

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL

**O BRINCAR COMO FATOR POTENCIALIZADOR DA SAÚDE  
AMBIENTAL NO MICROSSISTEMA PEDIATRIA: UMA ANÁLISE  
BIOECOLÓGICA**

ÂNGELA ADRIANE SCHMIDT BERSCH

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do Grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental, da Fundação Universidade Federal do Rio Grande.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Angela Mattar Yunes

**RIO GRANDE**

**2005**

Catalogação na fonte e classificação:  
Bibliotecária Simone Tarouco Przybylski  
CRB-10/1166

B535b Bersch, Ângela Adriane Schmidt

O brincar como fator potencializador da saúde ambiental  
no microssistema pediatria: uma análise bioecológica /  
Ângela Adriane Schmidt Bersch – Rio Grande : FURG, 2005.  
144 p.

Tese (Mestrado em Educação Ambiental) – Programa de  
Pós-Graduação em Educação Ambiental, Fundação  
Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2005.

1. Brincadeira 2. Hospitalização 3. Bioecologia 4.  
Desenvolvimento humano I. Título

CDU 616-053.2

ÂNGELA ADRIANE SCHMIDT BERSCH

O BRINCAR COMO FATOR POTENCIALIZADOR DA SAÚDE AMBIENTAL NO  
MICROSSISTEMA PEDIATRIA: UMA ANÁLISE BIOECOLÓGICA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação Ambiental do Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Comissão de avaliação formada pelos examinadores:

---

Dr<sup>a</sup> Maria Angela Mattar Yunes – Orientadora

Fundação Universidade Federal do Rio Grande - FURG

---

Dr<sup>a</sup> Luiza Helena Vinholes Siqueira Novaes – Co-orientadora

(Universidade Católica de Pelotas -UCPel e Universidade Federal de Pelotas - UFPel)

---

Dr<sup>a</sup> Paula Ribeiro

Fundação Universidade Federal do Rio Grande - FURG

---

Dr<sup>a</sup> Méri Rosane Santos da Silva

Fundação Universidade Federal do Rio Grande - FURG

---

Dr. Atos Prinz Falkenbach

Centro Universitário UNIVATES e Centro Universitário Metodista - IPA

## AGRADECIMENTOS

Neste momento, me recordo de tantas pessoas que, de alguma forma, fizeram parte da minha trajetória acadêmica. Mas há aquelas que foram imprescindíveis. A estas, agradecerei com um muito obrigada, pois, mesmo que fosse fazer uso de uma infinidade de letras, não há palavras que traduzem ou dêem a exata intensidade a um sentimento de gratidão.

Muito obrigada:

Primeiramente à pessoa que foi, e é, fundamental na minha vida. Adriano querido, obrigada! Obrigada, por seu amor, apoio, estímulo, compreensão e todos os outros sentimentos que dão mais vida à vida.

Ao Felipe, meu querido filho, que viveu o mestrado junto comigo e que, nesse período, muitas vezes, solicitou minha atenção e nem sempre pude atendê-lo. Você, Felipe, redimensionou a minha vida e me tornou mais sensível para compreender a intensidade dos sentimentos dos responsáveis, especialmente das mães, que acompanhavam as crianças hospitalizadas.

Aos meus irmãos, Sinara e Sedenir, por serem irmãos.

À Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Angela, orientadora e Educadora Ambiental. Tive a felicidade de conhecer e conviver com este ser humano bioecológico maravilhoso. Obrigada por todas as palavras ditas e não ditas, todos os gestos, enfim, por viver esta dissertação comigo.

À Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Luiza Helena. Você que surgiu por acaso em minha vida acadêmica, porém, seu olhar e sua compreensão foram fundamentais neste trabalho. Quisera todos os pediatras ao usarem o estetoscópio “ouvissem” as crianças hospitalizadas da forma como você as ausculta. Obrigada por dividir comigo um pouco de seu vasto conhecimento.

Aos professores da UFPel, em especial ao professor Dr. Airton J. Rombaldi que, com sua competência e seu conhecimento, fez com que me dedicasse aos estudos da fisiologia e da fisiologia do exercício e compreendesse a urgência de incorporar a saúde à educação e ambas à Educação Física.

A outros tantos professores da graduação, em particular, ao professor Dr. Atos P. Falkenbach, que novamente está contribuindo na minha formação. Você, logo no início dos meus estudos na graduação, ainda na UNIVATES, me incentivou a buscar o conhecimento e, também, a dividi-lo publicando meus trabalhos. Isto influenciou na minha escolha pela vida acadêmica. Toda essa caminhada começou com você!!!! Obrigada por acreditar em mim.

À cepiana Raquel, pelo auxílio na aplicação das entrevistas, pelo belo trabalho que desenvolve no CEP-Rua/FURG e com as crianças institucionalizadas.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>.Paula Ribeiro, querida professora que muito contribuiu com minhas reflexões, tanto sobre a Educação Ambiental como sobre o ser e fazer docente. Obrigada também pela relatoria deste trabalho.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Méri R.S.da Silva pelas suas valiosas contribuições a este estudo.

À toda rede social das pediatrias dos hospitais onde atuei como pesquisadora – aos profissionais, aos responsáveis pelos pacientes – em especial, a todas as crianças com as quais tive contato. Sinto por não ter conseguido, ainda, transformar o ambiente hospitalar e lhes proporcionar uma melhor qualidade de vida durante a hospitalização. Contudo, minha luta não pára aqui, este foi o primeiro passo de uma longa trajetória. Uma das principais características de um Educador Ambiental é a persistência, que o leva a lutar pela sua causa e a acreditar, como me disse Michèle Sato, que nossas esperanças verdes consigam proteger o azul, o amarelo e todas as cores do mundo!

Aos meus amigos e colegas da UFPel e da FURG. Citar nomes seria extenso demais e desnecessário, pois quem os são, sabem. A amizade é como uma planta que quando bem cultivada floresce, dá frutos, cria raízes e torna fértil o solo em que se desenvolve . O cultivo de nossas amizades facilitou e potencializou o meu desenvolvimento durante a minha permanência por 4 anos longe da minha “terra”.

E, por fim, mas não por último, ao Urie Bronfenbrenner, mentor desta obra, que infelizmente não está mais entre nós. Seus estudos e achados foram e são “adubo” para muitas pesquisas. Suas obras me guiaram no microssistema e me conduziram para além dele, fazendo com que visualizasse e compreendesse também os demais contextos: exo, meso e macrossistema.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b>	8
<b>ABSTRACT</b>	9
<b>INTRODUÇÃO</b>	10
<b>1 DELINEANDO A PESQUISA</b>	10
1.1 Educação Física Ambientalizada: a busca de melhor qualidade de vida para pacientes pediátricos _____	10
1.2 A Constituição do Pesquisador _____	11
1.3 O Tema e a Problematização Norteadora _____	13
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>2 A EDUCAÇÃO AMBIENTAL E SUAS INTERFACES</b>	16
2.1 A Educação Física como expressão de Educação Ambiental _____	16
2.2 A Bioecologia do Desenvolvimento Humano _____	18
2.2.1 O Impacto das Estruturas Interpessoais no Desenvolvimento _____	22
2.2.2 O Modelo Bioecológico _____	26
2.3 O Ambiente Hospitalar _____	28
2.3.1 A Hospitalização _____	28
2.3.2 Corpo(reidade), Saúde e Doença _____	31
2.3.3 Saúde Ambiental _____	34
2.4 A brincadeira, o brincar, o brincar e o lúdico: conceitos e valores _____	36
2.4.1 O brincar no âmbito hospitalar _____	40
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>3 METODOLOGIA DA PESQUISA</b>	43
3.1 (Re)construção Metodológica _____	43
3.2 Tipo de Estudo _____	45
3.2.1 A Inserção Ecológica no Meio Ambiente pesquisado _____	46
3.3 Os instrumentos para a coleta de informações _____	48
3.3.1 A entrevista _____	48
3.3.2 A observação _____	50
3.4 Campo _____	51
3.4.1 O contexto histórico do local de pesquisa _____	51

3.4.2	Unidade Pediátrica	53
3.5	Participantes da Pesquisa	54
3.6	Procedimentos	55
3.6.1	O contato inicial com o contexto	55
3.6.2	Os primeiros passos do projeto	55
3.6.3	A Inserção Ecológica da pesquisadora	56
3.6.4	Termo de Consentimento e Autorização	57
3.6.5	Estudo Preliminar	58
3.6.6	Estudo Principal	58
3.6.7	Análise das Informações	58

## **CAPÍTULO IV**

### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

4	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	60
4.1	A ausculta e escuta da criança hospitalizada por meio da Bioecologia do desenvolvimento humano	60
4.2	A Categorização	61
4.3	O Universo do Brincar	62
4.3.1	O Brincar na ótica dos profissionais	62
4.3.2	O Brincar Terapêutico para os cuidadores	64
4.3.3	O profissional e o (pré)conceito de brincar	72
4.3.4	A Sala de Brincar	77
4.3.5	O Brincar de correr, de trotar, de saltar e de pular	84
4.4	Hospitalização: a Transição Ecológica	87
4.4.1	Sáude x Ambiente	87
4.4.2	Ambiente hospitalar pediátrico	89
4.4.3	Além da fronteira do microssistema pediatria	95
4.4.4	A percepção dos cuidadores – profissionais e responsáveis – sobre os sentimentos da criança em relação ao ambiente hospitalar	97
4.4.5	Estruturas Interpessoais na Sala de brincar	103
4.5	A Bioecologia do microssistema pediatria	107
4.5.1	A compreensão do profissional sobre a criança hospitalizada	108
4.5.2	A relação da enfermagem com o brincar	110
4.5.3	O cuidado com as outras relações	114
4.5.4	Processos Proximais: motores transformadores do desenvolvimento	116
4.6	A percepção dos profissionais e dos responsáveis sobre as possibilidade de melhoria na qualidade de vida dos pacientes	119

<b>CAPÍTULO V</b>	
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	123
5.1 Educação Ambiental Hospitalar: algumas possibilidades de reconfiguração do(s) contexto(s)	123
5.2 Potencializar o brincar e as inter-relações no microsistema pediatria para favorecer a saúde ambiental pediátrica	126
5.3 Perspectivas da pesquisa	128
<b>REFERÊNCIAS</b>	131
<b>ANEXOS</b>	138



## RESUMO

O estudo investigou a influência do brincar no microsistema pediatria durante o período de hospitalização sob a ótica dos profissionais, dos pacientes pediátricos e de seus responsáveis. Sabe-se que o brincar possibilita que a criança hospitalizada passe de uma situação passiva de doente para outra ativa, o que pode ser entendido como um fator de proteção, potencializador do desenvolvimento frente aos riscos sociais do contexto hospitalar. Para compreender as múltiplas interações, abordamos o desenvolvimento humano calcado na teoria *Ecológica e Bioecológica* de Urie Bronfenbrenner. A pesquisa é de cunho qualitativo e tem como instrumentos para coleta de informações, observações e entrevistas semi-estruturadas subsidiadas pela metodologia da Inserção Ecológica. Este modelo constitui-se em um referencial teórico-metodológico apropriado para a realização de pesquisas sobre o desenvolvimento-no-contexto em ambiente natural. Com o propósito de obter respostas de maior confiabilidade, adotou-se algumas estratégias para o desenvolvimento da pesquisa, quais sejam: o contato inicial; a inserção ecológica da pesquisadora; o estudo preliminar e o estudo principal. Constatou-se que a criança hospitalizada necessita mais do que medicamentos, alimentação, cuidados médicos, ambientes coloridos e que brincar é fundamental. Além disso, são importantes as “boas” e significativas inter-relações, aquelas que potencializam o desenvolvimento. Considerando que a Educação Ambiental tem como princípio o trabalho inter, trans e multidisciplinar e que aponta para a intra-relação e inter-relações humanas, os estudos nesta área configuram paradigmas emergentes sobre meio ambiente, saúde e educação. Neste sentido, transformar o ambiente hospitalar em um espaço de brincar permanente, pode potencializar a aprendizagem e o desenvolvimento e propiciar melhoria na qualidade de vida dos pacientes. Em conclusão, os resultados obtidos sugerem a inserção do Educador Físico e Ambiental no atendimento à rede social do microsistema pediatria.

