permitem que a educação seja

menos formal e mais produtiva e voltada para o interesse da criança/adolescente, possibilitando a construção do conhecimento por parte da criança/adolescente enfermo.

A classe hospitalar também deve valorizar o brincar, pois conforme Foresti e Bomtempo (2006), brincar é bom, pois promove o desenvolvimento de todos os domínios da criança, proporciona o desenvolvimento físico, tanto habilidades de coordenação fina como grossa, aumenta o desenvolvimento cognitivo e emocional, desenvolve a comunicação e melhora a auto-estima. Quando as crianças brincam, elas pulam, correm, riem, desenvolvem a imaginação, a criatividade, aprendem a dividir as coisas, a esperar a sua vez, aprendem a lidar com seus temores, seu estresse.

O educador lúdico deve oferecer às crianças/adolescentes conforme Fortuna (2007), brinquedos e brincadeiras variadas, com as quais eles possam experimentar sua sensorialidade, motricidade, inteligências, como livros infantis, jogos de construção, lógicos, de inventividade e de criatividade, bem como bonecos e acessórios lúdicos. Esses podem criar nas crianças/adolescentes situações-problemas que desencadeiam atividades espontâneas, desenvolvendo suas estruturas cognitivas e psíquicas.

Durante as brincadeiras as crianças projetam sentimentos, aprendem a identificar suas emoções e a lidar com elas. O brincar possibilita ainda oportunidade de explorar os próprios potenciais e limitações (FORESTI; BOMTEMPO, 2006, p. 48).

Manipulando brinquedos, criando situações parecidas com aquelas que têm vivenciado, as crianças têm conseguido, com alguma facilidade, aliviar o sofrimento causado pela hospitalização. Nesse contexto, as crianças não brincam por brincar. Mesmo que o paciente não consiga brincar, exprimir nenhum conteúdo mais expressivo durante o jogo, o fato de poder brincar, mexer com brinquedos, sair do leito, sentir-se apoiado, já traz um enorme alívio, dando condições à criança de agir por si na situação (CHIATTONE, 1988, p.74).

As brincadeiras realizadas durante os períodos de estudo na classe hospitalar aprofundam a criança da compreensão da realidade que a cerca, estimula a sua imaginação, condições básicas para se tornarem criativas. O ato de brincar é primordial para que ela se torne um adulto sadio, criativo, independente e feliz.

Desta forma, o brincar e a classe hospitalar tornam as

crianças/adolescentes mais felizes, assistidos, ouvidos, satisfeitos, mesmo estando eles num ambiente hospitalar.

Para Fortuna (2007), o brincar no hospital não deve servir apenas para distanciar a criança/adolescente da realidade, distraíndo-os, mas deve auxiliá-los a vivê-las, desenvolvendo seu raciocínio, sua capacidade de expressão, melhorando seu ânimo, ajudando a reunir forças para compreender a realidade em que vivem.

O brincar para a criança/adolescente hospitalizado é fundamental, pois possibilita a ele melhorar sua auto-estima, sua qualidade de vida, seu bem-estar e, conseqüentemente, colabora para sua recuperação. Quando esta atividade de brincar é aliada à classe hospitalar, ou seja, à aprendizagem, ela permite que este paciente além de realizar atividades lúdicas, que o fazem relaxar, descontraír, e aliviar suas dores, construa o conhecimento e não se sinta defasado no aprendizado em relação aos colegas quando tiver alta e retornar à escola.

O brincar lhe oferece suporte enfrentamento dessas diferentes manifestações comportamentais, sem risco, sem julgamento, sem perdas irreversíveis. Na brinquedoteca, é possível viver a realidade de forma “fantástica” e, assim, preparar-se melhor para ela (AZEVEDO, 2006, p. 157).

Dessa forma, brincar é fundamental para a criança/adolescente, pois permite a eles reduzir os desconfortos, traumas e aliviar as tensões decorrentes do processo de internação. Sendo assim, é importante para as crianças/adolescentes hospitalizadas que elas tenham um espaço destinado para brincarem, lugar em que tudo convide a mexer, experimentar, tocar e explorar. A brinquedoteca hospitalar permite isso, pois brincar não é um luxo, e sim, uma necessidade vital da infância.

#### 3.4 BRINQUEDOTECA HOSPITALAR

A brinquedoteca hospitalar oferece para criança um espaço destinado para brincar livremente, transformar, criar, experimentar, investigar, construir, reconstruir, inventar e principalmente se expressar. Possibilita, também, a criança dirigir sua atividade, desenvolver sua autonomia, trocar experiências

desenvolvendo uma melhor interação social, perceber a si e ao mundo a sua volta, seus desejos, vontades, limites, melhorando suas potencialidades e desenvolvimento intelectual e social.

Segundo Cunha (2007), quando montamos uma brinquedoteca, temos que estar atentos para alguns objetivos que são: proporcionar um espaço onde a criança possa brincar sossegada, sem cobranças e sem sentir que está atrapalhando ou perdendo tempo; estimular o desenvolvimento de uma vida interior rica, melhorar a capacidade de concentração e atenção; desenvolver a inteligência, criatividade e sociabilidade; proporcionar acesso a um número maior de brinquedos, de experiências e de descobertas; dar oportunidade para que aprenda a jogar e a participar; incentivar a valorização do brinquedo como atividade geradora de desenvolvimento intelectual, emocional e social, enriquecendo o relacionamento entre as crianças e suas famílias;

Ainda segundo Cunha (2007), a principal implicação educacional da brinquedoteca é a valorização da atividade lúdica, que tem como consequência o respeito às necessidades afetivas da criança. Promovendo o respeito à criança/adolescente, contribui para diminuir a opressão dos sistemas educacionais extremamente rígidos. Além de resgatar o direito à infância, a brinquedoteca tenta salvar a criatividade e a espontaneidade da criança tão ameaçada pela tecnologia de massa.

Este é um espaço de estabelecer relações. Conforme Mota e Chaves (2005), dentro da brinquedoteca hospitalar é possível à criança/adolescente e aos seus pais estabelecer uma relação afetivo-social, que contribui não só para melhorar a relação dos filhos com os pais como também diminuir o estresse causado pela hospitalização.

Objetivando manutenção da saúde e prevenção de possíveis seqüelas que a hospitalização possa causar à criança/adolescente, a brinquedoteca atua resgatando a cidadania, diminuindo a distância entre o que é próprio do cotidiano da criança/adolescente e a frieza e impessoalidade do ambiente hospitalar.

O desenvolvimento infantil não é algo dado, acabado e definido. Cada criança traz uma nova proposta de brincar e de se desenvolver. Mesmo estando gravemente doente, ainda é possível criar, sonhar, inventar, sentir. Apesar das dificuldades encontradas ao longo de sua história, a brinquedoteca tem se mostrado como um recurso que otimiza a recuperação das crianças internadas (MOTA e CHAVES, 2005, p.177).

Para Batista (2005), quando se brinca com uma criança/adolescente no hospital, esta atividade nos completa como ser, pois, ao saber que somos capazes de levar alegria em momentos difíceis, mesmo que por instantes, é indescritível. É principalmente ter a certeza de que apesar da doença essas criança/adolescente são capazes de sorrir e, principalmente, de continuar brincando.

As crianças, através do brincar, também são capazes de lidar com complexas dificuldades psicológicas, como conflitos, dores, medos e perdas (p.86). As crianças que estão no hospital nos levam a um mundo que jamais imaginamos. Trabalhar junto a crianças doentes e hospitalizadas é tarefa que exige muita dedicação e, principalmente, muito amor. Amor para dar e receber. Amor para aliviar, prevenir e curar. As crianças doentes e hospitalizadas nos ensinam a viver. Portanto, trabalhar junto a elas é aprender a viver (BATISTA, 2005, p. 80).

Dentro do hospital as brincadeiras devem ser divertidas, estimulantes, favorecer experiências sensoriais, emocionais, intelectuais. As atividades lúdicas são excelentes oportunidades para as crianças/adolescentes vivenciarem suas experiências entre as pessoas e objetos. As brincadeiras irão contribuir para o amadurecimento emocional da criança/adolescente, aprendendo a respeitar as diferenças. Atividades lúdicas com crianças/adolescentes hospitalizadas devem possibilitar a maneira de as crianças expressarem suas angústias, dor e agressividade, aumentando assim, o bom humor, a vontade de sorrir e de viver.

Para a equipe hospitalar, segundo Oliveira (2007), só de saber que podem contar com recursos lúdicos, disponíveis não só na brinquedoteca, mas em muitos outros locais dentro do hospital, como em leitos, na sala de exames, no RX etc., já é um suporte para esta equipe, pois oportuniza a criança/adolescente o brincar que significa adesão ao tratamento, em muitos procedimentos dolorosos.

Sendo assim, a brinquedoteca torna a hospitalização mais suportável e menos traumática para a criança/adolescente possibilitando melhor interação desta com a equipe, proporcionando diversão e produzindo relaxamento, ajudando à criança/adolescente a sentir-se mais seguro em um ambiente estranho, ajudando-o a diminuir o estresse da separação e os sentimentos de estar longe de casa, proporcionando um meio para aliviar suas tensões e, ainda, expressar seus sentimentos, estimulando o seu pleno desenvolvimento. Sabemos que se analisarmos a contribuição do brincar na recuperação da saúde, conseqüentemente

descobriremos a diminuição do tempo de internação, diminuindo o tempo de hospitalização e, ainda, o índice de infecção hospitalar.

# CAPÍTULO 4

## EDUCAÇÃO E HOSPITAL: UM OLHAR DAS CRIANÇAS/ADOLESCENTES E SEUS FAMILIARES

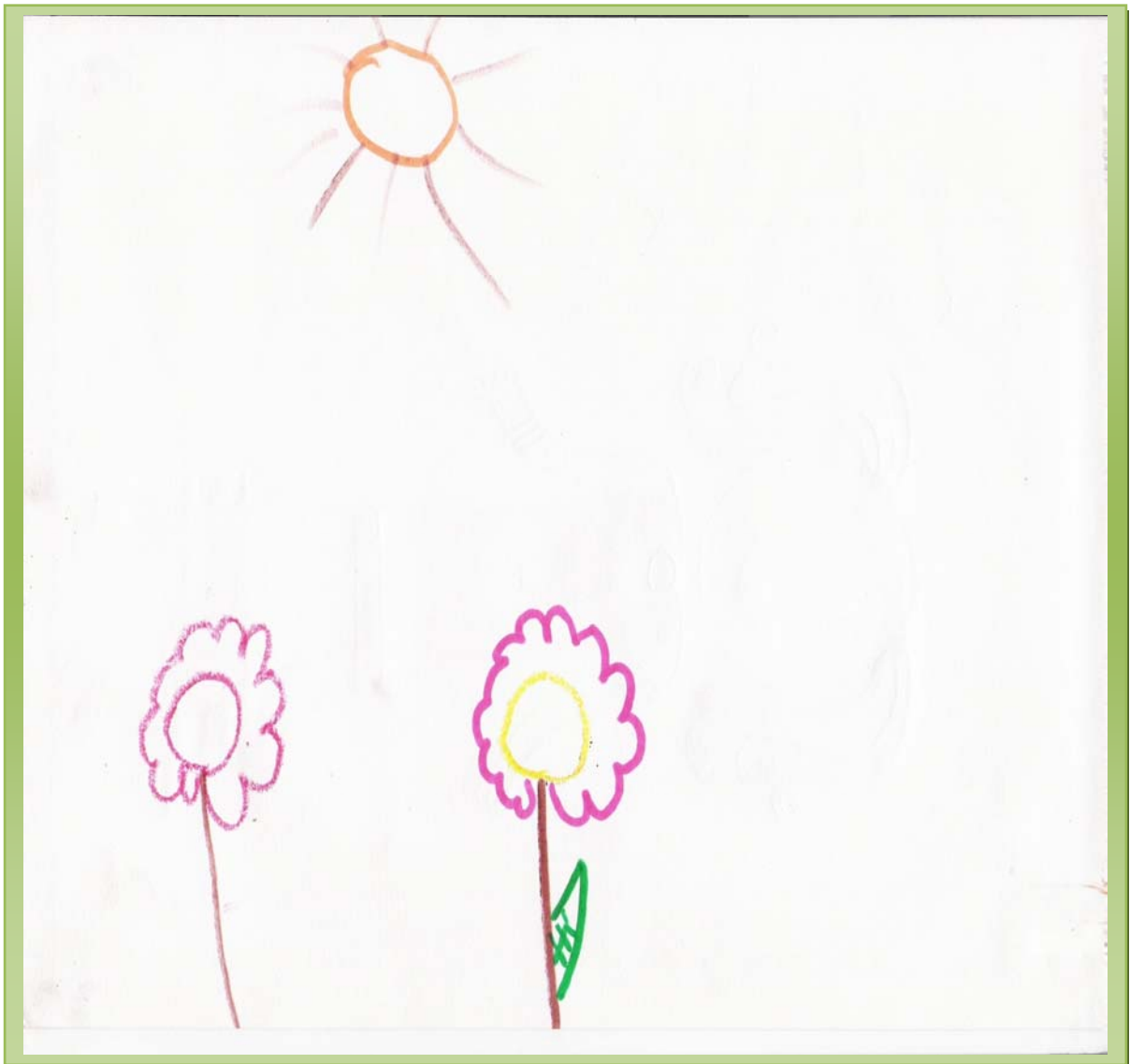


Figura 5 - Desenho de G. C. M., 7 anos.

## **CAPÍTULO 4**

### **EDUCAÇÃO E HOSPITAL:**

#### **UM OLHAR DAS CRIANÇAS/ADOLESCENTES E SEUS FAMILIARES**

Este estudo foi desenvolvido na Organização Viver<sup>1</sup> que realiza um trabalho de apoio às crianças/adolescentes com câncer de Londrina e região Norte do Paraná, em tratamento no ICL (Instituto do Câncer de Londrina/Paraná).

Os participantes da pesquisa são crianças/adolescentes com idade entre 6 e 15 anos que foram submetidos a tratamento ou internação no Hospital do Câncer, no período de novembro de 2007 a abril de 2008, e seus acompanhantes.

Participaram da pesquisa nove crianças/adolescentes, sendo que cinco do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Essas crianças são oriundas da zona urbana e rural de Londrina e dos demais municípios da região Norte do Paraná. Participaram também da pesquisa nove mães que acompanharam seus filhos durante a internação e tratamento do câncer na ONG VIVER.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com as crianças/adolescentes e seus familiares com o objetivo de possibilitar aos sujeitos da pesquisa a oportunidade de se pronunciar sobre a temática em questão.

#### **4.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS COM AS CRIANÇAS/ADOLESCENTES**

Quando pensamos em conhecer as percepções das crianças/adolescentes e dos familiares sobre o brincar e a aprendizagem dentro do contexto hospitalar, objetivamos dar voz às crianças/adolescentes enfermos. E, por outro lado, dar voz também aos familiares que vivenciam esse período, de longo tratamento ou internação compartilhando com a criança/adolescente sua dor, angústia e sofrimento, decorrente da doença. Mas também, os familiares podem

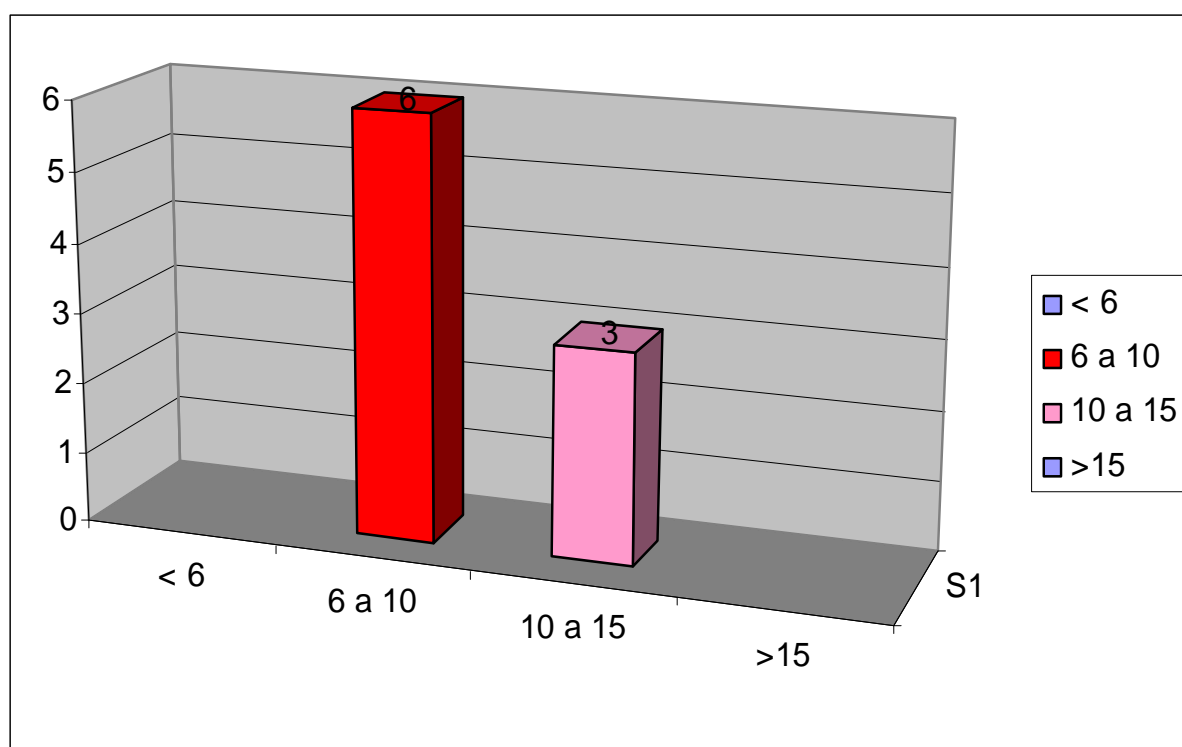
---

<sup>1</sup> A Organização VIVER foi fundada por voluntários que atuam há vários anos no ICL- Instituto do Câncer de Londrina. O objetivo desta organização é suprir as necessidades das crianças/adolescentes internados e em tratamento, além de suas famílias.

compartilhar de um outro sentimento que decorre dessa situação e muitas vezes não se torna visível que é a impossibilidade de continuar vivenciando as atividades diárias, como ir à escola, por exemplo, e dar continuidade a sua vida como qualquer outra criança/adolescente.