**Palavras Chaves:** Brincar, hospitalização, Bioecologia do desenvolvimento humano e saúde ambiental.

Linha de pesquisa: Educação Ambiental Não Formal

## ABSTRACT

This study investigated the influence of playing, upon the pediatrics microsystem during hospitalization time, considering the different points of view: the professionals, the pediatric patients' and the responsible for them. It is well-known that playing allows a hospitalized child move from the passive to the active position, what can be understood as a buffer in the development that faces social risks in a hospital environment. To better understand the multiple interactions, the human development we studied based on Urie Bronfenbrenner's ecological and bioecological theories. This research has a qualitative basis and to collect data observation and interviews were planned according to the Ecological Insertion methodology that has been adopted. It is a suitable methodological-theoretical way of getting reference for the research about the in-context-development in a real, natural environment. In order to get the most trustful answers, different kinds of strategies were necessary: the first meeting: the researcher's ecological insertion; the preliminary study and the main study. It was evident that a hospitalized child needs much more than medicine, food, medical care, colorful environments and that playing is essential. Besides, the good interrelationships are important to potencialize development. Considering the idea that Environmental Education is an inter, trans and multidisciplinary task, leading to human relationship, the studies in this area point to new paradigms about environment, health and education. In this sense, , to change the hospital environment into a place of permanent playing, of learning and development, can improve patients' standard of living. In conclusion, the results suggest that a Physical Education and Environment Instructor insertion should be part of the pediatrics microsystem.

**Key Words:** Playing, Hospitalization, Bioecology of human development and Environment health

# INTRODUÇÃO

---

*É preciso ousar para dizer cientificamente que  
estudamos,  
aprendemos,  
ensinamos,  
conhecemos nosso corpo inteiro.*

*Com sentimentos,  
com as emoções,  
com os medos,  
com a paixão e também  
com a razão crítica.*

*Jamais com estas apenas.*

*É preciso ousar para jamais dicotomizar o  
cognitivo do emocional..*

*Paulo Freire*

## **1 DELINEANDO A PESQUISA**

### **1.1 EDUCAÇÃO FÍSICA AMBIENTALIZADA: A BUSCA DE MELHOR QUALIDADE DE VIDA PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS**

A Educação Física utiliza o movimento como ferramenta para educar e, por meio das atividades físicas, visa prevenir, amenizar e reabilitar os indivíduos das mazelas da vida moderna e de outras doenças. É uma área que tem um papel fundamental na Educação Ambiental.

A EF busca, por meio do estudo e conhecimento dos movimentos corporais, orientar as relações entre os seres humanos e destes com o meio ambiente, com o objetivo de contribuir para

uma melhor qualidade de vida da população, inclusive de uma grande margem de excluídos (TAVARES, 2002), como deficientes físicos, obesos, pobres, hospitalizados, e tantos outros.

A inserção da Educação Ambiental na Educação Física, denominada por Tavares (2002), ambientalização das aulas de EF tem, em seu eixo principal, a ética (GRÜN, 1996), no intuito de educar em valores. Valores que pressupõem respeito, equidade, solidariedade, oportunidade, acesso ao conhecimento das práticas corporais, os quais são fatores indispensáveis às relações entre os seres humanos e destes com a natureza.

É preciso urgentemente ambientalizar os currículos de Educação Física e ir além dos discursos biológicos e das atividades de saídas de campo: trilhas ecológicas, práticas de ginástica ao ar livre, excursionar, entre outros (TAVARES, 2002). (Re)orientar as práticas corporais às finalidades mais humanas também deve ser uma preocupação dos profissionais de EF que atuam na promoção da saúde, inclusive no âmbito hospitalar.

O entendimento dicotômico do ser humano e da natureza já é de longa data. Não nos compreendemos constituintes e constituídos da natureza, o que pode nos tornar insensíveis frente a ela. O resultado, explicam Maturana e Verden-Zöller, “é um desastre ecológico que ameaça a nossa existência como seres humanos”(2004, p.127). Os estudiosos esclarecem ainda que, da mesma forma, a separação entre corpo e mente limita a compreensão de que, como seres humanos, nos constituímos a partir do entrelaçamento da emoção e da razão.

## **1.2 A Constituição do Pesquisador**

No transcorrer do curso de graduação, o contato com a realidade social e a experiência de docência podem provocar muitas reflexões sobre o processo relacional – professor/aluno. Confrontar a prática vivenciada com os estudos teóricos deve ser a bússola do nosso fazer pedagógico: “Não apenas pensar, mas pensar: a relação teoria/prática” (MEDINA, 2002 p.67). O autor ainda afirma que a EF só poderá se concretizar por intermédio de uma prática. Porém, “qualquer prática humana, sem uma teoria que lhe dê suporte, torna-se uma atitude tão estéril (apenas imitativa) quanto uma teoria distante de uma prática que a sustente” (ibidem p.68). Bronfenbrenner e Morris (1998), a este respeito, concebem que uma teoria, para ser boa, deve ser prática.

As experiências concretas que aliam teoria e prática são fundamentais na formação de qualquer educando. Iniciar pela gênese do tema auxilia o leitor a visualizar e compreender melhor o pesquisador. Os dados apresentados a seguir são oriundos da participação da autora como acadêmica de Educação Física, por três anos, em um projeto que atendia crianças hospitalizadas na cidade de Pelotas.

Ao iniciarmos as práticas, o entusiasmo era grande, pois o prazer proporcionado, até então, pelos estudos teóricos sobre a recreação hospitalar, fazia com que sonhássemos com uma realidade não encontrada.

O espaço e o material destinados à recreação eram parques e restritos. O que nos levou a utilizar também os corredores e os quartos. A idéia de que em ambientes hospitalares não se brinca era evidenciada pelas expressões das crianças.

O oferecimento de atividades de brincar era amplo, como, por exemplo, jogos, brincadeiras, rodas cantadas, teatros, pinturas, contos, dança e confecção de brinquedos, uma vez que a faixa etária dos internos também era variada: 0 a 12 anos. As enfermidades eram diversas e haviam algumas limitações quanto ao movimento, com necessidade, em alguns casos, de um trabalho quase individual, ou seja, professor-aluno.

Nesse contexto, ao primeiro contato, a realidade do ambiente parecia triste. Porém, à medida que controlávamos nossas angústias, medos e ansiedades, tivemos mais segurança para interagir, intervir e observar os envolvidos.

O projeto de extensão Recreação Hospitalar, vinculado à Escola Superior de Educação Física (ESEF), da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), oferecia o brincar orientado com sessões semanais, nas salas de recreação, quartos e corredores da pediatria de dois hospitais da cidade de Pelotas, durante o período de 2001 a 2003.

As respostas positivas obtidas por meio do brincar eram estimulantes. Durante e ao final da internação, dialogávamos informalmente tanto com os responsáveis pelos pacientes pediátricos, como com o corpo clínico que atendia a pediatria dos hospitais.

Os relatos eram praticamente unânimes. A maioria dos pacientes, segundo os responsáveis, ficava deprimido logo após a internação, porém melhoras eram registradas após o brincar orientado. Muitas das crianças desconheciam a sua doença e apresentavam algum tipo de medo com relação aos procedimentos hospitalares (BERSCH e YUNES, 2004a).

Alguns profissionais do hospital forneceram opiniões sobre o brincar orientado durante a hospitalização. Estes disseram que a recreação terapêutica influenciava no restabelecimento do paciente e o aproximava do corpo clínico. Porém, a resistência à implementação do brincar por parte dos profissionais da pediatria era um obstáculo significativo (BERSCH e YUNES, 2004b).

Diante desta realidade, com o objetivo de transformar o ambiente pediátrico em um espaço de brincar permanente e potencializar a aprendizagem e o desenvolvimento, entendemos ser necessário a inserção do profissional de EF. A preocupação com a humanização do atendimento aos pacientes pediátricos levou-nos a instrumentalizar a pesquisa e a obter conhecimento sobre o brincar mediante um estudo científico.

### **1.3 O TEMA E A PROBLEMATIZAÇÃO NORTEADORA**

O estudo desenvolvido permitiu considerar que o brincar no contexto hospitalar, tema desta pesquisa, tem uma função recreativa, mas, também, terapêutica. No ato de brincar, a criança passa de um agente passivo frente à doença a outro ativo, no qual controla, imaginariamente, o novo ambiente e as situações dolorosas que enfrenta. Apesar de alguns estudos semelhantes (JUNQUEIRA, 2003; NOVAES, 1998, 2003; CECCIM e CARVALHO *et al*, 1997; MOTTA; ENUMO, 2004; MITRE e GOMES, 2004; OLIVEIRA *et al*, 2003; SAGGESE e MACIEL, 1996) terem sido realizados, o olhar do Educador Físico sob a ótica da Educação Ambiental inexistente. O enfoque e a importância do brincar, principalmente o brincar que envolvem atividades como correr, pular, saltar, trotar, não foi ainda contemplado.

Considerando a relevância social deste trabalho, fez-se necessário um olhar investigativo para realizar estudos mais qualificados, no sentido de demonstrar a importância das diversas facetas do brincar e incorporá-los no ambiente hospitalar pediátrico.

Ao tratar sobre pesquisa, Minayo (1994) afirma que toda investigação principia por um problema com uma questão, com uma dúvida ou com uma pergunta vinculadas a conhecimentos anteriores. Porém, estes também podem demandar a criação de novos referenciais. Então, a partir do delineamento inicial, temos o problema, a questão e as questões norteadoras da pesquisa, respectivamente:

Como o brincar influencia o microsistema pediátrico e seus componentes, os pacientes, os profissionais e os responsáveis?

Qual a influência do brincar durante o período de hospitalização sob a ótica dos profissionais da pediatria hospitalar, dos pacientes pediátricos e de seus responsáveis?