Iniciamos então, com a análise das falas das crianças/adolescentes e depois a análise das falas dos familiares, para depois realizarmos um entrelace destas.

O gráfico 1 demonstra a idade das crianças/adolescentes entrevistados, onde estes apresentam entre 6 e 15 anos de idade.



**Gráfico 1** - Idade das Crianças/Adolescentes Entrevistados.

Assim como vemos as crianças/adolescentes entrevistados, no Gráfico 1, têm idade entre 6 e 15 anos, sendo que seis crianças têm idade entre 6 e 10 anos e três adolescentes entre 10 e 15 anos, totalizando nove crianças/adolescentes entrevistados.

Compreendemos que essas idades são as mais críticas para se retirar a criança do seu convívio social, pois é a idade em que as crianças/adolescentes estão se desenvolvendo mais emocionalmente e

intelectualmente, e quando submetida a uma hospitalização, mesmo que por um período curto de tempo, pode acarretar sentimentos e emoções difíceis de compreender principalmente para as crianças.

Segundo Kovács (2007), o adoecimento e a hospitalização provocam sérias interferências no processo de desenvolvimento da criança/adolescente, pois estes se estão doentes em casa ou no hospital não conseguem exercer na sua plenitude atividades importantes para o seu crescimento.

Estar fora de seu ambiente familiar, em um local totalmente diferente, gera na criança/adolescente angústia, tensão e muita insegurança ao ser hospitalizado, tanto para criança/adolescente como para sua família. No início da hospitalização, elas apresentam reações como choro, gritos e recusa dos procedimentos. Depois de um tempo de hospitalização, podem apresentar atitudes de punição, retrocesso ou regressão, estado depressivos, com ausência do controle de esfíncteres, alterações no sono, perturbações alimentares e alterações de comportamento em geral.

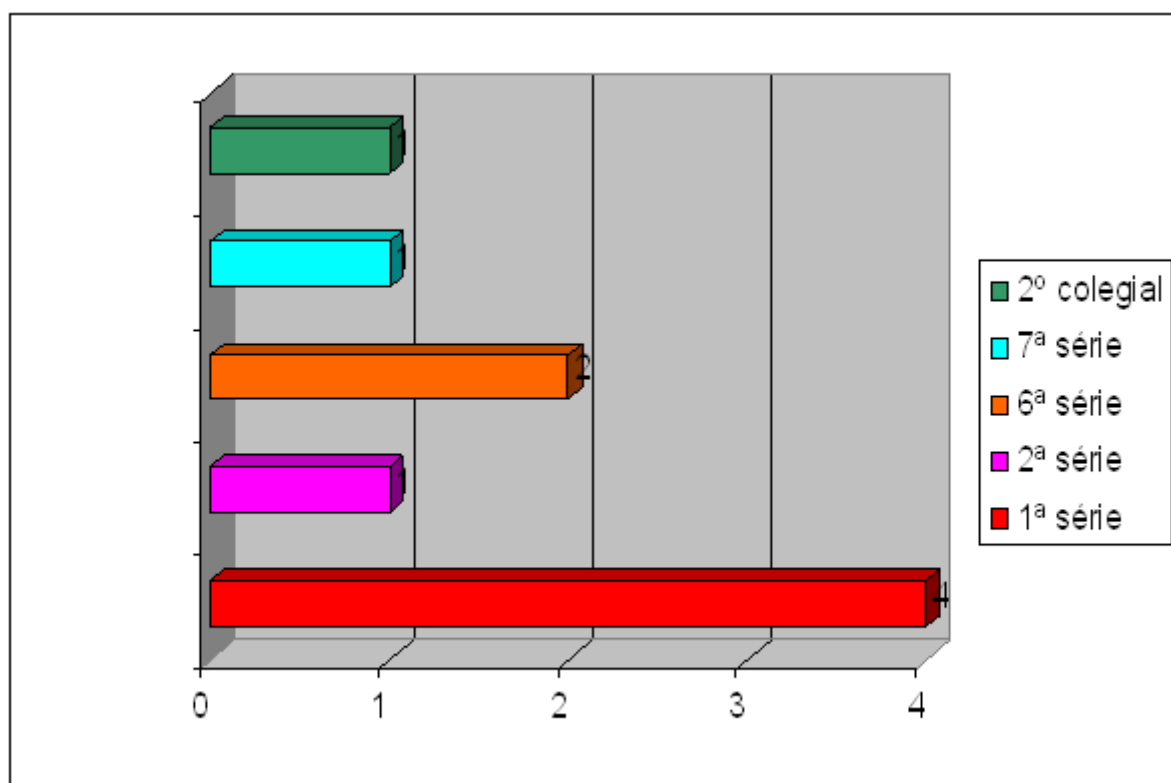
Para Viegas (2007), a criança quando hospitalizada sempre reage com medo mesmo quando inaparente. Para os adolescentes este processo de hospitalização é mais fácil, pois eles compreendem melhor. Mas, para as crianças sua adaptação é mais difícil, principalmente, em hospitalizações prolongadas, podendo levá-las a desenvolver depressão e agressividade ficando traumas muitas vezes para o resto da vida.

Verificamos que das nove crianças/adolescentes entrevistados, cinco são do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Assim, nos é possível observar que a doença não escolhe idade, raça, cor, sexo ou posição socioeconômica. Mas, se a hospitalização não for conduzida de forma humanizada, pode causar traumas muitas vezes irreversíveis para crianças/adolescentes.

As crianças e adolescentes internados têm faixas etárias diferenciadas, o quadro clínico é variável, a medicação a ser utilizada é diferente de um para o outro, os aspectos emocionais do processo de internação podem variar de criança para criança, a aceitação da doença é vista de diversas maneiras tanto pela família como pelo paciente, o tempo de internação é variável, entre outros aspectos. [...] Portanto, o trabalho desenvolvido pelos profissionais de diversas áreas, precisa ser integrado, dinâmico, capaz de perceber as diferenças da rotina da internação pediátrica (SAGATIO apud SCHILKE, 2007, p. 38).

É muito importante que a criança/adolescente quando hospitalizado seja tratado com humanização e lhe seja permitido momentos para expressar seus sentimentos.

O Gráfico 2, demonstra o grau de escolaridade das crianças/adolescentes, que varia da 1ª série do ensino fundamental até o 2º ano do ensino médio.



**Gráfico 2** - Grau de Escolaridade das Crianças/Adolescentes.

De acordo com os dados coletados, todas as crianças/adolescentes entrevistados estavam matriculados na escola. Assim, podemos observar por meio do Gráfico 2, que quatro crianças freqüentam a 1ª série dos anos iniciais do Ensino Fundamental; uma a 2ª série dos anos iniciais do Ensino Fundamental; duas a 6ª série do Ensino Fundamental II; uma 7ª série do Ensino Fundamental II e, um adolescente que freqüenta 2º ano do Ensino Médio.

A instituição em que estas crianças/adolescentes foram atendidas não possui classe hospitalar ou brinquedoteca, mesmo sendo de conhecimento desta, que o acompanhamento escolar durante a hospitalização é um direito garantido por lei e dever do Estado. Infelizmente, as instituições de saúde priorizam

o cuidado da doença física, se esquecendo que o indivíduo é um ser global, biopsicosocial.

O que as crianças/adolescentes atendidos por esta instituição têm é um grande apoio da ONG VIVER, que desenvolve atividades lúdicas todas as tardes no hospital e durante todo o dia na sede da instituição.

O afastamento das atividades cotidianas da criança/adolescente provocado pela sua hospitalização, traz uma nova situação para a vida do enfermo, que, além de afastá-lo das suas atividades normais, da escola, pode levar a criança/adolescente a apresentar também alterações psíquicas. Todo o projeto pedagógico desenvolvido no hospital deve visar não só o pedagógico - apesar de ser o objetivo principal no desenvolvimento intelectual da criança/adolescente - mas também, o biológico e o emocional.

Observa-se que a continuidade dos estudos, paralelamente ao internamento, traz maior vigor às forças vitais da criança (ou adolescente) hospitalizado, como estímulo motivacional, induzindo-o a se tornar mais participante e produtivo, com vistas a uma efetiva recuperação. Tal fato, além de gerar uma integração e participação ativa que entusiasma o escolar hospitalizado, pelo efeito da continuidade da realidade externa, contribui ainda de forma subconsciente, para o desencadeamento da vontade premente de necessidade de cura, ou seja, nasce uma predisposição que facilita sua cura e abrevia o seu retorno ao meio a que estava integrado (MATOS; MUGIATTI, 2007, p. 72).

É nesse contexto que se instala a função do pedagogo hospitalar dentro do hospital, ou seja, o de realizar um trabalho interdisciplinar, não perdendo de vista o ser humano. E, é pensando no indivíduo que se deve levar em consideração os aspectos afetivos e emocionais, biológicos e não só os aspectos cognitivos.

O Quadro 1 apresenta as respostas obtidas pelas crianças/adolescentes sobre o gosto delas pelo brincar .

**Criança A** – *Gosto. Por que é bom.*

**Criança B** – *Gosto*

**Criança C** – *Muito. Um montão.*

**Criança D** – *Sim, brincar é bom.*

**Criança E** – *Gosto muito.*

**Criança F** – *Gosto.*

**Criança G** – *Gosto, muito.*

**Criança H** – *Bastante.*

**Criança I** – *Gosto.*

**Quadro 1** – Respostas das crianças/adolescentes sobre o gosto pelo brincar.

As crianças/adolescentes entrevistados, como podemos verificar no Quadro 1, afirmam que gostam de brincar. Os dados vêm confirmar que gostar de brincar não tem idade, uns dizem que brincar é bom, outros dizem que gostam muito de brincar, mas todos são unânimes quanto ao gostar de brincar.

Brincar é, então, uma atividade normal, através da qual a criança/adolescente se desenvolve no aspecto cognitivo, social, motor, afetivo e moral, ou seja, se desenvolve como um todo. Além disso, brincar promove a aprendizagem, desenvolve a imaginação e a criatividade. Dentro deste ponto de vista, o manipular um encaixe, o enfiar o dedo em um buraco e o pegar objetos de pessoas diferentes são brincadeiras importantes e respeitáveis como o são: o estudar, o dirigir etc.

Brincar possibilita o desenvolvimento do pensamento, além de contribuir significativamente para a formação das relações sociais da criança, na medida em que, imaginando, fazendo de conta, ela assume papéis da vida adulta, podendo recriar suas percepções; proporciona uma mediação entre o real e o imaginário. Por isso, o brincar é aqui entendido como uma atividade formativa e expressiva. Torna-se, portanto, um espaço rico para a elaboração da realidade, possibilitando que, pela atividade de reflexão do pensamento, o brincar gere na criança conhecimento de si no mundo, na cultura e na sociedade (MOTA; CHAVES, 2005, p. 167).

Segundo Zatz, Zatz e Halaban (2006), os brinquedos fazendo parte do universo da criança desde os primeiros momentos de sua existência. Eles são os meios utilizados para a realização da brincadeira, o suporte que dá um colorido

especial ao ato de brincar. Sua relação com os brinquedos começa desde o nascimento, quando recebe o primeiro brinquedo, o que se constituirá uma primeira experiência na direção de aprender a brincar.

A brincadeira é uma expressão do ser humano, é uma forma de linguagem que perpassa gerações. É por meio do brincar e da interação da criança através do brincar em sociedade que se constitui o ser humano; são os gestos, sons, expressões, da fala, as próprias relações estabelecidas por aqueles que estão brincando.

Assim, o brincar faz parte da vida da criança. Esse é, antes de tudo, um processo e não um produto, cada experiência de brincar é única e tem total envolvimento do indivíduo no processo. É espontâneo, criativo, sério e os adultos devem respeitá-lo e incentivar.

O Quadro 2, apresenta as respostas das crianças/adolescentes sobre as brincadeiras/brinquedos que elas mais gostam de brincar.

**Criança A** – *Gosto de brincar com pique-esconde, pega-pega. Só.*

**Criança B** – *Eu brincava mais de bola. Agora videogame.*

**Criança C** – *Encher bexiga, brincar de boneca. Brinca com alguém.*

**Criança D** – *Brincadeiras de correr e pega-pega. De bola, carrinho e gibi.*

**Criança E** – *Eu gosto de boneca grandona, eu gosto de brincar de esconde-esconde. Gosto de brincar também de pega-pega, no roda-roda e no balanço.*

**Criança F** – *Gosto de brincar de boneca. De desenhar, de boneca de casinha.*

**Criança G** – *Gosto de brincar de bicicleta, correr, pega-pega, pique-esconde.*

**Criança H** – *Gosto de boneca e de casinha. De ciranda-cirandinha.*

**Criança I** – *Gosto de jogar bola, de videogame. De ler.*

**Quadro 2** – Respostas sobre as Brincadeiras/Brinquedos que as Crianças/ Adolescentes mais gostam de Brincar.

As brincadeiras/brinquedos de preferência das crianças e dos adolescentes entrevistados giram em torno de brincadeiras que envolvam movimento, como o pega-pega, esconde-esconde, brincadeiras de roda, andar de bicicleta, bem como brincadeiras estáticas, por exemplo, o *videogame*. E, também, as brincadeiras simbólicas como brincar de boneca e de casinha, como podemos verificar no Quadro 2.

O adolescente denominado como Criança I diz gostar de brincar de jogar bola, mas que agora sem as pernas tem que brincar de jogar *videogame*. Ao relatar tal fato, a Criança I enche seus olhos de lágrimas, pois este utiliza muletas para se locomover e ainda sente dores, não podendo jogar bola durante o tratamento.

Vemos também que aparecem brinquedos que evocam o simbólico como a boneca, relatadas pelas crianças C, E, F e H. Segundo Batista (2003), quando a criança brinca de boneca, por exemplo, ela brinca de imitar situações das quais ela já vivenciou (recordar), fazendo evocar sentimentos e comportamentos que foram vivenciados por ela.

A natureza do jogo simbólico é imitativa, mas ela é também uma forma de auto-expressão tendo em vista apenas a si mesmo como audiência, não havendo, assim, intenção de comunicação com os outros. No jogo simbólico, a criança constrói símbolos (que podem ser únicos) sem constrangimento, invenções que representam qualquer coisa que ela deseja. Há aqui uma assimilação da realidade ao eu mais do que uma acomodação do eu à realidade como vimos na imitação diferida (BATISTA, 2003, p. 101).

Ainda conforme Batista (2003), a brincadeira permite à criança a dramatização de papéis. Segundo Kitson (2006), quando as crianças realizam brincadeiras sócio dramáticas, para elas pode ser uma experiência deliciosa. Repetir várias vezes as mesmas brincadeiras, a mesma dramatização de papéis, permitirá para a criança resolver problemas similares.

[...] O brinquedo coloca a criança na presença de reproduções: tudo o que existe no cotidiano, a natureza e as construções humanas. Pode-se dizer que um dos objetivos do brinquedo é dar à criança um substituto dos objetivos reais, para que possa manipulá-los (KISHIMOTO, 2006, p.18).

Sendo assim, quando a criança brinca, ela toma distância da vida real e entra em um mundo imaginário. Apropria-se de conhecimentos que possibilitarão sua ação sobre o meio que atua e posteriormente estabelecendo relações com o mundo real.

O Quadro 3 apresenta a preferência das crianças/adolescentes por brincarem sozinhos ou com outras crianças.

**Criança A** – *Prefiro brincar com outras pessoas. Porque é mais legal. Porque é mais divertido.*

**Criança B** – *Depende do tipo das crianças. Criança legal não sendo chato e implicante.*

**Criança C** – *Com outras crianças. Porque é mais divertido.*

**Criança D** – *Com outras crianças. Eu não conheço muitas crianças, eu conheço uma. Agora não pode ele mudou, agora eu brinco sozinho. Às vezes eu brinco com meu irmãozinho.*

**Criança E** – *Com outras crianças. Por que elas são legais. É gostar de brincar de tudo.*

**Criança F** – *Com outras crianças. Porque brincar com outras crianças é mais legal.*

**Criança G** – *Com outras pessoas. Porque é sempre bom brincar com outras pessoas para aprender outras brincadeiras.*

**Criança H** – *Com bastante crianças. Porque a gente se sente acompanhada e a brincadeira fica melhor com mais gente.*

**Criança I** – *Sim, gosto de brincar com os amigos da escola. Porque é mais divertido.*

**Quadro 3** – Preferência das crianças/adolescentes por brincar sozinho ou com outras crianças/adolescentes.

Em relação à preferência das crianças/adolescentes por brincar sozinho ou acompanhado, dos nove entrevistados, oito preferem brincar com outras crianças e pessoas, e uma diz que “*depende do tipo das crianças*” - Criança B , como podemos verificar no Quadro 3.

A criança B relata que depende do tipo de criança, pois é a única criança da casa e a diferença dela para os irmão é de treze anos, sendo assim, ela sempre brinca com adultos, pois para a mãe dela, têm crianças que não são bons exemplos e podem ensinar coisas para filha que não está na hora dela aprender .

Para Batista (2003), a brincadeira simbólica pode ocorrer de forma solitária, da criança com seus brinquedos apenas. Este tipo de brincadeira é fundamental para o desenvolvimento emocional, intelectual, afetivo e social da criança.

O ser humano, como ser social, deve se relacionar com o meio em que vive, caso contrário, não sobrevive. Quando pequeno, seu comportamento é expresso de diversas formas: anda, corre, pula, sorri, fala, canta, desenha e realiza atividades concretizando seus desejos e intenções. Entretanto, o brincar para ele é um recurso muito maior do que a soma de várias ações simples, sendo-lhe altamente significativo (GIMENES, 2007, p. 15).

A brincadeira permite para a criança sua interação com o mundo, com as pessoas e, principalmente, com outras crianças. A criança começa a conhecer o mundo por meio de suas primeiras brincadeiras e é através dessas que ela aprende a desempenhar papéis sociais, os quais serão de extrema importância para que ela se desenvolva e interaja na sociedade, tornando-se um cidadão crítico e consciente de seu papel social.

Para Cunha (1994), várias são as formas de brincar, como brincar sozinho, brincar de faz-de-conta, brincar com outras crianças, brincar correndo, saltando, jogando bola, brincar experimentando, brincar criando etc.

O Quadro 4 relata o sentimento das crianças/adolescentes em relação a ausência de brinquedos/brincadeiras durante a internação hospitalar.

**Criança A** – *Há ra. Sei lá. Não sei, sinto falta.*

**Criança B** – *Não. Não, sei, eu jogo videogame.*

**Criança C** – *Sim. Pode ser um monte de coisa. De boneca, de casinha.*

**Criança D** – *Sinto. Triste.*

**Criança E** – *Sinto. Porque eu fico muito sozinha.*

**Criança F** – *Sinto. Porque lá não tem brinquedo e a gente não pode brincar sempre. Às vezes a gente não pode levantar da cama.*

**Criança G** – *Sinto, eu fico sozinho no hospital. Não pode sair.*

**Criança H** – *Sinto. Sinto falta de brincar, de ir para a escola, dos colegas. Às vezes minha mãe leva brinquedos e eu brinco de boneca.*

**Criança I** – *Sinto. Sinto falta de casa, não é bom ficar no hospital, sempre tem alguém dizendo o que a gente tem que fazer.*

**Quadro 4** – Ausência de brinquedos/brincadeiras durante a internação.

Quando perguntado sobre a ausência de brinquedos/brincadeiras quando do estão internadas, podemos observar no Quadro 4, que as opiniões das crianças divergem. Das nove crianças/adolescentes entrevistados, sete sentem falta de brinquedos e brincadeiras quando estão internados em instituição hospitalar, duas não sabem se sentem falta. Dentre as respostas, as crianças/adolescentes também colocam sentir falta de casa, da escola e dos amigos.

A criança/adolescente quando hospitalizado sofre devido ao afastamento de seu lar, as mudanças em sua rotina, da escola, dos seus amigos, aos sintomas da enfermidade, aos procedimentos médicos e a pouco ou nenhuma

informação sobre sua doença. Com isso, seu comportamento é modificado podendo apresentar sentimentos de culpa, tristeza, estresse, raiva, irritabilidade, desespero, medo, sentimentos de abandono, inibição, angústia e/ou depressão.

Para a criança/adolescente hospitalizado, o estudar emerge como um bem da criança/adolescente sadio e um bem que eles podem resgatar para si mesmos como um vetor de saúde no engendramento da vida, mesmo em fase do adoecimento e da hospitalização.

Frente a esses eventos, a família se desestrutura e é possível que seus membros manifestem frustração, doenças físicas, submissão, angústias, insegurança, desespero, raiva, sentimentos de culpa, depressão/estresse.

A pouca comunicação dos profissionais de saúde referente aos procedimentos e rotina hospitalar geram fantasias e ansiedades na família e em especial na criança e mesmo no adolescente, as quais podem tornar-se “assustadoras”, aumentando o sofrimento vivido e interferindo no processo de recuperação do paciente.

A equipe de saúde, muitas vezes, não está preparada para lidar com as emoções que emergem no contexto hospitalar. Esses profissionais convivem constantemente com a vida e a morte, e com a possibilidade de nem sempre ser possível “salvar” a vida daqueles que ali estão. Além disso, são incessantemente pressionados pela instituição e pelos parentes das crianças/adolescentes para executar bem a sua função. Em consequência a tantas situações conflituosas, freqüentemente apresentam estresse e em alguns casos depressão.

Contudo, a classe hospitalar e o brincar se tornam essenciais como práticas humanizadoras no contexto hospitalar, para que os envolvidos no adoecer e hospitalização, consigam se adaptar melhor à situação dolorosa e com isso tenham sua saúde mental preservada.

O Quadro 5 apresenta as respostas das crianças/adolescentes sobre o brincar durante a internação hospitalar.

**Criança A** – Não. *Eu leio gibi.*

**Criança B** – *Brinco.*

**Criança C** – Não. *Por que eu não posso mexer a veia, porque dói, eu brinco só com uma mão. Sabe aquele brinquedo de números, então eu viro um, dois, três. Brinco.*

**Criança D** – Sim. *De carrinho, de quebra cabeça. De robô, um monte de coisa.*

**Criança E** – *Brinco. Brinco de Boneca, casinha.*

**Criança F** – Sim. *Brinco de pintar e de boneca.*

**Criança G** – *Eu brinco. De tudo, do que dá vontade, de carrinho, quebra-cabeça.*

**Criança H** – *Brinco. Brinco de várias coisas, pintar, boneca, casinha de quebra-cabeça.*

**Criança I** – *Brinco. Brinco de várias coisas, do que der e eu puder. De videogame quando alguém leva.*

**Quadro 5** - Repostas das Crianças/Adolescentes sobre o Brincar no Hospital.

Quando perguntamos para as crianças/adolescentes se elas brincam durante a internação no hospital, verificamos no Quadro 5, que das nove crianças/adolescentes entrevistados, somente duas afirmam que não brincam, sendo que as demais afirmam que sim. As brincadeiras citadas por estes são de quebra-cabeça, de boneca, de casinha, de robô, de carrinho, de *videogame*. Das duas crianças que referem a não brincar, uma diz que lê gibi, e a outra coloca que não brinca porque: *“eu não posso mexer a veia, porque dói, eu brinco só com uma mão. Sabe aquele brinquedo de números, então eu viro um, dois, três. Brinco.”*

Conforme Batista (2003), o brincar para criança hospitalizada é tão importante como para criança sadia. Dessa forma, dentro das unidades de pediatria deve-se valorizar o brincar.

Os brinquedos e brincadeiras são meios a serem utilizados para auxiliar as crianças a viver e superar a experiência da hospitalização e, se constituem, ainda, em um recurso que pode e deve ser aplicado na assistência à criança dentro das unidades de internação pediátrica [...]. O brinquedo é uma forma universal de comunicação e é pelo brincar que a criança, recreando, distrai-se, esquecendo da condição de doença e tratamento em que se encontra (BATISTA, 2003, p.115, 134).

Segundo a autora para criança hospitalizada, brincar é um veículo privilegiado de expressão e muitas vezes é o único meio possível para ela lidar com a dor e sofrimento.

As brincadeiras são extremamente úteis para que a criança continue a exercer as suas habilidades, para que possa expressar-se e interagir de modo positivo com o meio que a envolve. Através dos desenhos, brinquedos prediletos e objetos familiares, podemos diminuir o sofrimento e a ansiedade provocados pelo ambiente hospitalar (MONTEIRO, 2007, p. 20).

Observamos que as crianças/adolescentes entrevistados brincam na cama do hospital com jogos de quebra-cabeça, lêem histórias em quadrinhos e quando vão para a salinha (local no hospital que possui uma televisão e alguns brinquedos na estante), fazem desenhos, brincam com bonecos, de casinha, de carrinho, de quebra-cabeça. Durante essas brincadeiras, mesmo estando com soro em membros superiores para administração de medicamentos, algumas crianças se esquecem que estão no hospital, mostram-se descontraídas, sorridentes, gritam, falam entre si, brigam e fazem muita bagunça.

Segundo Maia (2000), o brincar permite a criança construir e elaborar e, além do prazer proporcionado através do brincar, elaborar angústias. A hospitalização interrompe o processo de desenvolvimento, permitindo dividir em antes e depois da hospitalização e o brincar diminui esse trauma.

No Quadro 6 temos as respostas das crianças/adolescentes sobre com quem elas brincam quando estão hospitalizadas.

**Criança A** – *Eu brinco com quem está no mesmo quarto. Eu gosto de brincar de boneca, de carrinho.*

**Criança B** – *Eu trago o vídeo game. E às vezes com o pessoal do Viver. Sozinho ou às vezes se tiver alguém, daí joga junto comigo.*

**Criança C** – *A mãe brinca um pouco comigo. Com outras crianças do hospital. Com o pessoal do Viver.*

**Criança D** – *Eu brinco com um monte de pessoas. Com quem tiver lá e puder brincar. Quando tem que ficar só deitado e não pode levar, não pode levantar.*

**Criança E** – *Eu brinco com as meninas que estão no hospital. Com as tias do Viver.*

**Criança F** – *Com as crianças que estão no hospital. Com o pessoal do Viver.*

**Criança G** – *Brinco com quem estiver no hospital e puder brincar? Quando a gente sente dor e não pode levantar. Com as voluntárias do Viver.*

**Criança H** – *Com as crianças que estão no hospital. Com as tias do Viver.*

**Criança I** – *Com as pessoas que estão internadas também. Brincava com os voluntários que sempre estão lá.*

**Quadro 6** – Respostas das Crianças/Adolescentes sobre com quem elas Brincam durante a Hospitalização.

Quando perguntadas com quem brincam no hospital, conforme demonstra o Quadro 6, as respostas foram as mais variadas: “*Eu brinco com quem está no mesmo quarto*”; “*Com outras crianças do hospital*”; “*Com outras crianças do hospital*”. Partindo dessas falas, podemos perceber que a maioria das crianças brinca com as outras que estão hospitalizadas também.

Uma das crianças disse que brinca com a mãe. Sabemos que durante a hospitalização quem geralmente acompanha as crianças são as mães. Sendo assim, em muitos casos e, principalmente quando o hospital não oferece atividades lúdicas, fica a cargo delas estimular e brincar com seu filho.

Das nove crianças/adolescentes hospitalizados, sete referem que brincam com as voluntárias ONG VIVER (organização que se destina a dar apoio aos familiares e crianças hospitalizadas, ou em tratamento no Hospital do Câncer), que além de terem uma casa de apoio, elas possuem um grupo de voluntárias que vão ao hospital todas as tardes, brincam e realizam atividades lúdicas com as crianças/adolescentes.

Verificamos por meio das falas das crianças/adolescentes, e também pela observação durante as entrevistas, que o hospital onde estas crianças/adolescentes estão recebendo o tratamento não oferece atividades lúdicas. O que eles têm é um grande apoio da ONG VIVER, a qual realiza atividades lúdicas no hospital por intermédio de voluntárias.

Ao prestar assistência às crianças/adolescentes, essas devem ser entendidas como pessoas e não como uma patologia ou doença. A criança/adolescente deve ser vista como um sujeito do processo que vive. Não estamos aqui dizendo que os procedimentos clínicos que objetivam a cura de doenças e o restabelecimento da criança não são importantes. O que queremos é que a atividade de brincar seja entendida pela equipe de saúde com o mesmo grau de importância. Neste aspecto, os procedimentos clínicos e o brincar são os elementos perfeitos para o atendimento da criança/adolescente, valorizando suas características individuais, permitindo o seu desenvolvimento e respeitando-o como um sujeito atuante na sociedade. O brincar faz parte do ser humano e deve ser entendido e respeitado.

Segundo Azevedo (2006) o brincar para a criança é uma experiência que pode ter efeitos terapêuticos, ele permite que a criança elabore as situações que

esta vivenciando no momento , reagindo mais positivamente frente as problemas e situações difíceis.

Acreditamos que, por meio do brincar, as crianças/adolescentes podem praticar e desenvolver habilidades, facilitando a compreender o mundo que as cerca. Muitos profissionais valorizam o brincar e reconhecem a brincadeira como uma forma importante de desenvolver capacidades e habilidades nas crianças/adolescentes.

No Quadro 7 apresentamos os sentimentos das crianças/adolescentes sobre a falta da escola durante a hospitalização.

**Criança A** – *Sinto. Sinto triste.*

**Criança B** – *Um pouco. Sinto falta dos amigos.*

**Criança C** – *Sinto. De estudar, de escrever.*

**Criança D** – *Sinto. Falta de estuda.*

**Criança E** – *Sinto. Porque sim, na escola tem muitas tarefas e sinto falta dos amigos da escola.*

**Criança F** – *Sinto. Sinto falta da escola, porque a escola é legal para aprender.*

**Criança G** – *Sinto. Eu gosto de estudar, mas às vezes é bom fica um pouco só sem estudar.*

**Criança H** – *Sinto. Sinto falta da escola e de brincar com os colegas.*

**Criança I** – *Sinto. Porque eu fico atrasado na escola. Depois eu tenho que fazer muita tarefa.*

**Quadro 7** – Sentimentos das crianças/adolescentes sobre a falta da escola quando estão hospitalizadas.

Quanto à escola e ao sentir falta dela durante o período de internamento, verificamos no Quadro 7, que todas as crianças/adolescentes entrevistados afirmam sentir falta da mesma.

O que faz as crianças/adolescentes sentirem falta da escola durante seu período de internação? “*Sinto falta da escola e de brincar com os colegas*”; “*Porque eu fico atrasado na escola*”.

A classe hospitalar é um espaço educacional que possibilita a aprendizagem e o desenvolvimento da criança/adolescente, fazendo uma mediação entre o hospital, a escola e o paciente.

A vivência prática tem demonstrado que a privação da escola do convívio salutar com seus companheiros pode acarretar ilimitados prejuízos à criança (ou adolescente) hospitalizada, traduzidos em traumas e muitas vezes, até de alteração de conduta, diante das limitações impostas pelo ambiente hospitalar. [...] simples instrumento. É mais que isso é um suporte psico-sócio-pedagógico dos mais importantes, por que não isola o escolar na condição pura de doente, mas sim, o mantém integrado em suas atividades da escola e da família e apoiado pedagogicamente na sua condição de doente (MATOS; MUGIATTI, 2007, (p. 27, p. 47).

A participação da criança/adolescente em uma classe hospitalar faz com que se perceba como membro de um grupo, continue se desenvolvendo e não apresente tantos prejuízos acadêmicos quando retornar à escola.

Para a criança/adolescente hospitalizado, estudar significa dar continuidade às atividades de sua vida diária. E, quando isso lhe é permitido, a criança e o adolescente têm a possibilidade de resgatar o prazer de aprender não só os conteúdos acadêmicos sistematizados, mas também, encontrar maneiras de reinventar a vida, diminuindo o sofrimento, facilitando sua reinserção escolar, evitando a evasão e o fracasso escolar.

A pedagogia hospitalar é uma nova realidade sócio-educativa que está adquirindo seu espaço nos hospitais, onde a criança/adolescente recebe o processo de escolarização proporcionando a eles a continuidade de seu currículo, desenvolvendo parâmetros para atender às necessidades do educando.

[...] a Pedagogia hospitalar traz a possibilidade de auxiliar a criança e seus familiares na redução dos efeitos avassaladores do impacto causado pelo distanciamento do paciente das suas experiências cotidianas. Esta ação pode transformar o período de internação em um tempo de construção de conceitos, através da compreensão da situação vivenciada; conceitos estes que se a criança não estivesse hospitalizada, não seriam trabalhados (SCHILKE, 2007, p.56)

Com isso, a educação que se processa por meio desta, não pode ser identificada como um simples depósito de conhecimentos, mas sim, um suporte psicopedagógico, pois ameniza para a criança a condição de doente e a mantém integrada em suas atividades da escola e da família, sendo apoiada pedagogicamente por profissionais capacitados para ampará-la no decorrer da internação.