Pretendeu-se, portanto, investigar as percepções de alguns profissionais que atuam no ambiente pediátrico – enfermeiros, auxiliares de enfermagem, monitores da sala de brincar e secretária que atende a pediatria - dos pacientes pediátricos e de seus responsáveis, sobre a influência do brincar, inclusive, atividades como correr, pular, saltar, trotar, durante o período da hospitalização.

Questões norteadoras:

- Como os profissionais da pediatria, os pacientes e seus responsáveis conceituam e compreendem o brincar, incluindo atividades de correr, saltar, trotar e pular no âmbito hospitalar?
- Como o paciente pediátrico percebe o ambiente hospitalar e como o brincar de correr, trotar, pular, saltar, se presente neste ambiente, pode influenciar o seu processo de recuperação?
- Como o Educador Físico e Ambiental, inserido no âmbito hospitalar pediátrico pode proporcionar melhoria na qualidade de vida dos pacientes?
- Quais as sugestões dos profissionais e responsáveis sobre possíveis mudanças no ambiente para favorecer o restabelecimento da criança?

Objetivamos investigar estas questões, a partir dos conhecimentos obtidos na formação como Educadora Física e ora aprimorados pelos estudos do curso de Pós-Graduação em Educação Ambiental. Compreendemos o hospital como um ambiente que pode ser favorável ou não ao desenvolvimento e à aprendizagem da criança. Para tanto, faz-se necessário uma (re)configuração do entendimento da instituição hospitalar, bem como das questões que envolvem a saúde, a doença, o corpo e o processo de hospitalização da criança.

As relações estabelecidas no ambiente institucional hospitalar repercutem diretamente no processo de restabelecimento da criança internada. Há, portanto, a necessidade de explorarmos questões pertinentes à Saúde Ambiental. Os estudos que envolvem saúde e ambiente são complexos devido aos inúmeros fatores que as temáticas abrangem. Uma compreensão mais

aprofundada requer uma abordagem multi, inter e transdisciplinar. Este é um dos princípios aos quais a EA se propõe.

Com a finalidade de facilitar o restabelecimento em um processo de humanização, compreendendo homem e ambiente como uno, em uma ótica dialética na qual ambos se sobrepõem, se complementam e interagem em constante e mútua (des)construção, utilizamos a abordagem *bioecológica* de desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner para direcionar nossos estudos e obter respostas às nossas inquietações.

Muitos são os estudos realizados envolvendo o brincar, a brincadeira, o brinquedo, o lúdico e outros temas que, em muitas situações, se (con)fundem. Portanto, produziu-se uma análise destas temáticas para elucidar e justificar o termo brincar utilizado para denominar as atividades realizadas e analisadas no microssistema pediatria hospitalar, durante as nossas investigações.



## A EDUCAÇÃO AMBIENTAL E SUAS INTERFACES

---

### 2.1 A EDUCAÇÃO FÍSICA COMO EXPRESSÃO DE EDUCAÇÃO AMBIENTAL

A reflexão que pretendemos fazer neste momento é sobre a questão da Educação Ambiental no âmbito da Educação Física. A EF é compreendida como uma prática social, que trata de um dado conhecimento que se enraíza na atividade humana, em uma área que pode ser denominada de cultura corporal (SOARES 1995), ou ainda, como:

A arte e a ciência do movimento humano que, através de atividades físicas específicas, auxiliam no desenvolvimento integral dos seres humanos, renovando-os e transformando-os no sentido de sua auto-realização e em conformidade com a própria realização de uma sociedade mais justa e livre (MEDINA, 2002 p.81-82).

O nosso local de estudo remete-nos a EA Informal e, para tanto, tomamos apoio na denominação de Zeppone, que refere a “Educação Ambiental informal” como “todo e qualquer trabalho desenvolvido fora do âmbito escolar, o que não descaracteriza o seu aspecto educativo, pois sabemos que a aprendizagem não ocorre apenas dentro de uma sala de aula” (1999, p.26).

A preferência ao termo EA informal neste trabalho justifica-se devido ao fato de que a nossa atuação dá-se no contexto hospitalar. A EA formal, ao contrário, é caracterizada pela disciplina e ocorre preferencialmente no âmbito escolar ou na sala de aula.

Conforme o artigo 2º do projeto lei da PNEA – Política Nacional de Educação Ambiental -, a EA é um componente essencial e permanente da educação nacional, devendo estar presente,

de forma articulada, em todos os níveis e modalidades do processo educativo, em caráter formal e não formal.

A compreensão de que a EA não é responsabilidade somente das Ciências Naturais, senão de todas as áreas de conhecimento e de todos os cidadãos, faz com que abandonemos uma visão reducionista do meio ambiente, o qual se limita apenas à análise de sua parte biológica, natural, não enfocando-o como um sistema sociedade-natureza (TAVARES 2002).

Num breve retrospecto, perceberemos que muitos movimentos ligados a EA visam recuperar o equilíbrio da relação homem-natureza. É preciso, ainda nestas relações, preservar o equilíbrio das relações familiares, do bem-estar, pois o meio ambiente começa em nós, no nosso interior. A EA deve principiar na intra-relação, nas inter-relações com os seus iguais e com o meio ambiente no qual se está inserido.

Se pensarmos que a criança pode ter uma passagem rápida de poucos dias pelo hospital, como também pode ali permanecer por meses, ou ainda, ter vários retornos a este ambiente, esta vivência pode apresentar tantos ou mais fatores de risco quanto a própria doença em si. O ambiente institucional e as relações estabelecidas neste meio influenciarão seu desenvolvimento cognitivo, social e afetivo, assim como a construção de sua identidade e de seus projetos de futuro. Por isso é preciso dar atenção às influências que este ambiente pode exercer sobre os pacientes pediátricos. O grau de perturbação da criança hospitalizada dependerá da sua fase de desenvolvimento, do tipo e dos limites impostos pela sua doença, das vivências anteriores e, também, da sua relação com este “novo” ambiente (NOVAES, 1998).

A importância do brincar e do lúdico no âmbito hospitalar como um todo, mas principalmente no pediátrico, passou a ser percebida e ganhou relevância social, especialmente a partir do trabalho do médico Patch Adams (1999), nos Estados Unidos da América. Sua história de vida foi relatada e popularizada por meio de um filme<sup>1</sup>.

Desde então, muitos são os estudos realizados focando o brincar da criança durante o período da hospitalização, porém restritos à pediatria, sem que sejam analisados os demais contextos que influenciam esta temática.

---

<sup>1</sup> “Patch Adams – O Amor é contagioso”, de Tom Shadyac, Universal Pictures, 1998.

## 2.2 A BIOECOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Para (re)configuração do ambiente institucional, hospital, precisamos ter uma compreensão clara do que é ambiente, como este exerce influencia e é influenciado pelos seres humanos. Para se compreender esta complexa temática, utilizaremos a abordagem *bioecológica* de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (2002).

O referido pesquisador, no início de sua carreira, acreditava no rigor do laboratório e dos métodos psicométricos. Influenciado por colegas, passou a compreender o poder da fenomenologia e do contexto social. Desde então, Bronfenbrenner trabalhou em um modelo científico apropriado para estudar o desenvolvimento. Quatro décadas de pesquisas e de reflexões tiveram duas fases distintas. A primeira é marcada pela publicação do livro *Ecology of Human Development*, em 1979, traduzido e publicado no Brasil em 1996 e reimpresso em 2002 (Bronfenbrenner, 2002), no qual o autor descreve o modelo ecológico. Na segunda fase, juntamente com outros estudiosos, o modelo original é questionado em uma série de trabalhos (Bronfenbrenner e Morris, 1998; Bronfenbrenner e Evans, 2000), dos quais resultou a abordagem ecológica.

Bronfenbrenner, ao longo de seus estudos, teve experiências em vários países e sociedades, afirmando que:

Observada em diferentes contextos, a natureza humana, que eu anteriormente considerava como um nome singular, tornou-se plural e pluralística, pois os diferentes ambientes estavam produzindo diferenças perceptíveis, não apenas entre as sociedades, mas também dentro delas, em talento, temperamento, relações humanas e, especialmente, nas maneiras pelas quais a cultura, ou subcultura, educa a próxima geração. O processo e o produto de tornar humanos os seres humanos variava claramente de acordo com o lugar e a época (BRONFENBRENNER 2002, pg ix).

Uma das maiores contribuições da abordagem ecológica está no fato de potencializar os pesquisadores a pensar ecologicamente, o que possibilita voltar a atenção não só para o indivíduo e os ambientes imediatos nos quais ele se encontra, mas também para as interações do indivíduo com os ambientes mais distantes, dos quais, muitas vezes, ele sequer participa diretamente (YUNES, MIRANDA e CUELLO, 2004).

A concepção de desenvolvimento apresentada na teoria ecológica de Bronfenbrenner (2002) foge das tradicionais definições que dão ênfase aos processos psicológicos da percepção, a motivação, ao pensamento e a aprendizagem. Ele destaca o conteúdo, ou “o que é percebido, desejado, temido, pensado ou adquirido como conhecimento, e como a natureza desse material psicológico muda em função da exposição e interação de uma pessoa com o meio ambiente” (ibidem p.9).

Tomando-se o hospital como um importante ambiente de desenvolvimento para a criança, os estudos realizados sobre o lúdico e o brincar durante o período de hospitalização (SAGGESE e MACIEL, 1996; MOTTA e ENUMO, 2004; MITRE e GOMES, 2004; OLIVEIRA *et al*, 2003; JUNQUEIRA, 2003 ), analisaram o desenvolvimento do indivíduo fora do contexto. Ou então somente em seu contexto imediato, desconsiderando ou não dando aos demais sistemas a devida importância.

O modelo ecológico caracteriza-se por ser um marco teórico e metodológico que procura privilegiar não somente o contexto, mas as múltiplas interações da pessoa com o seu ambiente:

A ecologia do desenvolvimento humano envolve o estudo científico da acomodação progressiva, mútua, entre um ser humano ativo, em desenvolvimento, e as propriedades mutantes dos ambientes imediatos em que a pessoa em desenvolvimento vive, conforme esse processo é afetado pelas relações entre esses ambientes, e pelos contextos mais amplos em que os ambientes estão inseridos (BRONFENBRENNER 2002, p.18).

Os ensinamentos de Bronfenbrenner proporcionam a compreensão dos vários sistemas de influência, desde os mais distais até os mais proximais, que formam o entorno ecológico do indivíduo. Por meio de uma linguagem específica de sua abordagem, o autor pressupõe que toda a experiência individual se dá no ambiente ecológico, o qual "é concebido como uma série de estruturas encaixadas, uma dentro da outra, como um conjunto de bonecas russas." (ibidem p. 5). Esta concepção deve ser transparente para o pesquisador, do contrário, ele poderá cometer vários equívocos. A observação deve ser longitudinal e ao curso de um certo período de tempo, e não tão somente em um dado momento.