Procuramos ressaltar que a Pedagogia Hospitalar é um processo alternativo de educação, pois ela ultrapassa os métodos tradicionais escola/aluno, buscando dentro da educação formas de auxiliar o paciente no processo de internação que a ele é imposto.

Essa é uma idéia que propicia aos alunos com necessidades especiais transitórias, buscando alternativas para desenvolver suas habilidades em regime especial, tratando-se de uma nova realidade multi/inter/transdisciplinar com características educativas.

Esse atendimento aponta mais um recurso a ser adicionado no processo de cura, frente às inúmeras modernidades tecnológicas que circulam nos hospitais. Sob este ângulo, podemos fazer uma análise fundamentada na óptica educacional, em que esse é um processo de educação continuada, o qual beneficia as crianças/adolescentes com necessidades educativas especiais seja qual for a procedência ou estágio da doença.

O Quadro 8 apresenta as respostas das crianças/adolescentes sobre seus sentimentos durante a internação hospitalar.

**Criança A** – *Triste. Por que eu fico vendo todo mundo mal, eu fico triste? É triste*

**Criança B** – *Me sinto normal. Normal, já acostumei, tanto faz. Mas quando eu posso passo o dia todo jogando videogame e daí eu esqueço que estou lá.*

**Criança C** – *Eu sinto ruim. Ruim, vomitar.*

**Criança D** – *Bem. Às vezes não dói.*

**Criança E** – *Eu não sei dizer. É ruim. Não quero falar mais.*

**Criança F** – *Não sei, sinto falta de casa.*

**Criança G** – *Tem vez que eu sinto mal, às vezes fico alegre, quando eu brinco, eu esqueço que estou no hospital.*

**Criança H** – *Não sei, quando brinca é legal.*

**Criança I** – *Me sinto sozinho.*

**Quadro 8** – Sentimentos das Crianças/Adolescentes durante a Hospitalização.

Quanto aos sentimentos das crianças/adolescentes durante sua estada no hospital, podemos verificar no Quadro 8, que das nove crianças/adolescentes entrevistados, apenas um diz sentir-se bem, mas relata que: “Às vezes não dói”, todas as outras crianças/adolescentes referem-se que ficam

tristes, sentem-se ruim. Alguns dizem não saber o que sentem, mas durante a entrevista, recusam-se falar muito a respeito e demonstram tristeza no olhar.

Para Viegas (2007), a hospitalização infantil é traumática em qualquer classe social, pois a criança deixa sua casa, sua família, amigos, brinquedos, escola e passa a viver em um ambiente estranho, por melhor que a equipe possa tratá-la, são pessoas diferentes e desconhecidas. A própria doença torna a criança/adolescente diferente, fraca e sensível, dificultando a realização de procedimentos por parte da equipe, aliado ao fato que falam delas, próximo delas e não se dirigem a elas. Ou seja, elas passam a ser apenas um objeto que precisa de cuidados.

Um atendimento humanizado é aquele que respeita as características individuais de seus pacientes tratando-os com respeito, respeitando sua fragilidade, esclarecendo sobre os procedimentos que serão realizados, e principalmente respondendo suas dúvidas.

No caso da criança/adolescente, humanização é tratá-las com dignidade, dar possibilidade para que elas continuem se desenvolvendo dentro das limitações impostas pela doença, proporcionando momentos de descontração e lazer, procurando respeitar alguns hábitos individuais, orientando-as, ouvindo-as, procurando desenvolver um ambiente mais acolhedor para elas e sua família.

A humanização da assistência à criança/adolescente é permitir que elas se desenvolvam, mas principalmente, não impedi-las de brincar, de sorrir, de viver e de ser e continuar sendo criança/adolescente.

#### 4.1.1 Discussão dos Dados Coletados com as Crianças/Adolescentes

Quando a criança/adolescente chega ao hospital sem possibilidades de atendimento ambulatorial e prescreve-se a internação como medida emergencial, aciona-se o controle e a tecnologia para obter senão resultados de cura ao menos a possibilidade de melhora do paciente para seu regresso na sociedade.

A educação hospitalizada tem como base o atendimento personalizado à criança/adolescente internado, com pedagogos que buscam desenvolver uma proposta pedagógica de acordo com as suas necessidades e

possibilidades diárias. Contudo, o pedagogo precisa estabelecer critérios que respeitem o momento de doença do paciente.

Diante da hospitalização, a criança/adolescente passa a merecer atenção redobrada, pois ele encontra-se envolto em um mundo cheio de descobertas, sonhos, fantasias e surpreendentemente somem-se os brinquedos, a escola e os amigos. A partir desse momento, eles se vêem em contato diário com integrantes da equipe hospitalar, como médicos, enfermeiros, além dos familiares, que devem estar atentos e presentes para o melhor alento da criança/adolescente/paciente. Portanto, os receios de machucar e ser machucada são sensivelmente latentes, por isso a criatividade do pedagogo em relacionar as doenças, mal-estares e melhoras a contos de fadas, bruxas e magias, instrumentos fundamentais para a aceitação e superação da condição de enferma.

Neste contexto, apóia-se a Ortiz e Freitas (2005), afirmando que a prática docente é fortemente marcada pelas relações afetivas, servindo de reforço para que a criança/adolescente não desista da luta por saúde e se mantenha esperançoso em sua capacidade de esforço.

O pedagogo passa a ser um mediador de estímulos cauteloso, solícito e atento, reinventando formas para desafiar o enfermo quanto à continuidade dos trabalhos escolares, a vencer a doença e a engendrar projetos na vida emancipatória.

De acordo com Fonseca (2003), “além disso, também a rotina de vida é alterada, uma vez que as refeições (agora denominadas dietas) podem não ser servidas nos horários com que, quando fora do hospital, estava habituado; a cama (agora chamada de leito) e as roupas não são como as de casa; o cheiro do ambiente é outro etc.” (p.20).

O processo de internação pode ser amenizado também com a presença de objetos que fazem parte da antiga rotina da criança/adolescente, como travesseiros, bichinhos, cobertores, brinquedos, livros, entre outros. Dessa forma, conseguimos diminuir a ansiedade gerada na criança/adolescente diante deste procedimento tão agressivo na vida do paciente.

Todos os integrantes da equipe hospitalar podem de alguma forma amenizar o sofrimento e os receios da criança/adolescente, por isso é que a Pedagogia Hospitalar não auxilia somente nas atividades curriculares, mas no

encorajamento diante dos procedimentos acima relatados. Seguimos no pensamento de Matos e Mugiatti (2006):

O pedagogo, o assistente social, o psicólogo e os demais profissionais afins, devem buscar em si próprios o verdadeiro sentido de “educar”, devem ser o exemplo vivo dos seus ensinamentos e converter suas profissões numa atividade cooperadora do engrandecimento da vida. Para isso, deverão pesquisar, inovar e incrementar seus conhecimentos e expandir sua cultura geral e procurar conhecer e desenvolver novos espaços socioeducacionais que possam, de certa forma, tornar a sociedade mais harmoniosa em suas diversidades (MATOS; MUGIATTI, 2006, p. 26).

Outro cuidado fundamental a ser analisado é o procedimento cirúrgico, no qual a criança será submetida. Nesses casos, é muito importante que a comunicação seja clara entre a criança/adolescente e a equipe hospitalar, pois falsear dados a ele poderá aumentar o sentimento de angústia e desconfiança. Por isso, é que em alguns hospitais já utilizam o “pacientinho”, uma boneca que os médicos dispõem para demonstrar os procedimentos que serão realizados com a criança/adolescente, como aplicações de injeções, soro, assim esta se familiariza e “corrige” suas fantasias relacionadas com os procedimentos a que ela será submetida.

Desta forma, a criança/adolescente quando hospitalizada, deve ser tratada, com respeito, dignidade, humanização, levando-se em conta as características individuais, e o meio em que vivem, mas, principalmente, procurando minimizar o sofrimento de estar longe da sua casa, dos amigos e familiares. Deve-se promover, por meio de atividades lúdicas e de atendimento pedagógico, descontração e o desenvolvimento de habilidade. Deve-se procurar, por meio destes, reduzir os efeitos causados pela hospitalização.

#### 4.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS COM OS FAMILIARES

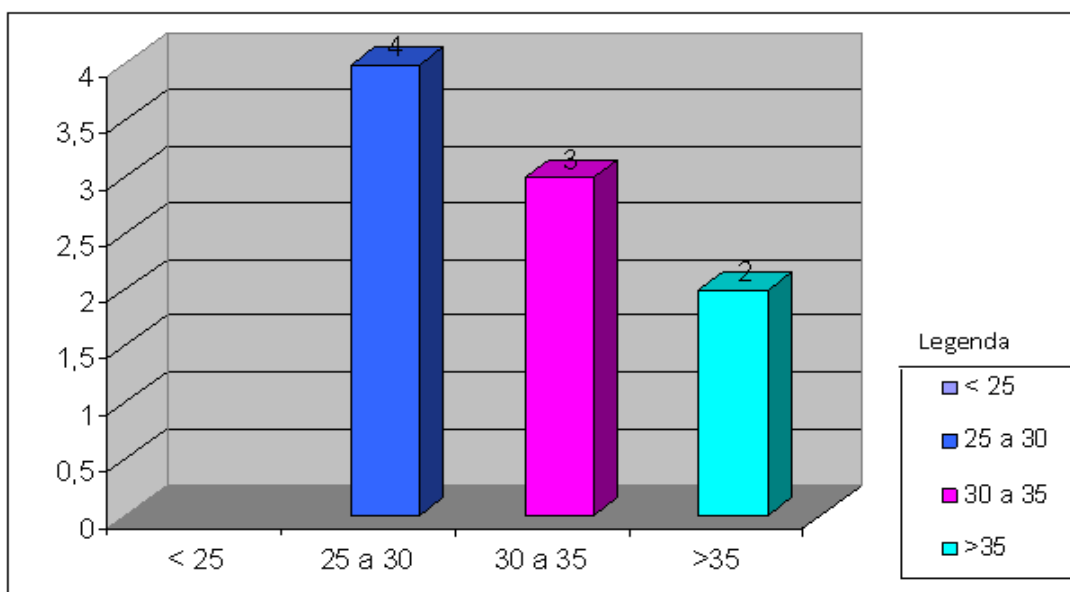
O estudo de Neil-Urban e Jones (2002) investigou, por meio de entrevistas, a percepção de pais de crianças com câncer sobre as principais implicações adversas do enfrentamento da doença, destacando-se: a) a sobrecarga

emocional com o acompanhamento da criança a procedimentos médicos produtores de sofrimento; b) a necessidade de atenção contínua aos sinais e sintomas da criança e a ansiedade associada aos processos de tomada de decisão sobre o tratamento; c) a expectativa de sucesso de tratamento, bem como medos e vivências de luto antecipatório; d) os gastos financeiros com o tratamento, que exigem, muitas vezes, o desvio de recursos destinados a despesas familiares, com repercussão adversa sobre o papel de provedor familiar; e e) as dificuldades psicossociais para conciliar os papéis de pai da criança em tratamento, pai dos irmãos da criança em tratamento, marido e provedor familiar.

A presente pesquisa que procurou dar voz aos familiares possibilitou-nos conhecer um pouco das percepções que esses têm do espaço hospitalar e do atendimento prestado à criança.

Buscaremos analisar as respostas fornecidas pelos pais tomando como base os autores já citados na parte teórica do trabalho, para compreender a leitura que estes fazem à respeito da doença de seu filho, o que enfrentam, o tratamento do filho, relação familiar, criança/adolescente e equipe de saúde, bem como da importância do brincar e das classes hospitalares, espaços estes que revelam um direito da criança/adolescente enfermo.

No Gráfico 3 apresentamos a idade dos familiares entrevistados que em sua maioria varia de 25 a 35 anos de idade.



**Gráfico 3** - Idade dos familiares entrevistados.

Dos familiares entrevistados, como podemos observar no Gráfico 3, quatro mães têm idade entre 25 e 30 anos, três entre 30 e 35 anos e duas com mais de 35 anos, totalizando nove mães.

Podemos observar que as mães das crianças entrevistadas são relativamente jovens, sendo apenas duas das nove mães com mais de 35 anos de idade.

Para Silva (2000), a idade dos familiares pode demonstrar como esses vão lidar com a doença dos filhos. Tanto do ponto de vista de aceitar o diagnóstico e tratamento, como também de tentar resolver os conflitos que a doença e a hospitalização da criança possam causar dentro do contexto familiar.

Desta forma, observamos que as mães entrevistadas são relativamente jovens, o que facilita o entendimento sobre a doença, diagnóstico e tratamento do filho e ameniza os conflitos que possam surgir em virtude da doença.

Dentre os familiares entrevistados, todas são mulheres, ou seja, mães. Isto vem nos revelar que o diagnóstico de câncer infantil altera o padrão de funcionamento familiar, fazendo com que a atenção dos pais se concentre sobre o filho doente, e todo o atendimento e cuidado da criança fique a cargo da mãe.

Verificamos que apesar da evolução histórica sobre os direitos das mulheres ela ainda desiste da carreira, do trabalho, para acompanhar o filho durante sua hospitalização. Por essa razão, é freqüente a relação conjugal perder espaço, o que pode levar ao aumento da incidência de conflitos entre os cônjuges.

Quanto às conseqüências do distanciamento físico que ocorre entre os casais, em virtude das hospitalizações, alguns sentimentos se fazem presentes. Um deles é a sensação de não-reciprocidade, ou seja, o outro não ajuda e não participa dos cuidados com o filho. Isto sobrecarrega a mãe, que durante a entrevista e conversas informais, nos relatam: *“Tudo sou eu”*; *“Ele não faz nada”*; *“tem dias que acho que não vou agüentar mais”*.

É freqüente que os cônjuges tenham visões diferentes quanto aos papéis mais fáceis e mais difíceis de serem assumidos durante o tratamento do filho. Como normalmente é a mãe que abre mão da vida profissional para acompanhar a criança doente, ela é a pessoa que mais se comunica com a equipe, que teoricamente mais sabe sobre o prognóstico e apresenta maior destreza para lidar com os acontecimentos. O marido, por sua vez, vai trabalhar, precisa concentrar-se nas atividades, porém, sem desligar-se totalmente do tratamento do filho. Nesse

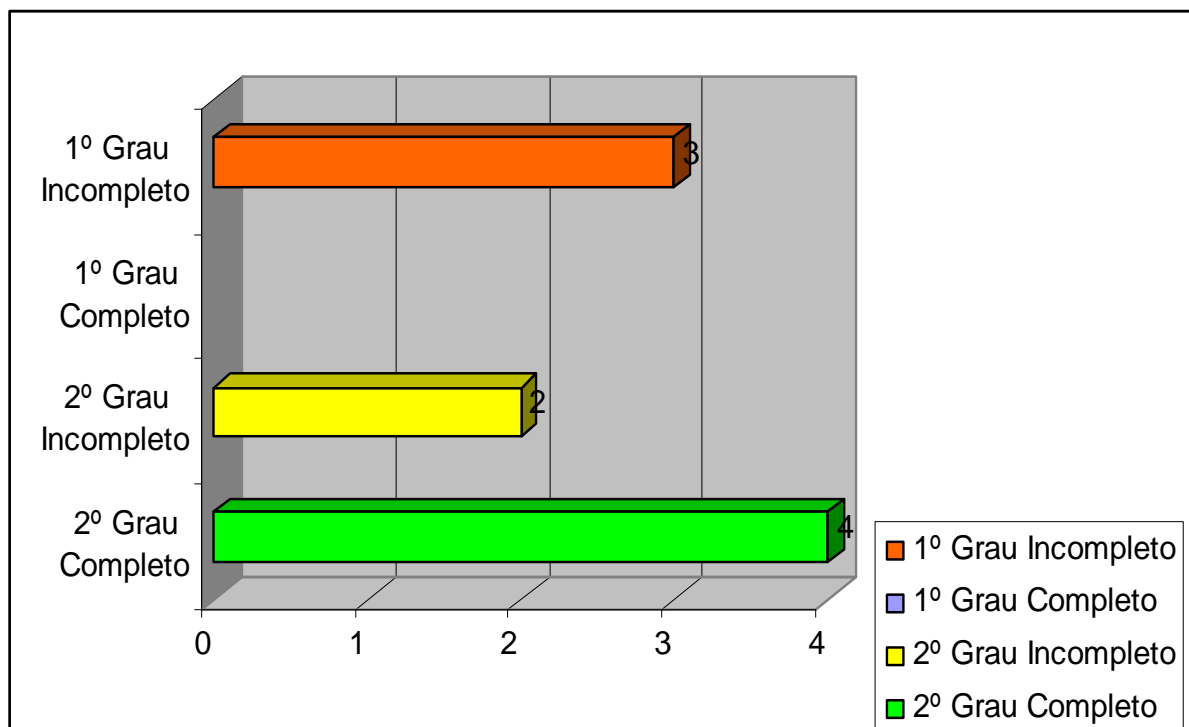
sentido, pode ocorrer um descompasso entre o casal quando um acha que seu sofrimento é maior do que o do cônjuge e, em conseqüência, os dois podem vir a sentir-se desamparados.

Segundo Valle (2001), dependendo do grau de ajustamento familiar anterior à doença, o câncer de um filho poderá apenas exacerbar uma situação que já era delicada, havendo um risco de aprofundamento da fratura conjugal (DAMASIO & RUMEN, 2005).

Assistimos ainda que, muitas vezes, a criança acaba construindo mecanismos para desvios de problemas conjugais, ficando triangulada nos conflitos (MINUCCHIN; NICHOLS, 1995). Assim, aparentemente, a situação fica mais fácil para os casais que estão passando por dificuldades, pois quando se olha para o filho doente, não resta muito tempo para voltar o olhar para a relação. As longas e freqüentes internações, no entanto, geram grande desgaste emocional, acarretando uma carga adicional sobre o subsistema parental que, em muitos casos, já estava desequilibrado. As conseqüências disso podem ser desastrosas, por vezes levando os casais ao divórcio, e tendem a atingir a criança enferma (SILVA, 2000).

Com as mudanças bruscas de vida e a necessidade de revisão dos modos habituais de comunicação e funcionamento do grupo familiar que o câncer impõe, muitos casais se sentem perdidos e apresentam dificuldades para encontrar soluções saudáveis para seus problemas. Se considerarmos que a criança enferma é fortemente influenciada pelos pais, torna-se urgente que a família desenvolva a capacidade de ser continente, de acolher e lidar com as dores que aparecem na trajetória do tratamento. Sob essa ótica, Valle (2001) enfatiza que ambientes familiares nos quais sejam permitidas expressões de sentimentos, sem excesso de conflitos, são os mais favoráveis para o surgimento de melhores condições de enfrentamento.

No Gráfico 4 demonstramos o grau de escolaridade do entrevistado, que varia de 1º grau incompleto ao 2º grau completo.



**Gráfico 4** - Grau de Escolaridade dos Familiares Entrevistados.

Das mães entrevistadas, como vemos no Gráfico 4, três têm o 1º Grau Incompleto; duas o 2º Grau Incompleto e quatro o 2º Grau Completo.

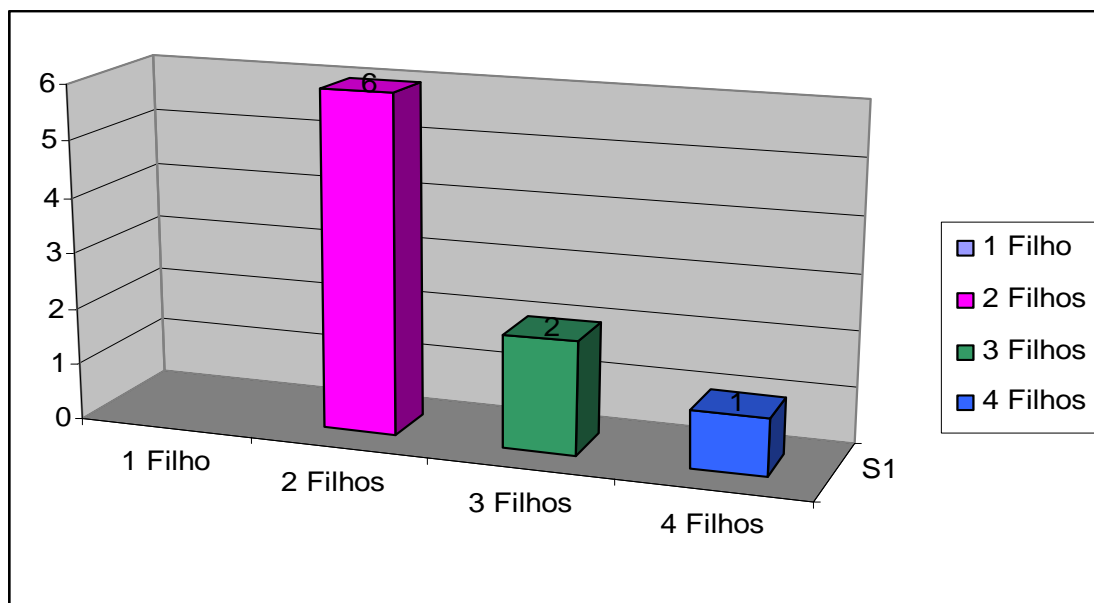
Verificamos que as mães parecem ser pessoas esclarecidas. Mas o fato da maioria delas terem instrução será que torna fácil a aceitação da doença do filho?

Alguns autores relatam que quando a família tem um grau de instrução maior é muito mais fácil o acesso a ela. O grau de escolaridade dos familiares, ou daquelas pessoas que acompanham a criança/adolescente, facilita no entendimento da doença, do diagnóstico e do tratamento.

A instrução dos familiares permite discutir as opções de tratamento da criança/adolescentes, pois eles sabem quais serão as etapas do tratamento do seu filho, as reações, os efeitos colaterais e os prováveis prognósticos.

Em alguns casos, esse nível de esclarecimento pode diminuir a ansiedade dos pais e transmitir maior segurança para a criança/adolescente, reduzindo os efeitos da hospitalização para ele.

O Gráfico 5, apresenta o número de filhos dos familiares entrevistado, que varia entre 1 a 4 filhos.



**Gráfico 5** - Número de Filhos.

Quanto ao número de filhos, vemos no Gráfico 5, que das nove mães entrevistadas, seis têm 2 filhos; duas têm 3 filhos e uma tem 4 filhos.

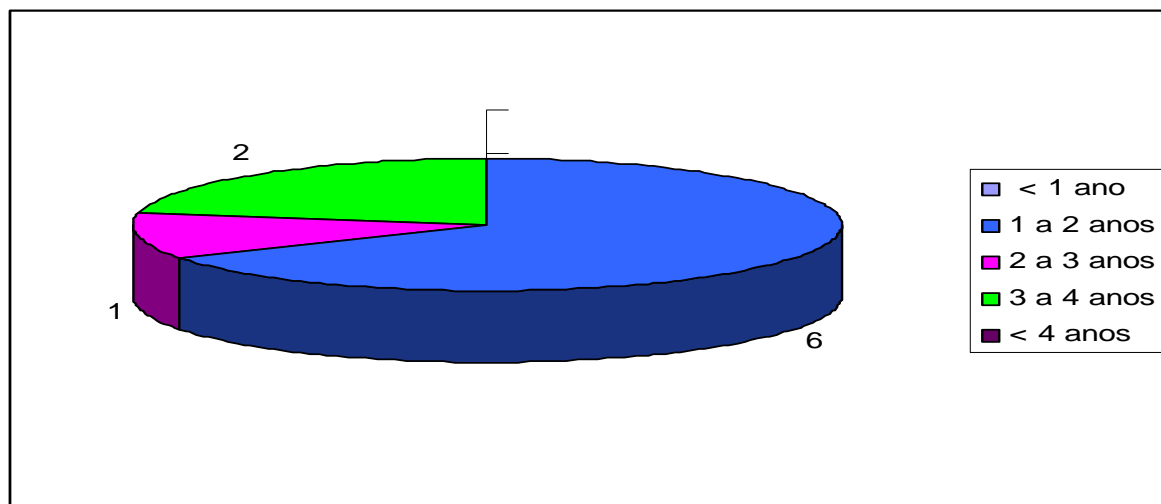
Observamos que a rotina dessas mães é árdua, tendo elas que acompanhar o filho enfermo no tratamento e no internamento, ficando aos cuidados de outrem, o outro ou os outros.

As mães que acompanham seus filhos durante a hospitalização ou tratamento não podem se esquecer dos filhos que ficam em casa e que também merecem atenção e carinho. É claro que a atenção tanto da mãe como da família como um todo é para a criança doente, mas os outros filhos também devem e merecem ter a atenção da família.

Cavicchioli (2005) comenta que quando há um diagnóstico de câncer do irmão/irmã ocorre várias mudanças no comportamento da criança saudável, como anorexia, expressão de raiva quando os pais pedem ajuda no trabalho de casa ou no cuidado ao irmão doente, instabilidade emocional, disputa com o irmão doente, problemas de relacionamentos com os pais devido à falta de atenção e aumento da ansiedade.

As ações da equipe de saúde podem ajudar a facilitar o enfrentamento do câncer infantil pelos irmãos saudáveis, como encorajar os pais a dar mais atenção e passar mais tempo com os outros filhos, respondendo honestamente às perguntas dos outros irmãos saudáveis.

No Gráfico 6, apresentamos o tempo de descoberta do diagnóstico da doença do filho.



**Gráfico 6** - Tempo de Diagnóstico da Doença do Filho.

Das mães entrevistadas, como verificamos no Gráfico 6, seis afirmam que a descoberta da doença aconteceu entre 1 e 2 anos; duas afirmam que a descoberta da doença aconteceu entre 3 e 4 anos e uma afirma que a descoberta da doença aconteceu entre 2 e 3 anos.

Verificamos que a maioria das mães descobriram a doença do filho entre 1 e 2 anos – seis entrevistadas, o que nos retoma que em se tratando do câncer, a doença das crianças ainda é muito recente necessitando de tratamento e vigilância constante. Onde as recidivas são uma constante para o grupo entrevistado.

Quando um filho é acometido por uma doença crônica, o padrão de funcionamento familiar sofre alterações, fazendo com que todos os membros sejam afetados ao assumir novas responsabilidades. O casal, portanto, passa a ter um leque cada vez maior de situações e emoções a serem administradas, o que não é fácil, sendo que poderão obter sucesso ou não em suas iniciativas.

A hospitalização, que é parte do tratamento oncológico, é o fator responsável por grande parte das modificações inerentes ao tratamento, pois altera tanto o ritmo de vida familiar quanto o desenvolvimento da criança. Em uma internação, a criança passa por agressões físicas e psicológicas devido à utilização

necessária de procedimentos invasivos. Por esse motivo, ela tenderá a manifestar mais claramente suas carências afetivas (CHIATTONE, 2003). Em meio a todos esses acontecimentos, o casal precisa encontrar meios de manter uma relação saudável, o que constitui um grande desafio.

Assim, com o início do tratamento, hábitos mantidos durante anos pela família são modificados para que se dê conta da terapêutica do filho doente (SIMONTON, 1990; SILVA, 2000). Em decorrência disso, ocorre a ruptura da identidade familiar, prévia ao diagnóstico de câncer (DAMASIO, RÚMEN, 2005). É então que se pode pensar que não só a criança se torna vítima do câncer, mas também sua família (VALLE, 2001).

Desde a forma como a notícia é transmitida até o final do tratamento, tudo irá interferir no impacto que o diagnóstico exercerá sobre o paciente e seu núcleo familiar (SILVA, 2000; ROLLAND, 2001; CHIATTONE, 2003). PENNA (2004) sugere que, assim como existem diferentes tipos de câncer, também existem diferentes tipos de famílias. Dessa maneira, esse impacto ocasionará conseqüências específicas em cada uma delas (CARTER, MCGOLDRICK, 2001).

Damásio e Rumen (2005), em seus estudos, afirmam que o diagnóstico de câncer de um filho é uma fase de crise que afeta especialmente o relacionamento conjugal. Dizem também que existe grande tendência de que o casal passe a enfrentar uma série de desencontros em função do contexto. Considerando que o desejo de reciprocidade seja a tônica de um casal, realidades como o câncer podem afetar significativamente a relação (ANTON, 1998).

A vida social, de um modo geral é substituída por constantes visitas ao médico, sendo necessário que os pais permaneçam atentos às medicações e hospitalizações da criança. Como conseqüência disso, todos aqueles que convivem com o doente acabam sendo atingidos (CASTRO, PICCININI, 2002).

Observamos, entretanto, o quanto os familiares não estão preparados ou não conseguem imaginar como reorganizar suas vidas após o diagnóstico do filho. O câncer é um “desconhecido” que invade a privacidade familiar e conjugal: podemos dizer que chega sem pedir licença e coloca os familiares frente as situações com as quais não sabem lidar. Constatamos que, diante do diagnóstico, a maioria dos casais fica perdida, sem saber o que fazer e quais as ações priorizar.

Castro e Piccinini (2002) sugerem que a família precisa adaptar-se à nova realidade de convívio com seu membro enfermo. Saliendam também que as relações familiares são fundamentais para o adequado enfrentamento da doença, reforçando que a família pode servir como moderadora na atenuação dos efeitos negativos da patologia ao promover para a criança um ambiente facilitador ao progresso de seu tratamento.

Quanto ao tempo de tratamento, seis mães afirmam que o tempo está entre 1 e 2 anos; duas afirmam ser de 3 e 4 anos e uma afirma ser de 2 e 3 anos. Verificamos que quando se trata do câncer o tratamento da doença é bastante prolongado e as recidivas são comuns, principalmente neste grupo entrevistado.

Ressaltamos que, quando os pais percebem que não dispõem de recursos psicológicos suficientes para atender aos cuidados da criança em tratamento, bem como às demandas dos demais familiares, além da redução de sua qualidade de vida, tal condição pode constituir uma barreira ao desenvolvimento de estratégias eficientes de enfrentamento do tratamento, requerendo da equipe de saúde a implementação imediata de intervenções psicossociais.

Pelo fato do tratamento da doença ser longo e das recidivas constantes, a criança doente deve ser tratada de forma humanizada permitindo a ela ser criança, brincar e dar continuidade em sua vida escolar, evitando assim, maiores traumas.

Durante a entrevista, as mães relatam que quando a criança tem uma dor de cabeça ou febre, elas já acham que a doença voltou. Relatam *“quando tem febre eu já acho que ele piorou”*; *“se ele não quer brincar, eu acho que ele piorou”*; *“cada vez que eu trago ele no hospital nem durmo de noite, com medo dele ter piorado”*. Verificamos que os pais das criança/adolescentes enfermos ficam em constante alerta.

Segundo Ortiz e Freitas (2005), na hospitalização da criança, ela traz consigo uma fragilidade, o desconforto da dor e a insegurança. Nesse momento, ela vivencia situações traumáticas e diversas mudanças em sua vida cotidiana. Como vimos, o contexto familiar, geralmente, passa por um processo de fragilidade e ansiedade também, em alguns casos isso é passado para a criança, agravando seu processo de recuperação e aceitação do tratamento.

Para todas as mães entrevistadas o tempo de tratamento é o mesmo tempo de descoberta da doença, o que demonstra que apesar da saúde pública ter

suas falhas, o tempo entre o diagnóstico e o tratamento é mínimo, o início do tratamento chega a ser quase imediato.

O Quadro 9 apresenta as respostas dos familiares sobre o gosto do filho pelo brincar.

|  |
|--|
| <p><b>Familiar A</b> – <i>Gosta muito.</i></p> <p><b>Familiar B</b> – <i>Gosta.</i></p> <p><b>Familiar C</b> – <i>Ela adora brincar.</i></p> <p><b>Familiar D</b> – <i>Gosta bastante.</i></p> <p><b>Familiar E</b> – <i>Gosta bastante.</i></p> <p><b>Familiar F</b> – <i>Gosta, bastante.</i></p> <p><b>Familiar G</b> – <i>Gosta muito.</i></p> <p><b>Familiar H</b> – <i>Gosta muito.</i></p> <p><b>Familiar I</b> – <i>Gosta é o que mais ele gosta de fazer.</i></p> |
|--|

**Quadro 9** – O Gosto do Filho por Brincar.

Quando perguntadas se os filhos gostam de brincar, as nove mães entrevistadas foram enfáticas em afirmar que sim, que gostam bastante, como verificamos no Quadro 9, Qual criança não gosta de brincar? Esse dado vem comprovar que as crianças/adolescentes mesmo em situações adversas gostam de brincar.

O brincar permite aos sujeitos se desprenderem das restrições impostas pelo ambiente da qual está inserido de imediato e transformá-lo.

Brincando, criança/adolescente desenvolve a imaginação, fundamenta afetos, explora habilidades e, na medida em que assume múltiplos papéis, fecunda competências cognitivas e interativas. Como se isso tudo já não fizesse do "ato de brincar" o momento maior da vida infantil e de sua adequação aos desafios, é brincando que a criança/adolescente elabora conflitos e ansiedades, demonstrando ativamente sofrimentos e angústias que não sabe como explicitar.

O Quadro 10 apresenta a resposta dos familiares sobre a importância do brincar para o filho.