Bronfenbrenner segue os ensinamentos de Kurt Lewin<sup>2</sup> ao propor que ,“se queremos mudar os comportamentos, precisamos mudar o ambiente”(2002 p.xiii). Esta é uma das principais proposições da nossa pesquisa.

Os ambientes são analisados em termos de quatro tipos de sistemas, que guardam uma relação inclusiva entre si e que o Bronfenbrenner (2002) denomina de: o *microsistema*, o *mesossistema*, o *exossistema* e o *macrossistema*.

O *microsistema* é o sistema ecológico mais próximo e compreende um conjunto de relações entre a pessoa em desenvolvimento e seu ambiente mais imediato. No ambiente hospitalar, por exemplo, a criança estabelece interações face a face com objetos, símbolos e/ou com seus iguais (BRONFENBRENNER, 2002; BERSCH e YUNES, 2004a).

O *mesossistema* refere-se ao conjunto de relações entre dois ou mais *microsistemas* dos quais a pessoa em desenvolvimento participa de maneira ativa: as relações família-escola ou escola-igreja, por exemplo. Quando a criança sai de um *microsistema* conhecido, como a família, para integrar um novo *microsistema* como a escola, o hospital, há um fenômeno de movimento no espaço ecológico, ou melhor, uma "transição ecológica" (BERSCH e YUNES, 2004a). Conforme Bronfenbrenner, “ocorre uma transição ecológica sempre que a posição da pessoa no meio ambiente ecológico é alterada em resultado de uma mudança de papel, ambiente, ou ambos” ( 2002, p.22).

As transições ecológicas ocorrem durante todo o ciclo vital. Uma terceira força de influência no desenvolvimento são os *exossistemas*. Estes compreendem aquelas estruturas sociais formais e informais que, mesmo que não contenham a pessoa em desenvolvimento, influenciam e delimitam o que acontece no ambiente mais próximo: a família extensa, as condições e as experiências de trabalho dos adultos e da família, as amigas, a vizinhança do bairro em geral.

E, por último, o *macrossistema* que é o sistema mais distante do indivíduo e inclui os valores culturais, as crenças, as situações e os acontecimentos históricos que definem a comunidade, na qual os outros três sistemas estão inseridos com o poder de afetá-lo: os estereótipos e preconceitos de determinadas sociedades, períodos de grave situação econômica

---

<sup>2</sup> Autor da teoria de campo psicológico. Seus estudos eram voltados para a perspectiva gestaltista (princípio da integridade). Preocupava-se com a revalorização do sujeito ativo e as interações sujeito mundo.

dos países, a globalização (BRONFENBRENNER, 2002; YUNES, MIRANDA e CUELLO, 2004).

Olhar ecologicamente o desenvolvimento de crianças e adolescentes hospitalizados significa compreender "pessoas-em-desenvolvimento" nestas situações e pensar este desenvolvimento "em-contexto" (BRONFENBRENNER, 2002 p.12).

A criança, ao adoecer, passa do contexto familiar e da condição de sadia para um novo ambiente, o hospital, e para uma nova condição, a de doente. Ocorre uma transição do microsistema família para o que era exossistema hospital e que passa a ser microsistema. Formam-se novos processos relacionais, e inter-relacionais, os quais também são modificados em todos os contextos frequentados pela criança, dos quais agora está ausente (NOVAES, 2003).

Conforme Bronfenbrenner (2002), a transição ecológica é, ao mesmo tempo, uma consequência e um instigador do processo de desenvolvimento, e por isso é considerada um elemento base no processo de desenvolvimento. Para compreender a transição ecológica da criança doente hospitalizada, fazemos uso dos estudos de Novaes (2003), que caracterizou cada sistema dentro do novo contexto.

Neste novo modelo, a criança, a família, os profissionais com suas inter-relações dificilmente ficarão restritos a estes microsistemas, pois também interferem o exo e o macrosistema.

Novaes (2003) inclui, neste novo microsistema, a família ou o responsável que acompanha a criança durante o período da hospitalização; sua cama dentro da enfermaria; seus companheiros de hospitalização; o médico (a) que a atende; enfermeiros (as); educadores; professor (a), psicólogo (a); assistente social; empregados (as) responsáveis pela higienização do local; pessoal de apoio administrativo na enfermaria; a sala de brincar, se existente no ambiente.

No exossistema, estão os amigos da família da criança hospitalizada, seus vizinhos, bem como toda a estrutura hospitalar: o serviço de emergência; o serviço ambulatorial; o bloco cirúrgico; o serviço de radiologia; o laboratório de análises; o banco de sangue; serviço de nutrição e dietética; serviço de psicologia; serviço de assistência social; serviço de apoio religioso; serviço de voluntariado; serviço de higienização; serviços de administração; serviço jurídico; refeitório geral (NOVAES, 2003).

Um dos mesossistemas da criança hospitalizada abarca a interação entre a própria criança doente, sua família, a equipe, e o ambiente de permanência no hospital. O macrosistema compreende os valores da cultura hospitalar, as concepções, os conceitos de saúde e de doença adotados, o modelo de atuação da equipe de saúde, bem como os recursos tecnológicos e instrumentais que são decorrentes da ideologia adotada pela administração e demais profissionais do hospital (NOVAES, 2003).

Forma-se uma rede humana – às vezes invisível – e é preciso esclarecer a importância de todas as pessoas que tenham contato, direta ou indiretamente, com esta criança, pois as suas ações/atitudes influenciarão, positiva ou negativamente, no desenvolvimento biopsicossocial da criança neste período (NOVAES, 1998).

### **2.2.1 O IMPACTO DAS ESTRUTURAS INTERPESSOAIS NO DESENVOLVIMENTO**

Bronfenbrenner (2002), trata sobre as estruturas interpessoais como contextos do desenvolvimento ou *díades*. “Sempre que uma pessoa em um ambiente presta atenção às atividades de uma outra pessoa, ou delas participa, existe uma relação” (ibidem p.46). A relação bidirecional é imprescindível para a existência de uma díade.

A díade constitui um contexto crítico para o desenvolvimento e serve como bloco construtor básico do microsistema, possibilitando a formação de estruturas interpessoais maiores, como por exemplo, tríades e tétrades (BRONFENBRENNER, 2002). Pode-se classificar a díade em três formas funcionais:

- a) díade de observação ou observacional - ocorre quando uma pessoa presta atenção na atividade realizada pela outra, e esta percebe que é observada. A atividade da outra pessoa não só deve ser um foco de atenção, como também é importante que aquela pessoa dê alguma resposta aparente à atenção sendo demonstrada. Por exemplo, a mãe ao preparar uma refeição, faz comentário à criança que observa atentamente suas ações. Esta díade facilmente evolui para a seguinte, mais ativa;
- b) díade de atividade conjunta - quando duas pessoas realizam alguma atividade juntas, não necessariamente executam a mesma coisa, mas uma

complementa a outra. Por exemplo, a mãe e a criança folheiam juntas um livro; a mãe conta a história enquanto a criança nomeia objetos em resposta às suas perguntas. Bronfenbrenner, ao discorrer sobre a importância dessa díade, explica que:

Uma díade de atividade conjunta apresenta condições especialmente favoráveis não só para a aprendizagem no curso da atividade comum, mas também para uma crescente motivação para buscar e completar a atividade quando os participantes não estiverem juntos (2002, p.47).

A díade de atividade conjunta tem o poder desenvolvimental intensificado pelo fato de apresentar um grau mais acentuado de determinadas propriedades, que são características de todas as díades, quais sejam:

*Reciprocidade ou feedback mútuo:* é a forma como os envolvidos interagem mutuamente. Esta interação pode provocar uma motivação tal que os levará a prosseguir e a progredir para atividades mais complexas do processo de aprendizagem. Em qualquer díade, mas, especialmente, na díade de atividade conjunta, o que uma pessoa faz influencia a outra e vice-versa. Desta forma, um tem que coordenar suas atividades com as do outro. Quando se tratar de uma criança pequena, esta coordenação além de favorecer a aquisição de habilidades interativas, também estimula a evolução de um conceito de interdependência, fundamental no desenvolvimento cognitivo. (BRONFENBRENNER, 2002).

*Equilíbrio de poder:* embora os processos diádicos sejam recíprocos, um dos participantes poderá ser mais influente do que o outro. Esta dimensão diádica é importante para o desenvolvimento em vários aspectos. No caso da criança, a interação diádica propicia o aprendizado da conceitualização, bem como o manejo com as diferentes relações de poder. Esta aprendizagem facilita o desenvolvimento cognitivo e social concomitantemente, visto que as relações de poder envolvem os fenômenos físicos e sociais encontrados pelo indivíduo em crescimento em múltiplos ambientes ecológicos durante toda a sua vida (BRONFENBRENNER, 2002).

Conforme Bronfenbrenner (2002), outro aspecto significativo referente ao equilíbrio de poder são as situações que favorecem as dimensões aprendizagem-desenvolvimento, em que é propiciado à pessoa em desenvolvimento um crescente exercício de controle sobre a situação.



*Relações afetivas:* à medida que os participantes se envolvem em interações diádicas, estes desenvolvem sentimentos um em relação ao outro, os quais podem ser mutuamente positivos, negativos, ambivalentes ou assimétricos. As díades quando positivas e recíprocas no início e com o passar do tempo se tornam mais positivas, a probabilidade de ocorrência dos processos desenvolvimentais é potencializada. Estas relações facilitam a formação da 3ª díade:

- c) díade primária: considerando as demais díades, esta é a mais duradoura, pois ela continua existindo, fenomenologicamente, para ambos os participantes, mesmo quando estes não estão juntos. Por exemplo, uma mãe e uma criança, ou dois amigos, sentem a falta um do outro quando não estão juntos, imaginam o que eles poderiam estar fazendo ou o que o outro poderia dizer. Estas díades podem exercer uma grande influência na motivação para a aprendizagem e no desenvolvimento tanto na presença, quanto na ausência da outra pessoa. Os fortes sentimentos emocionais existentes entre ambos influenciam o comportamento um do outro mesmo quando separados. (BRONFENBRENNER, 2002).

As características distintas das três formas de díades não impedem que elas aconteçam simultânea ou individualmente. No entanto, se combinadas, favorecem a aprendizagem e o desenvolvimento.

No nível do microsistema, as estruturas interpessoais, as transações de papel ocorrem dentro de um ambiente, entretanto, “no mesossistema esses processos acontecem entre as fronteiras dos ambientes” (BRONFENBRENNER, 2002 p.161). O mesossistema é uma série de inter-relações entre dois ou mais ambientes em que a pessoa desenvolve participa de forma ativa. Dentro desta configuração, Bronfenbrenner (2002), cita quatro interconexões possíveis:

1. *Participação multiambiente:* ocorre quando a pessoa participa ativamente em mais de um ambiente. Se esta participação for seqüencial também é definida como rede social direta ou de primeira ordem. A participação de mais de um ambiente de um mesossistema configura um vínculo primário. Vínculos suplementares são representados pelas pessoas que atuam nos mesmos dois ambientes freqüentados pela pessoa em desenvolvimento: “Em qualquer ambiente, uma díade que envolve a pessoa de ligação como membro é chamada de *díade de ligação*” (BRONFENBRENNER, 2002 p.162).