**Familiar A** – *É muito importante. Para se desenvolver, porque criança tem que ser criança, tem que brincar enquanto é criança.*

**Familiar B** – *É bom, porque desenvolve bastante eles, principalmente minha filha ela adora brincar na casinha dela. Brinca bastante.*

**Familiar C** – *Nossa e como é. A criança brincando ela desperta outros pensamentos. Porque se ela está doente e não brinca ela fica pior ainda, ela fica só pensando na doença. Quando a criança brinca ela se diverte e aprende.*

**Familiar D** – *É muito importante. Porque ela desenvolve, ela fica mais alegre.*

**Familiar E** – *Sim. Porque a brincadeira distrai e a criança aprende coisas novas.*

**Familiar F** – *É. Porque eles desenvolvem, fica mais contente, mais feliz.*

**Familiar G** – *Muito importante. Porque ajuda bastante a criança se desenvolver e distrai eles.*

**Familiar H** – *Muito importante. Porque eles vão aprender as coisas através das brincadeiras.*

**Familiar I** – *Muito importante. Eu acho que faz parte da criança brincar, aquela criança que não tem oportunidade de brincar parece que ela é diferente, parece que faltou alguma coisa.*

**Quadro 10** – Resposta dos Familiares sobre a Importância do Brincar para o Filho.

Quando questionamos os familiares sobre a importância do brincar, todas as mães afirmam que é importante brincar e reforçam que o brincar é importante porque desenvolve, porque a criança/adolescente fica mais feliz, porque brincando ele aprende e desperta, como podemos comprovar observando o Quadro 10.

Empregado pela criança/adolescente com diferentes finalidades em seu cotidiano, o brinquedo, no contexto hospitalar, permite à criança expressar seus sentimentos e aliviar a ansiedade. Encoraja-os a explorar suas fantasias e a interpretar a experiência no hospital, possibilitando-lhes algum controle emocional sobre experiências ameaçadoras. E, ainda, contribui para adaptá-las às novas incapacidades e/ou inabilidades físicas.

Por meio do brincar, o profissional de saúde pode entender melhor os sentimentos da criança/adolescente e identificar conceitos errôneos que eles venham a ter em relação à doença, à equipe de saúde e ao ambiente hospitalar (ALMEIDA 2000; JUNQUEIRA, 1999; BOMTEMPO, 1997).

[...] brincar no hospital não deve servir para distanciá-la da realidade, distraíndo-a, tal como uma manobra diversionista, mas deve auxiliá-la e vivê-la: desenvolvendo seu raciocínio, sua capacidade de expressão, melhorando seu ânimo – a criança reúne forças e instrumentos intelectuais para compreender a realidade em que vive (FORTUNA, 2007, p. 38).

Sabemos que a brincadeira proporciona à criança/adolescente, a iniciativa, a autonomia e as interações entre seus pares. Devemos possibilitar às crianças/adolescentes espaços em que a vida pulse, onde se construam ações conjuntas, amizades sejam feitas e criem-se culturas. Deve-se colocar à disposição delas materiais e objetos para descobertas, transgressões, compartilhando brincadeiras com as crianças/adolescentes, sendo cúmplice, parceiro, apoiando-as, respeitando-as e contribuindo para ampliar seu repertório.

O Quadro 11 apresenta a resposta dos familiares sobre a importância do brincar no hospital.

**Familiar A** – *Até um certo ponto que eles podem é bom para eles, eles têm bastante atividade no hospital, eles brincam bastante lá. Quando eles estão muito fracos, tem atividade que eles não podem fazer para não tirar o soro, por que depois vão sofrer para colocar outro.*

**Familiar B** – *É bom que a criança esquece um pouco da rotina do tratamento, e daí ele brincando eles esquecem.*

**Familiar C** – *Muito bom porque a criança fica lá no quarto e quando tem brinquedo ela se anima. Fica mais feliz e esquece a doença.*

**Familiar D** – *Ajuda muita a criança não ficar triste, quando ela brinca fica mais alegre e feliz.*

**Familiar E** – *Eu acho que distrai a criança e a criança não fica com aquele pensamento na doença. É muito bom as crianças brincarem no hospital, elas ficam mais alegre.*

**Familiar F** – *Eu acho muito bom, minha filha gosta muito de brincar, quando eles tão internados e brincam eles distrai, ficam mais animado.*

**Familiar G** – *Eu acho muito importante, porque o hospital é um lugar muito triste e eles choram, é fora da realidade deles que é brincar o contato com os coleguinhas e quando brinca ficam mais alegre, distrai. Quando ele está bem ele brinca legal, mas quando não está e as pessoas insistem, ele vai brincar, mais fica brigando. Eu acho muito bom ele brincar, mesmo que ele não quer, pois só o fato dele sair do quanto já é bom ele distrai. Quando ele brinca não fica tão nervoso e distrai e não fica segurando este nervosismo o que ele sente. Acho muito bom.*

**Familiar H** – *Muito importante. Porque distrai ele, do que ele vivenciou e do que ele vivencia ainda dentro do hospital.*

**Familiar I** – *Eu acho bom por que distrai eles esquecem que estão doentes por um tempo, às vezes estão até sentindo uma dor e quando brinca alivia, melhora.*

**Quadro 11** – Resposta dos Familiares sobre a Importância do Brincar no Hospital.

Das nove mães entrevistadas, oito são unânimes sobre a importância do brincar para criança/adolescente no hospital. Conforme Quadro 11, apenas mãe A nega a importância, mas chama a atenção, pelo fato de, às vezes, a criança/adolescente não poder brincar em alguns momentos devido a tratamentos ou procedimentos realizados.

Chama-nos a atenção também o fato de cinco das nove mães dizerem que o brincar distrai seus filhos e, duas referem-se que o brincar deixa os filhos mais felizes.

Em suas brincadeiras, as crianças/adolescentes constroem seus próprios mundos e deles fazem o vínculo essencial para compreender o mundo adulto, dão novos significados e reelaboram acontecimentos que estruturam seus esquemas de vivências, sua variedade de pensamentos e a gama diversificada de sentimentos que têm.

O Quadro 12 apresenta as respostas dos familiares sobre o espaço que seus filhos tem para brincar no hospital onde fazem tratamento e estiveram hospitalizados.

**Familiar A** – *Tem uma salinha, com brinquedos, mas não é sempre que eles estão em condições para brincar, geralmente eles brincam mais quando estão para ir embora, pois quando chega no hospital eles estão muito fraco por causa da doença. Brincam de carrinho, quebra-cabeça, de pintura.*

**Familiar B** – *Tem uma sala com alguns brinquedos para as crianças brincarem. Brincam muito de casinha e boneca.*

**Familiar C** – *Tem a salinha do brinquedo. E as voluntárias da Ong que vão brincar, e as crianças gostam muito e ficam muito animadas. Quando elas brincam se esquecem da doença. Ela gosta muito de brincar de boneca e de ouvir histórias.*

**Familiar D** – *Tem uma salinha, com alguns brinquedos, e as voluntárias da Ong que vão brincar e as crianças adoram, ficam todas alegres.*

**Familiar E** – *Tem uma sala, com alguns brinquedos.*

**Familiar F** – *Tem uma sala, com vários brinquedos, e as crianças não querem sair de lá. Elas querem ficar lá o tempo todo.*

**Familiar G** – *Tem uma sala com brinquedos e as voluntárias da Ong, vão sempre brincar com eles é muito bom.*

**Familiar H** – *Tem um lugar com brinquedo e tem as voluntárias da Ong que vão lá brincar com eles. Eles não vêem a hora delas chegarem.*

**Familiar I** – *Tem uma sala, e tem o corredor que eles também podem brincar.*

**Quadro 12** – Resposta dos familiares sobre o espaço que seus filhos tem para brincar no hospital.

Todas as mães referem-se que as crianças têm uma sala para brincar. Não é exatamente uma brinquedoteca hospitalar, mas uma sala onde as crianças/adolescentes podem brincar. Como verificamos no Quadro 12, todas as nove mães referem-se ao trabalho lúdico realizado pela Ong VIVER.

Segundo Cunha (2007), brinquedoteca é um espaço criado para favorecer a brincadeira, é um espaço onde tudo convida a brincar, manipular, e mexer. Este é um espaço onde as crianças/adolescentes brincam livremente, com todo estímulo à manifestação de suas potencialidades e necessidades lúdicas. Possuem muitos brinquedos, jogos variados e diversos materiais que permitem a expressão criativa da criança/adolescente.

É de extrema importância que as instituições tenham um espaço para as crianças/adolescentes brincarem de diferentes formas, onde possam explorar, descobrir, xeretar, manipular, mexer. E, o espaço da brinquedoteca proporciona tudo isso para eles.

No Quadro 13, apresentamos as respostas dos familiares a respeito do comportamento de seus filhos após brincarem durante a internação hospitalar.

**Familiar A** – *Depois que ele brinca ele fica bem, fica alegre. Sinto muita diferença, ele fica triste só quer ficar deitado, depois que ele brinca nossa é outra criança. Ele fica mais animado e alegre.*

**Familiar B** – *Ela fica muito alegre, ela gosta muito de brincar. Ela não vê a hora do pessoal do Viver chegar no hospital para brincar.*

**Familiar C** – *Depois que ele brinca ele fica mais animada e concorda em tomar os remédios certinho. Sinto muita ela fica menos triste, fica mais alegre e aceita melhor os remédios.*

**Familiar D** – *Ela fica mais alegre, ela fica mais calma. Depois que ele brinca ela esquece que está no hospital.*

**Familiar E** – *Ele fica mais contente, alegre, nem parece que ele estava no hospital.*

**Familiar F** – *Ele ficava bem mais feliz depois de brincar, mais animada.*

**Familiar G** – *Ele fica mais alegre, mais calmo.*

**Familiar H** – *Quando ele está no hospital depois de tomar os remédios ele fica nervoso e quando brinca ele esquece e fica mais calmo, distrai. Quando ele para de brincar ele fica nervoso de novo, ele não quer para de brincar, ele brinca o tempo todo quando pode.*

**Familiar I** – *Ele fica mais alegre, mais feliz, você observa que quando não estão brincando eles ficam tristes, quietos, se sente sozinho, e quando as voluntárias do Viver chegam é uma festa, quando elas atrasam um pouco ele fica perguntando. As pessoas que vão brincar são muito importantes para eles.*

**Quadro 13** – Respostas dos familiares a respeito do comportamento do seu filho(a) após as brincadeiras no Hospital.

Todas as nove mães entrevistadas, como podemos observar no Quadro 13, concordam que o comportamento de seu filho após brincar melhora muito, as crianças/adolescentes ficam mais alegres, mais calmas, aceitam melhor o tratamento.

Quando as crianças/adolescentes brincam mesmo estando hospitalizadas sentem-se capazes de expressar suas vontades e suas escolhas, resgatando a identidade, muitas vezes perdida no processo de hospitalização, se identificando como sujeito e atores de sua história.

Esse é um espaço de estabelecer relações conforme Mota e Chaves (2005), ou seja, neste espaço é possível a criança/adolescente e os pais estabelecerem uma relação afetivo-social, que contribui não só para melhorar a relação dos filhos com os pais como também de diminuir o estresse causado pela hospitalização.

O Quadro 14 apresenta a resposta dos familiares sobre a internação hospitalar dos filhos sem poder brincar.

**Familiar A** – *Já, ficou trinta e dois dias internado. Até depressão ele teve, teve que tomar antidepressivo.*

**Familiar B** – *Não, ela sempre brinca.*

**Familiar C** – *Não, às vezes ela não pode brincar porque tem ficar de repouso, é difícil porque ela chora muito. Daí eu conto histórias, ela se acalma.*

**Familiar D** – *Já, e ficou triste ela só chorava, queria ir embora, não queria comer, não queria fazer nada. Ficou muito triste. Não aceitava fazer nada.*

**Familiar E** – *Não ele sempre brinca, quando o hospital não tem lugar apara brincar, eu levo brinquedo.*

**Familiar F** – *Já. Ela ficou quietinha, desanimada, triste, quase não conversava.*

**Familiar G** – *Já, e ele ficou muito triste, foi difícil.*

**Familiar H** – *Não, mesmo com soro ele sempre brincou na salinha de brinquedo. Não podei fazer extravagância, mas ele sempre pegava um carrinho, livrinho, assistia à televisão.*

**Familiar I** – *Não, aqui ele sempre pode brincar.*

**Quadro 14** – Resposta dos Familiares sobre a Internação do Filho sem poder Brincar.

Podemos verificar, como demonstra o Quadro 14, que das nove mães entrevistadas, cinco dizem que seu filho durante a hospitalização sempre pode brincar e quatro referem que seu filho já ficou internado sem poder brincar. Uma das mães refere que “*Até depressão ele teve, teve que tomar antidepressivo*”, quando seu filho não pode brincar.

Observamos que quando questionamos as mães se seu filho ficou internado sem poder brincar, algumas delas relatam que sim, quando questionado os motivos, algumas mães dizem que ele não brincou porque o hospital não oferecia nenhuma atividade para a criança, relatam que tem impressão que o tratamento demorou mais *“foi difícil ver meu filho tão triste, tive medo; graças a Deus ele melhorou”*.

Ainda segundo Cunha (2007), a principal implicação educacional da brinquedoteca é a valorização da atividade lúdica, que tem como conseqüência o respeito às necessidades afetivas da criança. Promovendo o respeito à criança, contribui para diminuir a opressão dos sistemas educacionais extremamente rígidos. Além de resgatar o direito à infância, a brinquedoteca tenta salvar a criatividade e a espontaneidade da criança tão ameaçada pela tecnologia de massa.

A atenção à saúde da criança/adolescente enferma implica não só nos cuidados biológicos a ele dispensados pela equipe de saúde, mas também, em cuidados psicológicos e sociais. Essa assistência deve ser integral, observando que a criança/adolescente possui dúvidas, medos, anseios e, principalmente, que está tentando entender o processo de adoecer.

O Quadro 15 relata a diferença do comportamento das crianças/adolescentes quando podem brincar durante a internação hospitalar.

**Familiar A** – *Nossa muita diferença. Alegria, satisfação de poder brincar, ocupar o tempo dele.*

**Familiar B** – *Sinto muita diferença, ela não vê a hora do pessoal chegar lá para brincar, quando não tem ela só fica deitada, triste, não sai nem do quarto.*

**Familiar C** – *Sim, quando ela brinca, ela sofre menos. A criança tem que brincar, porque se ela não brincar ela não se desenvolve. Fica feliz, ri bastante e conversa o tempo todo.*

**Familiar D** – *Sim, ela fica mais calma e alegre e toma melhor os remédios.*

**Familiar E** – *Muito, quando ele não brinca, ele fica triste e quieto, mas quando brinca fica mais contente.*

**Familiar F** – *Sente bastante diferença, porque quando ela pode brincar ela fica brincando o tempo todo e esquece até que está no hospital e quando não pode brincar ela fica mais quieta, mais nervosa.*

**Familiar G** – *Sinto, meu filho fica mais calmo, ele chora menos, fica mais contente.*

**Familiar H** – *Tem diferença sim, quando ele está internado e não pode brincar ele fica mais quieto, mais nervoso. Quando ele brinca, ele ri conversa, distrai mais.*

**Familiar I** – *Eu acho que é muito importante para ele brincar. Quando ele brinca fica alegre e até esquece que está doente.*

**Quadro 15** – Resposta dos familiares sobre a diferença do comportamento das crianças/adolescentes quando podem brincar durante a internação hospitalar.

Dentre as nove mães entrevistadas todas dizem sentir muita diferença quando as crianças/adolescentes podem brincar durante a hospitalização, como demonstra o Quadro 15. Para as mães entrevistadas, quando a criança/adolescente está internada e não pode brincar, ela fica mais quieta, triste e nervosa. Ao contrário, quando ela está hospitalizada e pode brincar, ela fica mais contente, quieta, alegre e se esquece que está no hospital.

O brincar é essencial à saúde física, mental e intelectual da criança/adolescente enferma, pois possibilita às crianças/adolescentes desenvolver habilidades, expressar sentimentos e angústias que estão vivenciando em decorrência da hospitalização. O brincar oportuniza a criança/adolescente a expor seus sentimentos mais profundos, aliviando as tensões e tremores.

Para Batista (2003), o brincar tanto é um modo de explorar a realidade que a cerca como também uma maneira de dominá-la. É uma maneira de explorar tanto a realidade interna como a externa. O brincar é muito mais do que uma representação da fantasia, é um modo de tirar alguma coisa de dentro para fora. Podemos afirmar que as crianças/adolescentes brincam, mesmo estando doentes, estão demonstrando para todos que mesmo doentes querem continuar se desenvolvendo, aprendendo e vivendo.

No Quadro 16 apresentamos as respostas dos familiares sobre a importância do acompanhamento escolar durante a hospitalização.