2. *Ligação indireta*: quando é estabelecida uma conexão entre os dois ambientes por meio de uma terceira pessoa que atua como um vínculo intermediário entre as pessoas dos dois ambientes. Nesta ligação, os participantes dos dois ambientes não se encontram face a face, representando membros de uma rede de segunda ordem entre os ambientes.
3. *Comunicações interambiente*: informações específicas de um ambiente para pessoas de outro. A comunicação que pode ser unilateral ou em ambas as direções ocorre de várias formas (diretamente, mediante interação face a face, de conversas telefônicas, de correspondência, de notícias ou anúncios; ou indiretamente, por meio das correntes na rede social).
4. *O conhecimento interambiente*: diz respeito à informação ou a experiência que existe num ambiente a respeito do outro. Este conhecimento pode ser obtido tanto pela comunicação interambiente como por fontes externas aos ambientes envolvidos: livros de biblioteca, por exemplo.

A *transição ambiental* ocorre quando a pessoa entra em um novo ambiente. Se esta transição é feita sozinha pela pessoa desenvolve-se sem que um membro do microsistema a acompanhe, estabelece-se um vínculo *solitário*, podendo configurar um vínculo frágil. Ao contrário, se existe um acompanhamento de uma pessoa de seu microsistema, a transição e o vínculo são *duais*.

Bronfenbrenner explicita essas considerações em hipóteses:

Hipótese 27: o potencial desenvolvimental de um ambiente num mesossistema é aumentado se a transição inicial da pessoa naquele ambiente não se dá sem companhia, isto é, se ela entra no novo ambiente na companhia de uma ou mais pessoas com as quais participou de ambientes anteriores.

Hipótese 28: o potencial desenvolvimental dos ambientes num mesossistema é aumentado se as exigências de papel nos diferentes ambientes são compatíveis e se os papéis, atividades e díades em que a pessoa se envolve encorajam o desenvolvimento da confiança mútua, de uma orientação positiva, de um consenso de objetivos entre os ambientes e de um equilíbrio de poder que evolui em favor da pessoa desenvolve-se. (BRONFENBRENNER 2002, p.163)

O autor escreve que o envolvimento em atividades conjuntas em vários ambientes exige que a pessoa se adapte a uma variedade de pessoas, de tarefas e de situações, aumentando, desta forma, o alcance e a flexibilidade de sua competência cognitiva e habilidades sociais:

Hipótese 31: a capacidade da pessoa de beneficiar-se de uma experiência desenvolvimental varia diretamente em função do número de *díades transcontextuais*, através de uma variedade de ambientes, das quais ela participou antes daquela experiência. (ibidem, p.165)

Bronfenbrenner explica que a díade transcontextual se refere ao sistema migratório de duas pessoas em mais de um ambiente, ou seja, tanto a pessoa pode se envolver em atividades em mais de um ambiente como também a díade:

(...) o impacto positivo de um vínculo seria máximo para as crianças pequenas, as minorias (especialmente num meio de maioria), os doentes, os velhos e assim por diante. Reciprocamente, na medida em que a experiência e a autoconfiança aumentam, os relacionamentos postulados diminuiriam de magnitude até um ponto em que invertem a direção, de modo que, para uma pessoa em amadurecimento que está em casa na sua própria cultura, o desenvolvimento pode ser aumentado ainda mais pela entrada em novos ambientes que não têm vínculos anteriores com o ambiente de origem, ou onde o equilíbrio do poder se inclina contra a pessoa em desenvolvimento e aqueles que operam em seu benefício. (ibidem, p.166).

O desenvolvimento é favorecido quando a pessoa e os membros de ambos os ambientes dispõem de informações relevantes para a transição a um novo ambiente e uma nova condição (BRONFENBRENNER, 2002) como, por exemplo, ser hospitalizado.

### **2.2.2 O MODELO BIOECOLÓGICO**

Bronfenbrenner (2002) estabeleceu uma nova forma de compreensão, e foi um marco no que se refere aos estudos sobre o desenvolvimento humano com a Teoria da Abordagem Ecológica. Contudo, o próprio autor, juntamente com outra estudiosa do assunto (BRONFENBRENNER e MORRIS, 1998) questionou a teoria original, pelo fato desta atribuir grande importância ao ambiente em que se dá o desenvolvimento e pouca relevância aos processos individuais.

Nesta nova reflexão, que deu origem ao modelo *bioecológico*, Bronfenbrenner e Morris (1998) destacam novos componentes que estarão inseridos, interagindo e interconectados com os elementos estudados no modelo anterior, o ecológico. O modelo bioecológico destaca quatro núcleos inter-relacionados que estão em constante interação: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo.

O *processo* é considerado o principal mecanismo de influência no desenvolvimento e observado nas interações com seus iguais, objetos e símbolos, efetivamente presentes no seu

ambiente mais imediato. Estas interações que ocorrem no ambiente imediato são denominadas de processos proximais (Bronfenbrenner e Morris, 1998).

Bronfenbrenner (1999 in CECCONELLO E KOLLER, 2003) enumera cinco aspectos que considera presenças fundamentais no processo proximal: a) a pessoa deve ser partícipe de uma atividade para promover seu desenvolvimento; b) esta participação, interação, deve ser regular e por um período prolongado de tempo para ser significativa; c) a complexidade das atividades deve ser gradativa e progressiva; d) as relações interpessoais devem ser recíprocas; e) para que a interação recíproca ocorra efetivamente, os objetos, símbolos do ambiente imediato, devem propiciar a estimulação da atenção, a exploração, a manipulação e a imaginação da pessoa em desenvolvimento.

A *pessoa*, outro componente do modelo bioecológico, é avaliada segundo suas características biopsicossociais, ou seja, é considerada em seus aspectos biopsicológicos e também naqueles construídos na interação com os ambientes (BRONFENBRENNER e MORRIS, 1998).

Estes autores esclarecem que o *contexto*, terceiro elemento do modelo bioecológico, é analisado por meio da interação dos quatro níveis ambientais: micro, meso, exo e macrosistema. Estes sistemas que formam o entorno ecológico do indivíduo, conforme ensina Bronfenbrenner (2002), estão em constante interação. Influenciam e são influenciados uns pelos outros constantemente. O microsistema é o ambiente mais imediato e o macrosistema o mais remoto, conforme foi explicitado anteriormente.

O *tempo*, o quarto componente do modelo bioecológico, diz respeito às alterações e continuidades que se dão durante o ciclo vital e influenciam o desenvolvimento humano. Este quarto componente pode ainda ser analisado em três níveis: o microtempo, que se refere aos acontecimentos breves do processo proximal; o mesotempo, que diz respeito a intervalos de tempo maiores – dias e/ou semanas – uma vez que seus efeitos cumulativos podem ser significativos ao desenvolvimento. E o macrotempo, que abarca as mudanças na sociedade ampliada, dentro e mediante as gerações, ao longo do ciclo vital da pessoa em desenvolvimento (BRONFENBRENNER e MORRIS, 1998).

O modelo bioecológico complementa as idéias do modelo ecológico e reforça a importância das inter-relações com especial atenção às intra-relações da pessoa nos diferentes

contextos que a envolvem direta ou indiretamente. Estar atento a estas questões no decorrer da pesquisa é preocupar-se com a relevância do estudo e fidedignidade dos achados.

## **2.3 O AMBIENTE HOSPITALAR**

### **2.3.1 A HOSPITALIZAÇÃO**

A hospitalização, freqüentemente uma experiência desagradável, com ênfase na condição de doença, pode causar prejuízos ao desenvolvimento físico e mental da criança, em decorrência da inatividade, da passividade, da alteração do humor, do negativismo, das fobias, características comportamentais manifestadas pelos pacientes pediátricos. Spitz (1980) descreveu a “síndrome do hospitalismo” como sendo uma grave depressão e um isolamento afetivo, principalmente em lactentes.

O hospital e a enfermidade produzem, para a criança, uma relação peculiar com o mundo, onde o cuidado, a cura e os atos de saúde requerem uma abordagem mais integral, em que os saberes sobre o comportamento clínico não desprezem a relevância dos atos objetivos de construção singular da existência ( CECCIM, 1997 p.33).

A internação, em determinadas situações, constitui um risco igual ou maior que a doença. A hospitalização é uma situação que precisa ser encarada com muita cautela, pois pode modificar totalmente hábitos de vida do paciente, e fazer com que, em decorrência da doença, ele passe por desconforto físico e mental, afaste-se temporariamente de seu meio social, além de precisar adaptar-se ao contexto hospitalar, que lhe é estranho e culturalmente sofrido (CECCIM, 1997).

A criança, ao mesmo tempo em que é afastada do ambiente familiar, depara-se com a dor, com a limitação física e a passividade, fazendo aflorar sentimentos de culpa, punição e medo da morte (MITRE e GOMES, 2004).

A importância e a necessidade de um atendimento lúdico terapêutico passaram a ser reconhecidas por hospitais e clínicas; é inclusive um direito garantido por uma resolução na Assembléia Geral do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. A Resolução de número 42, de 11 de setembro de 1995, do Ministério da Justiça, reza, em seu artigo nono, que

a criança tem o direito de “desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do curriculum escolar, durante a permanência hospitalar”.

A criança é um ser em desenvolvimento e o ambiente hospitalar, que geralmente já é visto por ela como um local hostil, de dor, tristeza, morte, pode ser bastante nocivo. Por outro lado, também pode significar um fator de proteção se potencializar o desenvolvimento saudável. Bronfenbrenner postula cinco proposições sobre o desenvolvimento humano sadio, os quais denomina “os cinco processos cruciais para o desenvolvimento positivo”. No cerne destes princípios, estão as necessidades emocionais, físicas, intelectuais e sociais da criança de interagir, constantemente, com pelo menos um adulto que a “queira bem”. Extraído e adaptado por Yunes, Miranda e Cuello (2004), as proposições são:

- a) a pessoa em desenvolvimento deve ser um participante, freqüente e por longo tempo, de atividades com uma ou mais pessoas, com as quais tenha intenso sentimento de apego mútuo;
- b) a ocorrência da preposição acima possibilita o aumento de respostas da pessoa em relação a outros aspectos do ambiente imediato físico, social e simbólico. Tal fato pode potencializar novas explorações, manipulações, elaborações e imaginações, o que é extremamente favorável ao seu crescimento biopsicossocial;
- c) A disponibilidade e envolvimento de um outro adulto que também se engaja na atividade conjunta com a criança - uma terceira parte que ajuda, encoraja, reforça, dá status, expressa admiração e afeto pelo cuidador mais próximo - é muito importante para a manutenção dos complexos padrões de atividade e interação da criança em desenvolvimento (“na dança da família, o tango é dançado a três”, Bronfenbrenner, 1990, p.34).
- d) as interconexões e trocas de informações mútuas entre os principais ambientes da pessoa em desenvolvimento são condições fundamentais para o processo de “criação” da criança no seu ambiente mais imediato, bem como nos outros que constituem seu espaço ecológico;
- e) as políticas públicas, as práticas sociais e educativas devem garantir condições que apoiem as atividades e os processos de “criar” a criança não só pelos pais, mas também por outros cuidadores, tais como os professores e os diversos profissionais da educação e

da saúde, os parentes, os amigos, os vizinhos, as pessoas da comunidade e os órgãos econômicos, sociais e políticos de toda a sociedade.

Estes princípios podem e devem ser aplicados dentro do ambiente institucional como, por exemplo, no hospital, no qual a criança eventualmente permanece por um longo período, ou ainda tem retornos recursivos. Pollock e Wilmore (1993 p.589) explicam que “todos os pacientes estão prontos a aprender alguma coisa. A chave do êxito reside no fato de que o educador precisa reconhecer o quê e quando” pois o desenvolvimento, o crescimento e a maturação da criança se dão de forma distinta, necessitando de estímulos diversificados, condizentes com a sua condição, visando a “boa” aprendizagem, aquela que internalizamos. Vygotski (1998) denomina internalização a reconstrução interna de uma operação externa.

O repertório de ações do ser humano é praticamente todo composto de respostas aprendidas durante o período da infância, justificando a preocupação pertinente a esta fase. É por meio da aprendizagem que o indivíduo constitui sua vida, de forma melhor ou pior, mas, sem dúvida, ele vive conforme aquilo que aprende (MATURANA e VERDEN-ZÖLLER, 2004).

Qualquer doença “pode tornar-se fator de existência porque as experiências vividas ensinam/inscrevem fatores culturais e sociais no corpo e pensamento sobre maneiras de viver, de ensinar, de cuidar, de produzir, de relacionar-se (CECCIM, 1997 p.28). Desta forma, a aprendizagem é um fator essencial, visto que é por meio dela que nos desenvolvemos. “O ser humano que um humano chega a ser vai se constituindo ao longo da vida humana que ele vive” (MATURANA e VERDEN-ZÖLLER, 2004, p.124).

Seguindo nesta reflexão, sabemos que o conceito de qualidade de vida também é constituído ao longo da vida e ele pode variar de acordo com o indivíduo e o ambiente em que este está inserido. Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), “saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social completo, e não apenas a ausência de doença e de enfermidade”.

O filósofo e estudioso de temáticas relacionadas à Educação Física, Silvino Santin (2002), ao conceituar o termo qualidade de vida, escreve que este não é unívoco, porém, ao tratarmos da temática, geralmente nos referimos a algo bom, digno e positivo. Santin esclarece que a qualidade de vida não é uma questão epistemológica, mas ética. Segundo ele, a qualidade de vida é construída sobre valores e decisões e não sobre conhecimentos. A qualidade de vida não existe, ela se faz vivendo. Sabemos, por exemplo, que a prática de exercícios físicos traz inúmeros

benefícios à nossa saúde, contudo, poucos são os que se exercitam regularmente (SANTIN, 2002).

Atividade física se define como um movimento corporal que implica em movimento e dispêndio energético acima dos níveis de repouso, porém não sistematizado, planejado, repetido e estruturado como é o exercício físico (POWERS e HOWLEY, 2000).

Podemos citar, como exemplo de atividade física (AF), algumas brincadeiras que envolvem jogos motores, caminhadas, danças, teatros, andar de bicicleta, jogos lúdicos e simbólicos, como brincar de carrinho, casinha e outros similares, que não exigem alta intensidade. Fisiologistas explicam que a prática de AF aumenta a secreção de endorfinas, substâncias produzidas no organismo que possuem qualidades capazes de reduzir a dor e produzir sensação de bem-estar.

Ter este como tantos outros conhecimentos, valorizá-los e saber usufruí-los de maneira a propiciar uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes pediátricos, deve ser condição inerente a todos os profissionais da saúde, inclusive o profissional da Educação Física.

### **2.3.2 CORPOREIDADE, SAÚDE E DOENÇA**

O estudo e a compreensão sobre as questões do corpo, saúde e doença são, geralmente, delegados às ciências biológicas, que procuram, mediante a universalização do ser humano, obter respostas e soluções para todas as incógnitas. De fato, não podemos negar que a anatomia e a fisiologia humana são universais, porém, a maneira como diferentes sociedades percebem o corpo, bem como a representação de doença e saúde para cada ser humano, são extremamente variadas (CAPRA, 1995; MINAYO, 1993).

O biólogo chileno Humberto Maturana que da sua teoria faz emergir conhecimentos sobre a biologia, mas, sobretudo, sobre a biologia do amor, tem uma importante contribuição no que tange à explicação do ser vivo. A sua obra *Amar e Brincar* (2004) traz fundamentos esquecidos do humano, constituída em conjunto com Verden-Zöllner, tem como ponto de partida a biologia, porém estende-se à política, à sociologia, à antropologia e à educação.

Os autores delegam um importante papel à cultura na constituição do ser humano. “Nós, seres humanos, somos entes biológicos que existem num espaço biológico



cultural”(MATURANA e VERDEN-ZÖLLER, 2004, p.17), ou seja, as diferenças sexuais entre homem e mulher são biológicas, porém a maneira como lidamos com elas é um fenômeno cultural. Os estudiosos separam em duas fases opostas o crescimento da criança na atual cultura.

“A primeira ocorre na infância (...) centrada na biologia do amor como o domínio das ações que tornam o outro um legítimo outro em coexistência conosco”(ibidem p.44). O amor é a emoção que estrutura a coexistência social. Os seres humanos tornam-se sociais na intimidade da coexistência social com as suas mães desde a primeira infância. Os adultos entendem a primeira fase como um paraíso, um mundo irreal de confiança, despreocupação, em que o tempo é infinito. A criança vive esta fase em plena coexistência harmônica, baseada na cooperação e no entendimento. Já a segunda fase é marcada pelo contínuo esforço pela apropriação e pelo controle da conduta dos outros. Esta fase inicia no momento em que a “criança principia a viver uma vida centrada na luta e na apropriação, num jogo contínuo de relações de autoridade e subordinação” (MATURANA e VERDEN-ZÖLLER, 2004, p.44).

Os autores acreditam que tanto a biologia da corporeidade como a do desenvolvimento infantil pertencem à biologia do amor. Explicam também que o crescimento normal de uma criança requer a biologia da mútua aceitação em interações corporais com a mãe. Igualmente, muitas das nossas doenças e sofrimentos surgem em decorrência de alguma interferência em nosso operar na biologia do amor.

Esta interface é explicada também por Silvino Santin (2002), quando afirma que o corpo como objeto da ciência, mantém um dualismo, ou seja, algo distinto do humano, do homem. O corpo e a mente são tratados separadamente, cada qual com a sua ciência. Superar os limites da dualidade corpo e mente é compreender o homem como unidade, como totalidade. Desta forma, é preciso estar atento aos aspectos internos do movimento humano. O gesto corporal está impregnado de emoções e sentimentos (SANTIN, 1987).

Maturana e Verden-Zöller afirmam que é “a emoção que define a ação”, ou seja, a emoção transforma-se em ação por meio do corpo. E neste processo há pensamento, uma intenção, portanto, ocorre um movimento corporal oriundo do sistema nervoso e do cérebro.

Segundo Santin (2002), se, por um lado, a significação do corpo na existência humana nunca esteve bem esclarecida, por outro, a humanidade, em todos os tempos, sempre dedicou algum tipo de atenção a seu corpo, ao procurar meios para melhorar seu modo de viver. Ele

arremata o pensamento ao afirmar que sempre houve algum modelo de qualidade de vida, tanto em termos pessoais, quanto coletivos e sócio-culturais.

Para se realizar uma pesquisa no contexto hospitalar, é apropriado buscar alguns estudos sobre o termo saúde. Alguns a definem de uma forma reducionista, qual seja, estado do que é são ou de quem tem as funções orgânicas no seu estado normal; vigor; robustez (BUENO, 1996).

A saúde e doença, como já afirmamos, possuem conotações diferentes àquelas definidas pela medicina, pois seu conceito implica na representação específica de cada cultura ou, ainda, de cada indivíduo. Capra, ao referir-se a estes conceitos, escreve que:

No processo de redução da enfermidade à doença, a atenção dos médicos desviou-se do paciente como pessoa total. Enquanto a enfermidade é uma condição do ser humano total, a doença é a condição de uma determinada parte do corpo; em vez de tratarem pacientes que estão enfermos, os médicos concentram-se no tratamento de suas doenças (1995, p.144).

Neste sentido, podemos inferir que a cura plena dificilmente é alcançada. Independente do termo utilizado, espera-se que a medicina não cure somente a doença física ou dê atenção a um determinado órgão, mas compreenda e cuide do ser integral. E, em se tratando de crianças, este cuidado é ainda mais imprescindível. Capra (1995) ainda afirma que o hiato existente entre os médicos que se ocupam do tratamento do corpo e os psicólogos e os psiquiatras que tratam da cura da mente, tem sido uma séria desvantagem para a compreensão da maioria das doenças importantes. Desta forma:

Os pesquisadores médicos ainda não sabem precisamente o que causa a dor, nem entendem totalmente as vias de comunicação entre corpo e mente (...). Para entendermos a dor e sermos capazes de aliviá-la no processo de cura, devemos considerá-la em seu contexto mais amplo, que inclui atitudes e expectativas mentais do paciente, seu sistema de crenças, o apoio emocional da família e dos amigos (...). O estado psicológico de uma pessoa, evidentemente, não só é importante na geração da doença, mas também crucial no processo de cura (ibidem p. 135).

Os estudos de Moreira e Dupas (2003) investigaram o significado de saúde e doença na percepção de dois grupos de crianças: um, em ambiente escolar e outro, hospitalar. Constataram que as concepções para ambos os grupos são semelhantes. Em sua essência, a saúde está relacionada a algo que proporciona liberdade, todavia, para obtê-la, é preciso ter cuidado com o corpo e com a alimentação. Verificaram que “a criança hospitalizada não se vê sem saúde, mas em uma situação em que ela está abalada, debilitada” (p.761) e é, portanto, transitória.

Por outro lado, os grupos apresentaram concepções diferentes para a doença. Na escola, a criança questiona o conceito, visto que ela já presenciou a doença no passado, porém não faz parte de sua vida naquele momento. No hospital, a criança fala de sua experiência, tanto física quanto emocional, dizendo que, está sofrendo por estar longe dos amigos e de sua casa. Isso nos remete à teoria ecológica de Bronfenbrenner (2002), o qual nos ensina a não somente olhar e pensar a criança em seu contexto mais próximo, a pediatria, mas também nos demais, onde se encontram a família e os amigos.