**Familiar A** – *Bom, mas ele não teve.*

**Familiar B** – *Muito bom, porque as crianças ficam muito tempo internada, e perde muito tempo de aula, às vezes nem consegue acompanhar mais.*

**Familiar C** – *Muito bom, para a criança continuar se desenvolvendo e aprendendo.*

**Familiar D** – *Bom, para ela conseguir acompanhar os colegas quando ela voltar para escola.*

**Familiar E** – *Acho muito bom, para criança continuar estudando, principalmente quando fica muito tempo internada.*

**Familiar F** – *Acho que seria muito bom, porque as crianças quando ficam internada elas perdem muitos dias de aula, e às vezes nem consegue acompanhar os colegas quando volta para escola.*

**Familiar G** – *É muito bom, porque as crianças ficam muito tempo internada, e perdem muitas aulas, e depois é difícil para eles acompanhar, e às vezes eles não querem ir porque estão careca e as crianças tiram sarro. Isto ia ajudar bastante e meu filho continuaria aprendendo. Ele não se sentiria tão isolado. E para ele saber que não é porque está doentinho que não pode fazer as coisas, pode sim, mas dentro do ritmo dele, dentro do limite para não prejudicar o tratamento.*

**Familiar H** – *Acho muito Legal, porque às vezes a criança não pode e não quer ir porque cai o cabelo e as crianças tiram sarro e daí, se tiver um acompanhamento eles vão continuar a prendendo e não vão ficar atrasado.*

**Familiar I** – *É importante e vai depender deles. Quando estiver disposto estuda, quando estiver dor não estuda. Isto seria muito bom.*

**Quadro 16** – Resposta dos familiares sobre a importância do acompanhamento escolar durante a internação.

Por meio do Quadro 16, podemos verificar que todas as mães reconhecem a importância do acompanhamento escolar para o filho durante a hospitalização. As mães se preocupam com o fato de as crianças/adolescentes continuarem se desenvolvendo e não ficarem atrasadas quando retornarem para a escola, devido ao longo período de tratamento.

Infelizmente, mesmo sendo garantido o acompanhamento escolar por lei, muitos hospitais não oferecem este serviço, obrigando as crianças/adolescentes a permanecer sem estímulo pedagógico educacional, durante a hospitalização. O grupo pesquisado não recebeu este tipo de acompanhamento durante sua internação, mesmo seus familiares acreditando ser este tipo de acompanhamento importante para a criança/adolescente.

Para a criança/adolescente, a internação hospitalar significa limitação física e intelectual, impedindo a sua permanência na escola, em muitos casos por períodos bastante longos. Dentro desse contexto, o hospital deve ser percebido como um local que procura oportunizar as crianças/adolescentes hospitalizadas vivência educativa e desenvolvimento de suas potencialidades.

A participação da criança/adolescente em uma classe hospitalar faz com que se perceba como membro de um grupo, que continue se desenvolvendo e não apresente tantos prejuízos acadêmicos quando retornar a escola.

Tal modalidade de ensino constitui-se como o espaço de aprender em situação hospitalar, configurando uma ação educacional compatível com o entorno problematizador, para que o paciente-aluno, durante o tratamento médico, ou após o término, não seja absorvido em outra situação de conflito: despreparo para a vida escolar. As crianças hospitalizadas desenham um perfil de alunos temporários de educação especial que devem ter uma assistência preventiva contra o fracasso escolar, reprovação e evasão (ORTIZ; FREITAS, 2005, p. 24).

Chiattonne (2003) afirma que, quando o câncer aparece em uma criança/adolescente provoca brusca interrupção no seu desenvolvimento. O afastamento do ambiente doméstico e escolar torna-se necessário, em função de longos períodos de internação, provocando, em muitos casos, a desorganização do mundo interno da criança/adolescente e de seus cuidadores.

Devido a todas as novidades inseridas em seu cotidiano (medicamentos, exames, consultas e diversos procedimentos invasivos), o pequeno paciente experincia novas sensações, tais como medo, sensação de punição, despersonalização, regressão no seu desenvolvimento psicológico e cognitivo (ANGERAMI-CAMON, 1997; CHIATTONE, 2003), o que leva os pais a sentirem-se, muitas vezes, despreparados para lidar com o próprio filho.

O Quadro 17 demonstra por meio das respostas dos familiares que as crianças/adolescentes hospitalizados não receberam acompanhamento escolar durante a internação.

**Familiar A** – *Não, meu filho não teve acompanhamento escolar.*

**Familiar B** – *Não, o que tem é o pessoal da Ong que vai lá e brinca com eles, eles adoram é muito bom.*

**Familiar C** – *Não, ela lia história e colorias os livrinhos.*

**Familiar D** – *Não, aqui tem as voluntárias que brincam com eles e é muito bom.*

**Familiar E** – *Não.*

**Familiar F** – *Não.*

**Familiar G** – *Não.*

**Familiar H** – *Não, mas as voluntárias do Viver sempre brincam e ensinam coisas para as crianças.*

**Familiar I** – *Não.*

**Quadro 17** – Resposta dos familiares sobre o acompanhamento escolar de seus filhos durante a internação.

Apesar de termos uma legislação que garanta o direito à criança/adolescente de receber educação escolar durante a hospitalização ou tratamento que a impeça de comparecer na escola regular, podemos verificar no Quadro 17, que as crianças/adolescentes não receberam nenhum tipo de atendimento escolar durante sua hospitalização, e nem demonstraram ter informações sobre os direitos de seus filhos, que é a garantia de acesso à educação

mesmo estando impossibilitados de freqüentar a escola.

Este processo de se conhecer e se reconhecer como elemento com potencial de mudança frente às situações vivenciadas no período de internação, possibilitam que a criança e seus familiares resistam aos choques e aos golpes oriundos da enfermidade, conseguindo sair fortalecidos, capazes de tolerar, manejar e aliviar as conseqüências provenientes desta experiência (SCHILKE, 2007, p. 57).

Desta forma, a escola no hospital é fundamental para todas as crianças/adolescentes. Escola esta que reconheça os direitos de todos os cidadãos, suas necessidades e se comprometa com a construção de conhecimento, possibilitando a formação e o desenvolvimento do indivíduo.

O Quadro 18 demonstra o conhecimento dos familiares sobre a lei que obriga os hospitais a terem brinquedoteca e classes hospitalares.

**Familiar A** – *Não, seria bom, assim elas não ficariam atrasadas em relação aos colegas.*

**Familiar B** – *Não, aqui não tem isso, seria bom, mas não tem.*

**Familiar C** – *Não, o que as crianças têm são as voluntárias da Ong que brincavam com ela, elas adoram.*

**Familiar D** – *Não.*

**Familiar E** – *Não.*

**Familiar F** – *Não.*

**Familiar G** – *Eu já ouvi falar na TV, mas nunca li esta Lei.*

**Familiar H** – *Não.*

**Familiar I** – *Já ouvi falar.*

**Quadro 18** – Conhecimento dos familiares sobre a lei que obriga os hospitais a terem brinquedoteca e classes hospitalares.

Das nove mães entrevistadas, oito delas desconhecem a lei que obriga os hospitais a oferecerem acompanhamento escolar para as crianças durante a hospitalização, como se pode verificar no Quadro 18, apenas uma já ouviu falar, mas nunca leu a referida lei.

Cumpra-se às classes hospitalares I e ao atendimento pedagógico domiciliar 2 elaborar estratégias e orientações para possibilitar o acompanhamento pedagógico-educacional do processo de desenvolvimento e construção do conhecimento de crianças, jovens e adultos matriculados ou não nos sistemas de ensino regular, no âmbito da educação básica e que encontram-se impossibilitados de freqüentar a escola, temporária ou

permanentemente e garantir a manutenção do vínculo com as escolas por meio de um currículo flexibilizado e/ou adaptado, favorecendo seu ingresso, retorno ou adequada integração ao seu grupo escolar correspondente, como parte do direito de atenção integral (BRASIL, 2002, apud AROSA; SCHILKE, 2007, p. 25).

Segundo Ortiz e Freitas (2005), esta modalidade de ensino possibilita à criança/adolescente a aquisição da aprendizagem, desenvolvimento de competência intelectual e a interação entre pares, compondo um novo quadro de qualidade de vida, construindo sentidos para ressignificar o adoecimento.

O Quadro 19 demonstra a resposta dos familiares quando perguntamos se desejam acrescentar mais alguma fala a entrevista.

**Familiar A** – *Não, brincar é importante para todas as crianças.*

**Familiar B** – *Não.*

**Familiar C** – *Brincar é muito importante para a criança, e elas têm que brincar muito.*

**Familiar D** – *Quando ela brinca ela fica melhor no hospital, fica mais calma.*

**Familiar E** – *Brincar é muito bom e meu filho gosta muito de brincar.*

**Familiar F** – *Eu acho que o brincar é muito importante, minha filha quando brinca ela fica mais feliz.*

**Familiar G** – *Brincar é muito bom, porque as crianças quando ficam doente, elas saem do mundo delas e passam a conviver em outro mundo, com hospital, tratamento cirurgia e se eles não brincar para expressar o que estão sentindo, eles guardam tudo e fica pior.*

**Familiar H** – *Brincar é bom e meu filho gosta muito e brinca o tempo todo.*

**Familiar I** – *A criança tem que brincar.*

**Quadro 19** – Resposta dos familiares quando perguntamos se querem acrescentar mais alguma fala a entrevista.

Durante a entrevista, quando damos um espaço para as mães acrescentarem algo mais, oito das nove entrevistadas referem ao brincar como algo importante para a criança e que seus filhos gostam muito, como nos é possível verificar no Quadro 19.

Brincar é uma atividade normal, por meio da qual a criança adquire capacidade, melhor desenvolvimento, crescimento e recebe estímulos para aprender cada vez mais e criar sempre.

A brincadeira e o jogo colocam o indivíduo em estado criativo. Entretanto, se a brincadeira que estimula a criatividade só pode florescer num

ambiente de liberdade e flexibilidade psicológicas, de busca de prazer, de auto-realização, devemos concluir que o desenvolvimento daquela encontra-se profundamente vinculado aos objetivos educacionais.

#### 4.2.1 DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS COM OS FAMILIARES

Verificamos que a mãe é a principal cuidadora da criança/adolescente nos períodos de hospitalização. Como vimos nas respostas fornecidas por elas, buscamos compreender como acontece o processo de internação e integração entre mãe e filho com câncer em situação de tratamento hospitalar. Analisando a atitude das mães, frente à doença das crianças, bem como a análise que as mesmas fazem do atendimento ao seu filho, seja por meio do brincar como também das classes hospitalares, comprovamos que para elas, o brincar e o acompanhamento pedagógico é fundamental para a recuperação de seus filhos durante a internação hospitalar.

A criança/adolescente tem em seu repertório comportamental formas limitadas de enfrentar situações adversas particulares e, no caso da hospitalização, a instituição precisa atuar no sentido da promoção de um ambiente mais familiar e menos ameaçador, promovendo desenvolvimento.

Nesse sentido, uma intervenção que vise inserir estratégias de enfrentamento mais eficazes deve levar em conta o que já existe em seu repertório, no sentido de estender e tornar significativa ou eficaz a sua aplicação (MOTTA E EMUNO, 2004). Entre as possíveis estratégias encontra-se o brincar, recurso utilizado pela criança para lidar com as dificuldades decorrentes da doença, atividade esta reconhecida pelas mães entrevistadas.

Então, podemos afirmar que brincar constitui-se de fato em um recurso viável e adequado para o enfrentamento das mudanças decorrentes do câncer e pode ser mais utilizado quando a criança/adolescente encontra apoio nas ações institucionais que viabilizam e disponibilizam recursos humanos e materiais para este fim.

Podemos perceber que nos discursos das mães-acompanhantes existe a valorização e a consideração da importância no que diz respeito à

realização da atividade lúdica com a criança/adolescente durante todo o processo de tratamento. Estas afirmam que é importante brincar e reforçam que o brincar é importante porque desenvolve, aprende, desperta e deixa seus filhos mais felizes.

Embora a temática “classe hospitalar” ainda seja considerada muitas vezes desconhecida e inexplorada pelas mães, esta proposta baseia-se em pesquisas realizadas por Fonseca (2003), Ceccim (1997), Ortiz (2002) e Funghetto (1998), que em linhas gerais buscam contemplar a educação em ambientes hospitalares, justificando a necessidade desses espaços educativos para o atendimento integral da criança/adolescente em tratamento.

Mas, por outro lado, as mães consideram que a possibilidade de inserção da intervenção educacional em ambientes hospitalares busca considerar que a criança/adolescente mesmo em situação de tratamento de saúde, também continua se desenvolvendo em todas as dimensões. Em outras palavras, a criança/adolescente doente não tem direito apenas à saúde, mas também à educação, pois os seus interesses e necessidades intelectuais e sócio-interativas também estão presentes no ambiente hospitalar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Crianças e adolescentes enfermos, que são atendidos em hospitais e instituições, devem ter garantido os seus direitos por se encontrarem em uma situação especial, uma vez que, a doença não tem sido considerada por nossa sociedade como um evento de passagem e, sim, como um evento que se traduz numa marca de incapacidade.

Durante a hospitalização, a criança sofre um distanciamento de seus laços familiares e sociais, esboça-se um novo cenário: o hospital e seus procedimentos clínicos. Assim, podemos refletir acerca de um suporte que permita a criança continuar participando do processo educativo, aprendendo e se desenvolvendo, já que após a alta hospitalar, sua vida social continuará em um permanente processo de interação.

Retomando nosso objetivo inicial sobre a atuação do pedagogo em instituições não-escolares, como a hospitalar, e os novos caminhos para a educação, a partir do acompanhamento pedagógico em âmbito hospitalar, podemos enfatizar que o atendimento educacional hospitalar representa esse suporte. A impressão de não interrupção dos processos educativos promovida pelo atendimento pedagógico hospitalar tem ajudado a reverter o quadro clínico de crianças hospitalizadas, pois estas não se sentem incapazes intelectualmente, fato que eleva sua auto-estima e sua vontade de se recuperar. Afinal, a hospitalização dessas crianças/adolescentes não deve comprometer o seu desenvolvimento cognitivo.

O principal efeito do encontro educação e saúde para uma criança/adolescente hospitalizado é a proteção do seu desenvolvimento cognitivo e afetivo na construção da aprendizagem.

É importante considerar que o ambiente hospitalar é aquele onde existe dor, debilidade orgânica e necessidade de muito repouso. Neste ambiente coabitam vidas que se encontram em estado de conflito gerado pela enfermidade. O atendimento pedagógico hospitalar contribui também para que esta criança/adolescente, procurando superar suas limitações orgânicas por meio das atividades pedagógicas sugeridas, acredite ser capaz de melhorar a cada dia.

A construção de uma pedagogia para crianças hospitalizadas

ênfatiza o direito de ser criança, poder brincar, viver experiências significativas de forma lúdica, informal e o direito de estudar e aprender de forma mais sistematizada. O desenvolvimento dessas atividades pedagógicas permite que a criança/adolescente não interrompa seu desenvolvimento escolar.

A internação hospitalar para crianças/adolescentes em nada impede que estas possam adquirir novos conhecimentos e informações que venha a contribuir tanto para o desenvolvimento escolar (não ficando em defasagem nos conteúdos de seu grupo ou turma) quanto para o entendimento de sua doença e a recuperação de sua saúde (FONSECA, 2003).

Analisando o trabalho realizado pela classe hospitalar, percebemos que as crianças/adolescentes hospitalizados quando recebem acompanhamento pedagógico durante a internação, melhoram seu estado clínico e abreviam o seu tempo de internação, quando comparadas a outras que não tiveram esse tipo de atendimento.

O acompanhamento pedagógico e escolar da criança/adolescente hospitalizado favorece a construção subjetiva de uma estabilidade de vida não apenas como elaboração psíquica da enfermidade e da hospitalização, mas principalmente, como continuidade e segurança diante dos laços sociais da aprendizagem (relação com os colegas e relações de aprendizagens mediadas por professor), o que nos permite falar de uma escola “hospitalar” ou de uma “classe escolar” em ambiente hospitalar (CECCIM, 1990, p. 42).

Fica claro que há uma “estreita relação” entre saúde e educação quando se pensa no contexto do ambiente hospitalar. A classe hospitalar torna-se um espaço de encontro muito significativo para as crianças/adolescentes hospitalizados. As atividades lúdicas, que nesse contexto ganham um valor pedagógico, tornam o ambiente hospitalar menos frio e mais acolhedor.

Portanto, propiciar a escolarização da criança hospitalizada também é compreender o seu desenvolvimento, levando em consideração o seu estado clínico, suas necessidades e suas vivências anteriores [...] observamos que, além das atividades oferecidas, o brincar aparece em todos os momentos: no leito, no corredor, na hora da injeção, nos tratamentos médicos, reforçando a idéia de que o brincar é importante não só em atividades pedagógicas programadas, ele deve ser compreendido e propiciado em um sentido mais amplo (FUNGHETTO; FREITAS; OLIVEIRA, 1999, p. 46).

Falar dessas experiências sugere uma aproximação com a prática do atendimento em classe hospitalar ou do brincar no contexto hospitalar. Infelizmente, não são muitas as experiências desse tipo de trabalho.

Logo, a conexão entre o pedagógico e o ambiente hospitalar podem surtir atitudes positivas que auxiliam a criança/adolescente em relação ao tratamento, a aprendizagem, as relações interpessoais, fornecendo encorajamento para enfrentar a hospitalização.