Numa outra perspectiva, Winnicott indaga: “sobre o que versa a vida? Podemos curar nosso paciente e nada saber sobre o que lhe permite continuar vivendo(...) ausência de doença pode ser saúde, mas não é vida”.(1975, p.139). A visão e a compreensão limitada, reduzida do indivíduo pode nos remeter a conclusões enganosas. Capra (1995) refere que a concepção sistêmica de saúde é um processo contínuo de adaptação, envolvendo atividade, mudança e refletindo resposta criativa aos desafios ambientais.

As instituições hospitalares são organizadas de acordo com um modelo hegemônico e hierarquizado de hospital, em que, geralmente, os pacientes são padronizados, classificados e fragmentados. Seus papéis sociais, sentimentos e vivências anteriores são desconsiderados, “descartados” e acabam se tornando apenas “casos” (MITRE e GOMES, 2004).

As concepções dos vínculos existentes entre corpo/mente e entre emoções e sintomas físicos são bastante difundidas (WINNICOTT, 1975; CAPRA, 1995). Desta forma, o entendimento da criança doente deveria preponderar sobre a doença da criança. Contudo, isto não ocorre na maioria dos casos. Geralmente, os diagnósticos consideram apenas o órgão adoecido e não a criança como um ser integral. É necessário redimensionar o ambiente hospitalar, tornando-o mais apropriado para as crianças que dele necessitam justamente para se recompor em um ser integral.

### **2.3.3 SAÚDE AMBIENTAL**

A Saúde Ambiental e todas as questões que a envolvem, delegadas por muito tempo ao campo da epidemiologia, atualmente são objetos de preocupação de outras áreas de conhecimento, cada qual com sua especificidade. Porém, é urgente a aproximação de ambos - saúde e ambiente - como teoria e prática (HELLER, 1998). Assim,

O resultado dessa aproximação para a área da saúde seria a de valorizar o ambiente como fator determinante de agravos à saúde, enquanto que, para a área ambiental, visualizar efeitos das alterações ambientais sobre a saúde humana traria a significativa contribuição de resgatar o impacto sobre o homem nas preocupações do enfoque ambiental, avançando da clássica supervalorização dos impactos sobre o meio físico (Heller, 1998, p.74).

Tambellini e Câmara (1998) esclarecem que a relação entre o ambiente e o padrão de saúde definidos como “Saúde Ambiental” ou “Saúde e Ambiente”, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), congrega todos os elementos e fatores que potencialmente afetam a saúde e isso inclui, desde a exposição a fatores específicos como substâncias químicas, elementos biológicos, até situações que interferem no estado psíquico do indivíduo (OPS, 1990). Podemos, assim, incluir as crianças hospitalizadas, expostas a situações de risco devido ao ambiente hostil e inóspito em que se configura culturalmente o hospital.

Os autores ainda explicam que as questões ambientais, tradicionalmente relacionadas à saúde, foram, durante muito tempo, uma preocupação quase que exclusivamente de instituições voltadas ao saneamento básico - água, esgoto, lixo, entre outros. Contudo, não podemos mais limitar a saúde ambiental a estas questões. É preciso redimensioná-la e, para tanto, faz-se necessário, inicialmente, um entendimento do que é ambiente e, também, do que é saúde.

O ambiente, geralmente associado à visão ecológica tradicional ou natural, abarca apenas a fauna e flora. Não inclui, neste entorno ecológico, o ser humano e toda a rede de (inter) relações que o envolvem e sobre os quais exerce influência e é por eles influenciado (BRONFENBRENNER, 2002). Concordamos com Carvalho (2001), que considera Meio Ambiente composto pelos aspectos físicos, geográficos, mas essencialmente sociais e simbólico-culturais.

Ao eleger um conceito sobre saúde, compartilhamos da definição de Capra: “o amplo conceito de saúde necessário à nossa transformação cultural – um conceito que inclui dimensões individuais, sociais e ecológicas – exige uma visão sistêmica de saúde (1995 p.117).”

Portanto, compreender que a saúde não é responsabilidade somente do saneamento ou da epidemiologia, mas também de várias áreas de conhecimento e de todos os cidadãos, faz com que abandonemos uma visão reducionista das questões que a envolvem, que se limita apenas à análise imediata e não enfoca o meio ambiente como um sistema sociedade-natureza.

Somos parte do meio ambiente e estamos interligados, interconectados com todos os demais elementos humanos e não humanos, modificando-os e sendo modificados por eles constantemente. Portanto, somos afetados por estas (inter)relações, uma vez que o meio ambiente é constituído por uma rede, ou melhor, uma estrutura rizomática (STRIEDER,2000), na qual todos os elementos estão intrincados, inclusive a saúde.

Seguindo esta linha reflexiva e reportando-nos ao ambiente hospitalar no qual também temos uma *rede social* dinâmica em constante e mútua interação, este entendimento de homem-sociedade-natureza como uno é imprescindível. Bronfenbrenner (2002) denomina rede social o conjunto de sistemas e pessoas significativas que compõe as ligações sociais e afetivas de relacionamento recebidos e percebidos pela pessoa em desenvolvimento.

Os autores Tambellini e Câmara (1998) alertam para a complexidade dos estudos da saúde ambiental, devido aos inúmeros fatores que a envolvem, inviabilizando qualquer possibilidade de trabalho solitário, requerendo, assim, uma abordagem necessariamente multi, inter e/ou transdisciplinar. A Educação Ambiental fundamentada nesta perspectiva tem um papel essencial, pois um vasto elenco de disciplinas ou áreas de conhecimento é necessário para o desenvolvimento de pesquisas, estudos e ações sobre a saúde e questões ambientais ligadas diretamente à ela.

Para tratar da saúde e da saúde ambiental no âmbito hospitalar pediátrico é preciso abordar o tema brincar bem como, seus conceitos e seus valores.

## **2.4 A BRINCADEIRA, O BRINQUEDO, O BRINCAR E O LÚDICO: CONCEITOS E VALORES**

*A rosa não tem porquê, ela floresce.  
A criança brinca porque brinca.  
Heidegger<sup>3</sup>*

A concepção de criança, bem como de brincadeira, sofreu uma mudança de perspectiva brusca no início do século XIX, devido à ruptura romântica. A brincadeira era considerada fútil, nefasta, servindo apenas para a distração ou o recreio, o que explica o papel secundário delegado à recreação. A associação positiva às atividades espontâneas da criança e de natureza só ocorreu depois de Rousseau. A exaltação da naturalidade colocou a brincadeira no centro da educação (BROUGÈRE, 2004). Assim, “tornar a brincadeira um suporte pedagógico é seguir a natureza” (ibidem p.91).

A brincadeira, conforme Brougère, não é inata, supõe contexto social e cultural, contestando o mito da brincadeira natural. A brincadeira, afirma o autor, é um processo de relações interindividuais e de aprendizagem social. É preciso considerar os elementos que a criança encontra em seu ambiente imediato.

A brincadeira, como explica Brougère (2004), permite que a criança se aproprie dos códigos sociais; manipule valores como o bem e o mal; brinque com o medo e o monstruoso; preencha os comportamentos individuais com conteúdos sociais, socializados e socializadores, por intermédio da comunicação que estes desenvolvem com as crianças.

A criança não recebe informações de forma passiva. Ela reativa-as, apropriando-se delas por meio da brincadeira, de forma semelhante à apropriação de papéis sociais e familiares nas brincadeiras de imitação (BROUGÈRE, 2004), independente do ambiente em que ela se encontra. É preciso, para isso, possibilitar o brincar.

Ao conotar a brincadeira, MATURANA e VERDEN-ZÖLLER (2004) esclarecem que ela “é uma atividade realizada como plenamente válida em si mesma. Isto é, no cotidiano distinguimos como brincadeira qualquer atividade vivida no presente de sua realização e desempenhada de modo emocional, sem nenhum propósito que lhe seja exterior” (p.144).

Os autores não compreendem a brincadeira como uma atividade que as crianças realizam como preparação para a vida adulta e, embora ela tenha um propósito, uma intenção, é uma atividade vivenciada sem objetivos pré-estabelecidos. Escrevem ainda que realizamos “a brincadeira na vida diária não-profissionalizada (...) de modo espontâneo, tanto na infância quanto na vida adulta, quando fazemos o que fazemos atendendo – em nosso emocionar – ao fazer e não suas conseqüências” (ibidem p.145). Desta forma, não são as ações realizadas que caracterizam um comportamento específico como brincadeira ou não, mas a atenção ou orientação interna que ocorre durante a vivência.

A brincadeira, para a criança, esclarece Brougère (2004), não tem uma função precisa. O autor dá à ela uma idéia de gratuidade e inutilidade. Ela pode ser desencadeada pelo brinquedo, porém não necessita dele para acontecer.

Santos (2004), em seu estudo com crianças em situação de rua, explica que elas, na impossibilidade de brincarem com brinquedos novos, podem exercitar a sua capacidade de escolha utilizando sucata e outros materiais disponíveis na natureza. Estes brinquedos permitem,

---

<sup>3</sup> Heidegger, M. *Lê Príncipe de Raison*. Paris, Gallimard, 1962. p.243

às crianças que brincam com eles, a possibilidade de desvendá-los, ressignificá-los, pois são objetos que possuem inúmeros significados, que não são óbvios e nem evidentes, possibilitando, assim, novas e inusitadas relações.

Os adultos, ao imaginarem ou oferecerem à criança objetos estereotipados com um perfeito acabamento, estão interpretando sob sua ótica a sensibilidade infantil. Contudo, atualmente espera-se que possa haver uma superação da idéia equivocada de que a brincadeira da criança é determinada pela figura e pelo conteúdo do brinquedo, quando, na realidade, o que ocorre é o contrário (BENJAMIN, 2002). Segundo o autor, “quanto mais atraentes, no sentido corrente, são os brinquedos, mais se distanciam dos instrumentos de brincar; quanto mais ilimitadamente a imitação se manifesta neles, tanto mais se desviam da brincadeira viva” (ibidem p.93).

Benjamin (2002), ao tratar da criança e do brincar, escreve que esta é uma relação antinômica, pois, se, por um lado, a criança, em suas construções durante o brincar, deve interagir com múltiplos materiais, como pedras, madeiras, papel e outros, por outro, um simples pedacinho de papel pode propiciar à ela um mundo de possibilidades.

Bettelheim (1998), citando Freud, explica que a brincadeira é o meio pelo qual a criança efetua suas primeiras grandes realizações culturais e psicológicas, sendo, por meio das brincadeiras, que ela expressa a si própria, e percebe, também, quanto e como as outras crianças expressam seus sentimentos e pensamentos.

Mediante a observação longilínea da(s) brincadeira(s) da criança, podemos compreender como ela percebe o mundo. Ao participar de uma brincadeira, a escolha da criança é motivada por processos internos, desejos, problemas, ansiedades. O que passa na mente da criança pode determinar suas ações (BETELHEIM, 1998).

O tema brincar vem sendo estudado exaustivamente por diversos autores e por diferentes áreas de conhecimento. Pode-se dizer que “há tantas definições para o brincar quanto há maneiras de brincar” (MOYLES, 1994, p.78). Contudo, os autores são unânimes em afirmar a sua importância, principalmente na infância, quando a criança edifica seus principais valores, aqueles que formam a base de sua personalidade/identidade.