Sob este prisma, a classe hospitalar e a brinquedoteca hospitalar podem ser consideradas ambientes dentro do hospital que propicia a construção saudável da subjetividade, já que o evento da hospitalização é desconhecido por vários pacientes-alunos e repercute em afastamento do lar, da família, dos amigos e da escola.

Assim, a oferta da educação nas classes hospitalares e do brincar é fundamentada nos princípios de cidadania e do direito à educação e à saúde, reconhecendo a necessidade de um atendimento integral à criança/adolescente hospitalizada, considerando a complexidade inerente à sua condição humana.

Nesse sentido, é necessário evidenciar que o fato da criança/adolescente estar hospitalizada não implica, necessariamente, qualquer limitação quanto ao aprendizado escolar ou quanto ao brincar.

Assim, a classe hospitalar bem como o brincar no contexto hospitalar constitui a possibilidade do sujeito infantil hospitalizado continuar em contato com o brincar e com a educação e, portanto, com a construção de conhecimentos. É neste sentido que conhecer o desenvolvimento organizacional dos ambientes de ensino hospitalares e as brinquedotecas hospitalares constitui possibilidade de aperfeiçoamento e aprimoramento da organização do acompanhamento pedagógico em hospitais, visando a garantia dos direitos civis das crianças/adolescentes hospitalizadas.

## REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A. **A criança e seus jogos**. Porto Alegre: Artmed, 1992.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 1997.
- \_\_\_\_\_. **A psicologia no hospital**. São Paulo: Traço, 1988.
- ANTON, I. L. C. **A escolha do cônjuge: um entendimento sistêmico e psicodinâmico**. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- AROSA, A. C.; SCHILKE, A. L. Reflexões sobre a escola no hospital. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **A escola no hospital: espaço de experiências emancipadoras**. Niterói: Intertexto, 2007. p. 23-32.
- ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. U. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: DELANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p 205-231.
- AZEVEDO, A. C. P. Brincar na brinquedoteca: crianças em situações de risco. In: BOMTEMPO, E.; ANTUNHA, E. G.; OLIVEIRA, V. B. (Org.). **Brincando na escola, no hospital, na rua...** Rio de Janeiro: WAK, 2006. p. 143-159.
- BATISTA, C. V. M. et al. **Educação infantil: subsídios teóricos e práticas investigativas**. Londrina: CDI, 2005.
- \_\_\_\_\_. **Brincriança: a criança enferma e o jogo simbólico**. Estudo de caso. 2003. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- BOMTEMPO, E. Brinquedo e brincadeira: usos e significações dentro de contextos culturais. In: SANTOS, S. M. P. (Org.). **Brinquedoteca: o lúdico em diferentes contextos**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 23-40.
- CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças do ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
- CASTRO, E. K; PICCININI, C. A. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 625-635, 2002.
- CAVICCHIOLI, A. C. **Câncer infantil: a vivência dos irmãos saudáveis**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto.
- CECCIM, R. B. **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta á vida**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 1997.
- \_\_\_\_\_. Classe hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar. **Pátio Revista Pedagógica**, São Paulo, v. 3, n. 10, p. 41-44, 1990.

CECCIM, R. B.; FONSECA, E. S. Classe hospitalar: buscando padrões referenciais de atendimento pedagógico-educacional à criança e ao adolescente hospitalizados. **Revista Integração (MEC)**, São Paulo, v. 21, p. 31-40, 1999.

CHERUBIN, N. A. **Fundamentos da administração hospitalar**. São Paulo: Sociedade Beneficente São Camilo, 1977. 2 v.

CHIATTONE, H. B. A Criança hospitalizada. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **A psicologia no hospital**. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 1988. p. 40-132.

CUNHA, N. H. S. A brinquedoteca brasileira. In: SANTOS, S. M. P. (Org.). **Brinquedoteca: o lúdico em diferentes contextos**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 13-22.

\_\_\_\_\_. **Brinquedoteca: um mergulho no brincar**. São Paulo: Maltese, 1994.

\_\_\_\_\_. **Brinquedoteca: um mergulho no brincar**. São Paulo: Aquariana, 2007.

DAMASIO, A.; RUMEN, F. Mães na assistência à criança com câncer: o enfrentamento sem a figura paterna em casa de apoio. In: PERINA, E. (Org.). **As dimensões do cuidar em psiconcologia pediátrica**. Campinas: Livro Pleno, 2005.

DOHME, V. **Atividades lúdicas na educação: o caminho de tijolos amarelos do aprendizado**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. **O valor educacional dos jogos: jogos e dicas para empresas e instituições de educação**. Petrópolis: Vozes, 2008.

FONSECA, E. S. **Atendimento escolar no ambiente hospitalar**. São Paulo: Memnon, 2003.

\_\_\_\_\_. A situação brasileira do atendimento pedagógico-educacional hospitalar. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 117-129, 1999.

FONTINELI, K. J. **Ética e bioética em enfermagem**. 2. ed. Goiânia: AB Editora, 2007.

FORESTI, S. M.; BOMTEMPO, E. Aprendendo o esquema corporal na creche com Pinóquio. In: BOMTEMPO, E.; ANTUNHA, E. G.; OLIVEIRA, V. B. (Org.). **Brincando na escola, no hospital, na rua...** Rio de Janeiro: WAK, 2006. p. 29-50.

FORTUNA, T. R. Brincar, viver e aprender: educação e ludicidade no hospital. In: VIEGAS, D. (Org.). **Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização**. Rio de Janeiro: Wak, 2007. p. 33-44.

FRIEDMANN, A. **O desenvolvimento da criança através do brincar**. São Paulo: Moderna, 2006.

FUNGHETTO, S. S.; FREITAS, S. N.; OLIVEIRA, V. F. Classe hospitalar: uma vivência através do lúdico. **Pátio Revista Pedagógica**, São Paulo, v. 3, n. 10, p. 45-48, 1999.

- GIMENES, B. P. O brincar e a saúde mental. In: VIEGAS, D. (Org.). **Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização**. Rio de Janeiro: Wak, 2007. p. 15-20.
- JAMES, K. et al. The care of my child with cancer: parents' perceptions of caregiving demands. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, v. 19, n. 6, p. 218-228, 2002.
- KISHIMOTO, T. M. O jogo e a educação infantil. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 13-43.
- KITSON, N. Por favor, Srta. Alexander: você pode ser o ladrão? O brincar imaginativo: um caso para a intervenção adulta. In: MOYLES, J. R. et al. **A excelência do brincar**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.108-120.
- KOVÁCS, M. J. A criança e a morte. In: VIEGAS, D. (Org.). **Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização**. Rio de Janeiro: Wak, 2007. p. 21-25.
- MACEDO, L.; PETTY, A. L. S.; PASSOS, N. C. **Os jogos e o lúdico na aprendizagem escolar**. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- MAIA, C. I. B. et al. Brinquedoteca hospitalar Shishiro Otaka. In: SANTOS, S. M. P. (Org.). **Brinquedoteca: a criança, o adulto e o lúdico**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 114-128.
- MATOS, E. L. M.; MUGGIATI, M. M. T. F. **Pedagogia hospitalar**. Curitiba: Champagnat, 2001.
- \_\_\_\_\_. **Pedagogia hospitalar: a humanização integrando educação e saúde**. Petrópolis: Vozes, 2007.
- MAUDONNET, R. **Administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Cultura Médica. 1988.
- MEYER, I. C. R. **Brincar e viver: projetos em educação infantil**. Rio de Janeiro: WAK, 2003.
- MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma versão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003.
- MINUCCHIN, S.; NICHOLS, M. P. **A cura da família: histórias de esperança e renovação contadas pela terapia de família**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- MIRSHAWKA, V. **Hospital: fui bem atendido, a vez do Brasil**. São Paulo: Makron Books, 1994.
- MONTEIRO, M. C. L. R. Humanização nos hospitais: gente cuidando de gente. In: AROSA, A. C.; SCHILKE, A. L. (Org.). **A escola no hospital: espaço de experiências emancipadoras**. Niterói: Intertexto, 2007. p. 15-32.
- MORSCH, D. S.; ARAGÃO, P. M. A criança, sua família e o hospital: pensando processos de humanização. In: DELANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006 p. 235-260.

MOTA, M. C.; CHAVES, P. Brinquedoteca hospitalar “nosso cantinho”: relato de uma experiência de brincar. In: CARVALHO, A. et al. **Brincar (es)**. Belo Horizonte: UFMG, 2005. p. 167-180.

NEIL-URBAN, S.; JONES, J. B. Father-to-father support: fathers of children with cancer share their experience. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, v. 19, n. 3, p. 97-103, 2002.

NEVES, A. C. **Humanização da medicina e seus mitos**. São Paulo: Companhia Ilimitada, 2005.

OLIVEIRA, V. B. O lúdico na realidade hospitalar. In: VIEGAS, D. (Org.). **Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização**. Rio de Janeiro: Wak, 2007. p. 27-32.

ORTIZ, L. C. M.; FREITAS, S. N. **Classe hospitalar: caminhos pedagógicos entre saúde e educação**. Santa Maria: UFSM, 2005.

PENNA, T. L. M. Dinâmica psicossocial de famílias de pacientes com câncer. In: MELLO, F., JULIO, E.; BIRD, M. (Org.). **Doença e família**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Cap. 23, p. 379-389.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2006.

ROLLAND, J. S. Doença Crônica e o Ciclo de Vida Familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças do ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

SCARANTO, W. P. Humanização em unidade de cuidados intensivos pediátrica. In: VIEGAS, D. (Org.). **Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização**. Rio de Janeiro: Wak, 2007. p. 55-62.

SCHILKE, A. L. O fazer pedagógico no ambiente hospitalar: uma possível escuta das potencialidades da criança internada. In: CRUZ, G. B.; MARTIN, L. (Org.). **Saberes docentes em construção**. Niterói: Intertexto, 2007. p. 41-59.

\_\_\_\_\_. A ação educativa hospitalar que temos... A escola no hospital que queremos. In: CRUZ, G. B.; MARTIN, L. (Org.). **Saberes docentes em construção**. Niterói: Intertexto, 2007. p. 33-45.

SELLI, L. **Bioética na enfermagem**. 2. ed. São Leopoldo: Unisinos, 1998.

SIGAUD, C. H. S.; VERÍSSIMO, M. L. Ó R. (Org.). **Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente**. São Paulo: EPU, 1996.

SILVA, C. N. **Como o câncer (Des)estrutura a família**. São Paulo: Annablume, 2000.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Gente, 1996.

SILVA, S. M. M. Atividades lúdicas e criança hospitalizada por câncer: o olhar dos profissionais e das voluntárias. In: BOMTEMPO, E.; ANTUNHA, E. G.; OLIVEIRA, V. B. (Org.). **Brincando na escola, no hospital, na rua...** Rio de Janeiro: WAK, 2006. p. 127-142

SIMONTON, S. M. **A família e a cura:** o método Simonton para famílias que enfrentam uma doença. São Paulo: Summus, 1990.

TELES, M. L. S. **Socorro! É proibido brincar!** Petrópolis: Vozes, 1999.

TONUCCI, Francesco. **Quando as crianças dizem: agora chega!** Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 97.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.

VALLE, E. R. M. (Org.). **Psico-oncologia Pediátrica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

VIEGAS, D. Humanização hospitalar. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Brinquedoteca hospitalar:** isto é humanização. Rio de Janeiro: Wak, 2007. p. 47-52.

WALDOW, V. R. **Cuidar:** expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2006.

ZATZ, S.; ZATZ, A.; HALABAN, S. **Brinca comigo!** Tudo sobre brincar e os brinquedos. São Paulo: Marco Zero, 2006.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A**

## Termo de Consentimento livre e esclarecido

Eu,

\_\_\_\_\_, concordo voluntariamente em participar do estudo intitulado “A criança, o brincar e a aprendizagem no hospital”, estando livre para retirar o meu consentimento, sem sofrer nenhuma penalidade.

Entendo que o estudo está sendo desenvolvido por Adnan de Carvalho, aluna do curso de Pós-graduação da Universidade Estadual de Londrina, sob orientação da Profa Dra Cleide Vitor Mussini Batista, para realização da dissertação de mestrado e tem por objetivo obter informações relativas acerca do brincar e da aprendizagem da criança durante o processo de hospitalização.

Compreendo que a pesquisa pode trazer uma valiosa contribuição para o desenvolvimento das crianças durante a hospitalização, estando assegurada que as informações serão tratadas com confidencialidade e que poderei esclarecer minhas dúvidas junto à pesquisadora a qualquer momento, antes, durante e após o estudo.

Tendo sido informado sobre os objetivos do estudo, suas finalidades e qual minha participação e a de minha criança, autorizo a utilizar os dados obtidos, desde que seja garantido o sigilo das informações e a isenção de despesas de qualquer natureza.

Londrina, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Adnan de Carvalho

RG: 6002637-8

Endereço: Rua São Paulo, nº 456

Vila São Pedro - Jacarezinho - PR

Tel: 43 3525 3011

Pesquisado:

**APÊNDICE B**

## Termo de Consentimento livre e esclarecido

Eu,

\_\_\_\_\_ ,  
responsável legal por \_\_\_\_\_

concordo voluntariamente em participar do estudo intitulado “A criança, o brincar e a aprendizagem no hospital”, estando livre para retirar o meu consentimento, sem sofrer nenhuma penalidade.

Entendo que o estudo está sendo desenvolvido por Adnan de Carvalho, aluna do curso de Pós-graduação da Universidade Estadual de Londrina, sob orientação da Profa Dra Cleide Vitor Mussini Batista, para realização da dissertação de mestrado e tem por objetivo obter informações relativas acerca do brincar e da aprendizagem da criança durante o processo de hospitalização.

Compreendo que a pesquisa pode trazer uma valiosa contribuição para o desenvolvimento das crianças durante a hospitalização, estando assegurada que as informações serão tratadas com confidencialidade e que poderei esclarecer minhas dúvidas junto à pesquisadora a qualquer momento, antes, durante e após o estudo.

Tendo sido informado sobre os objetivos do estudo, suas finalidades e qual minha participação e a de minha criança, autorizo a utilizar os dados obtidos, desde que seja garantido o sigilo das informações e a isenção de despesas de qualquer natureza.

Londrina, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Adnan de Carvalho

RG: 6002637-8

Endereço: Rua São Paulo, nº 456

Vila São Pedro, Jacarezinho - PR

Tel: 43 3525 3011

Pesquisado:

## **APÊNDICE C**

### Entrevista com as Crianças

- 1- Você gosta de brincar?
- 2- Quais são as brincadeiras/ brinquedos que você mais gosta de brincar?
- 3- Você prefere brincar sozinho ou com outras crianças?
- 4- Você sente falta dos brinquedos e brincadeiras quando está internado?
- 5- Você brinca no hospital?
- 6- Com quem você brinca no hospital?
- 7- Você sente falta da escola quando está internado?
- 8- Como você se sente quando está no hospital?

### ***DADOS SOCIO GRÁFICOS***

*Idade:*

*Sexo:*

*Escolarização:*

## **APÊNDICE D**

### **Para Família**

1. Seu filho gosta de brincar?
2. Na sua opinião é importante a criança brincar?
3. O que você pensa a respeito do brincar no Hospital?
4. Neste hospital seu filho (a) tem um espaço para brincar?
5. Qual é o comportamento do seu filho (a) após as brincadeiras no Hospital?
6. Seu filho já ficou internado sem poder brincar?
7. Você sente diferença na internação quando seu filho pode brincar no hospital?
8. O que senhora pensa do acompanhamento escolar durante a internação?
9. Seu filho já teve acompanhamento escolar durante a internação?
10. A senhora tem conhecimento de alguma lei que obriga os hospitais a terem uma brinquedoteca e classes hospitalares?
11. Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

### ***DADOS SOCIO GRÁFICOS***

*Idade:*

*Sexo:*

*Grau de parentesco:*

*Quantos filhos:*

*Grau de Escolarização:*

*Tempo que descobriu a doença do seu filho:*

*Tempo de tratamento:*

## **ANEXOS**

## ANEXO A

### LEI 11.104 - BRINQUEDOTECAS EM HOSPITAIS- 2005

*Deputada Luiza Erundina*

LEI N° 11.104, de 21 de Março de 2005-06-08

Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação.

Art. 1º Os hospitais que ofereçam atendimento pediátrico contarão, obrigatoriamente, com brinquedotecas nas suas dependências.

Parágrafo único: O disposto no caput deste artigo aplica-se a qualquer unidade de saúde que ofereça atendimento pediátrico em regime de internação.

Art. 2º Considera-se brinquedoteca, para efeitos desta Lei, o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar.

Art. 3º A inobservância do disposto no art. 1º desta Lei configura infração à legislação sanitária federal e sujeita seus infratores às penalidades previstas no inciso II do art. 10 da Lei N° 6.437, de 20 de Agosto de 1977. Art. 3º A inobservância do disposto no art. 1º desta Lei configura infração à legislação sanitária federal e sujeita seus infratores às penalidades previstas no inciso II do art. 10 da Lei N° 6.437, de 20 de Agosto de 1977.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a data de sua publicação.

Brasília, 21 de março de 2005