O brincar da criança pode ser extremamente terapêutico. Quando brinca, por exemplo, de cuidar de bonecas ou de animais de pano ou reais, na forma como gostaria que os pais, os

colegas, os amigos a tratassem, o faz procurando resolver ou amenizar conflitos internos, ocasionados pela deficiência de sentimentos destes para com ela (BETELHEIM, 1998).

Esses recursos lúdicos e autocurativos, por meio do brincar, também são utilizados em outros momentos nos quais a criança se vê, ou foi exposta, a sentimentos de sofrimento, como no processo de hospitalização. A mesma brincadeira, quando muito repetida, pode ser um sinal de que a criança está lutando com questões significantes para ela e, embora ainda não tenha encontrado uma solução satisfatória para o problema que enfrenta ou investiga, por meio da brincadeira, continua a buscá-la (BETELHEIM, 1998).

Sobre este assunto Benjamin (2002) explica que, na lei da repetição, nada deixa a criança mais feliz do que fazer mais uma vez. Ele compara o desejo da criança ao impulso sexual. Porém, como ele mesmo coloca, para a criança não basta mais uma vez, mas, sim, sempre de novo. Não se trata somente de sanar ou amenizar terríveis experiências, mas, também, de saborear, da maneira mais intensa, de novo e mais uma vez os triunfos e as vitórias.

Desta forma, a primazia do brincar e da brincadeira está no prazer imediato da criança. O brincar instrumentaliza a criança, mediante seu caráter simbólico, para a resolução de problemas de ordem imediata ou remota, bem como facilita a sua comunicação com os seus iguais e com o meio em que está inserida (NEGRINE, 1995; LEONTIEV, 1991).

A maneira como os adultos – os pais, os educadores, os responsáveis, os irmãos, e outros – interagem com a criança, encaram e conceituam o brincar e a brincadeira realizada por ela tem um impacto direto e profundo sobre suas constituições. Quando há envolvimento pessoal destes adultos nas atividades do brincar da criança, essa experiência pode ser bastante significativa para ela, constituindo-se numa base sólida sobre a qual ela construirá diversas outras relações (BETELHEIM, 1998). Este processo, conforme Bronfenbrenner (2002), constitui a díade de atividade conjunta, podendo levar à díade primária, mencionada anteriormente, com as referidas propriedades de reciprocidade, equilíbrio de poder e sentimento afetivo.

Segundo estudos de Marcelino (1999), o lúdico tem diversas e variadas definições, mas poderíamos afirmar que a) o lúdico é um fim em si mesmo; ele não tem um objetivo específico, somente a vivência prazerosa de sua atividade; b) o lúdico é espontâneo, ele não é imposto, nem obrigatório; c) o lúdico pertence à dimensão do sonho, da magia, da sensibilidade; está relacionado com o princípio do prazer e não com o da realidade. Contudo, vivenciar os sonhos e os desejos tornou-se sinônimo de imaturidade; d) o lúdico privilegia a criatividade, a



inventividade e a imaginação, por sua própria ligação com os fundamentos do prazer, sem impor regras.

Lúdico é toda a manifestação que possui prazer no seu desenvolvimento. O lúdico não tem necessariamente uma interpretação lógica (HUIZYNGA, 1971). Enfim, a atividade lúdica é o desfrute do prazer, que independe de um resultado ou de um objetivo. O lúdico pode ser um excelente instrumento pedagógico para alavancar o desenvolvimento e a aprendizagem infantil (YUNES,1999).

Nem todo ato de brincar ou atividade lúdica representam aprendizagem. Estas ações podem gerar sofrimento, angústia, medo, sentimentos que nem alavancam a aprendizagem (FALKENBACH, 1999; NEGRINE, 1995), nem aliviam o estresse pelo qual a criança passa quando hospitalizada. O lúdico, por sua vez, é todo o movimento, a atividade ou a ação sem objetivo específico, que não seja o prazer gerado pela ação em si (HUIZYNGA, 1971).

Huyzinga (1971) e Marcelino (1999), que tratam do lúdico ou de atividades lúdicas, esclarecem que estas dizem respeito a processos internos da criança. O lúdico por ser um sentimento tão subjetivo e abstrato necessita de uma investigação por tempo relativamente longo. Por isso, não vamos nos autorizar a diagnosticá-lo, pois a maioria dos participantes desta pesquisa tiveram uma breve passagem pelo hospital.

Ao rebuscar as obras de estudiosos dos temas brincar, brincadeira, brinquedo e lúdico percebemos que estes termos se fundem e se confundem. Desta forma, adotamos o termo brincar, pois ele é um vocábulo que os participantes do estudo conhecem e também é o termo que os demais pesquisadores utilizam para trabalhos em âmbito hospitalar.

No desenvolvimento deste estudo, trabalhamos sob o prisma de que a atividade de brincar é uma importante ferramenta pedagógica e, para tanto, deve-se considerar, além da intra e inter-relações, também os aspectos sociais, culturais e, no nosso caso, principalmente, os elementos do microssistema pediatria.

#### **2.4.1 O BRINCAR NO ÂMBITO HOSPITALAR**

Para a criança, brincar é coisa séria, sendo também utilizado para controlar situações difíceis e dolorosas que enfrenta. O brincar, como movimento e atividade, justifica-se como medida terapêutica, podendo ser encarado como um item a mais e de extrema relevância na

prevenção da saúde física e mental. Deve ser permitido e estimulado em todas as formas, de todas as maneiras, no sentido de amenizar esta fase potencialmente traumática que é a hospitalização (NOVAES,1998).

Investigações de Mitre e Gomes (2004) no âmbito pediátrico demonstram que, para os profissionais, o brincar funciona como espaço de socialização e interação com outras crianças, além de promover a criação de nova rede social, pois possibilita a saída do isolamento comum no processo de internação. Tais funções que o brincar potencializa se estendem também aos responsáveis e/ou acompanhantes dos pacientes. Ocorre, portanto, uma associação entre o brincar e a saúde. Num momento de perdas, o brincar pode promover ou significar a construção.

Brincar, no âmbito hospitalar, constitui-se em um programa a ser propiciado à criança como uma proposta terapêutica e pode ser considerado um fator de proteção e atuar como coadjuvante no processo de restabelecimento destes pacientes, proporcionando melhoria na qualidade de vida durante o período de internação (NOVAES, 1998).

A função do brincar dentro da pediatria é questionada por Saggese e Maciel (1996). Os estudos discutem a questão: “brincar – recreação ou instrumento terapêutico”? Esclarecem que o brincar quando existente na pediatria, geralmente, visa a ocupação do tempo ocioso. Entretanto, propõem que o brincar, no ambiente hospitalar pediátrico, vá além da recreação e passe a ser compreendido e utilizado como um instrumento terapêutico a serviço da intervenção médica.

No estudo de Françani, *et al* (1998), o brincar recebe um direcionamento específico. Os autores relatam as transformações no contexto hospitalar com a inserção de palhaços, proporcionando alegria e amenizando os sentimentos desagradáveis oriundos da hospitalização.

Segundo Huizinga (1971), o brincar tem um tempo e um espaço próprios e por isso acontece em uma ordem específica, já que, ao mesmo tempo em que ordena, ele é a própria ordem. Assim, ao brincar, a criança delimita o espaço e o tempo da brincadeira, num jogo de faz de conta ordenado. Nesse sentido, Mitre e Gomes (2004), esclarecem que a criança, ao ser hospitalizada, tem sua rotina de vida desestruturada e o brincar pode ser uma possibilidade de organização desse caos.

Encontrar crianças com comportamentos de depressão no âmbito hospitalar é inevitável, fato que pode ser resultante da cultura hospitalar. É imprescindível criar mecanismos que propiciem e potencializem um ambiente que não reforce estes comportamentos e auxiliem a

criança a enfrentar as dificuldades decorrentes da hospitalização e da doença (MOTTA e ENUMO, 2004).

Estudos sobre a utilização do brincar no âmbito hospitalar pediátrico têm constatado que propiciar o brincar à criança tem efeitos benéficos, tais como: recrear, amenizar o sofrimento hospitalar, favorecer a comunicação e a expressão dos sentimentos das crianças (SAGGESE e MACIEL, 1996; FRANÇANI *et al*, 1998).

Segundo Motta e Enumo (2004), o interesse pelo brincar deve-se, principalmente, ao efeito imediato que tem ao se divertir e se entreter. E a criança faz uso da atividade de brincar quando o ambiente lhe fornece recursos para tanto. Ao brincar no hospital, a criança transforma o ambiente, aproximando-o de sua realidade cotidiana, o que pode ser extremamente positivo para a sua condição de doente. Assim, a atividade recreativa, livre e desinteressada, tem um efeito terapêutico.

O vocábulo terapêutico é conceituado como tudo aquilo que auxilia na promoção do bem-estar da criança, tanto dentro como fora do hospital. Contudo, ao longo do estudo, algumas vezes, adjetivamos o brincar com o termo terapêutico por considerarmos que esta atividade, dentro do âmbito hospitalar pediátrico, pode ser uma excelente ferramenta de intervenção junto ao paciente e uma significativa estratégia de enfrentamento da situação dolorosa em que a criança se encontra.

Pelo exposto acima, compreendemos ser necessário um estudo investigativo que permita a visualização e interpretação da realidade do campo de estudo, para tanto, é necessário cuidado na escolha da metodologia.

## METODOLOGIA DA PESQUISA

---

### 3.1 (RE)CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA

O termo metodologia qualitativa supõe a utilização de técnicas e discursos que se contrapõem ao método quantitativo. Apesar disso, muitos são os pesquisadores, principalmente das Ciências Sociais, que defendem a inseparabilidade dos aspectos quali/quantificáveis na pesquisa. Ao trazer esta contenda para o campo da saúde, educação e Educação Ambiental, percebe-se que as questões em debate são bastante semelhantes. Isto se deve ao fato destas áreas do conhecimento abrangerem um campo complexo e multidisciplinar (MINAYO, 1993).

A abordagem qualitativa, como afirma Minayo (1994, p.22), “aprofunda-se no mundo de significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”, fundamentais em pesquisas quantitativas. Contudo, os métodos não se opõem. Ao contrário, complementam-se.

A pesquisa qualitativa não tem a preocupação de generalizar os achados. As inferências oriundas do processo investigatório exprimem questões norteadoras referentes ao contexto em estudo (NEGRINE, 2004). “Nesse sentido, o planejamento naturalista está direcionado a desenvolver conhecimento idiográfico, com a finalidade de buscar diferenças entre os objetos” (ibidem p.61).

O ciclo de pesquisa é um processo de trabalho em espiral, inicia com uma pergunta e o resultado, provisório, origina novas interrogações. A pesquisa se dá de forma artesanal, está

fundamentada em conceitos, proposições, métodos e técnicas, construídas com um ritmo próprio e particular de cada pesquisador (MINAYO, 1994).

Ao iniciar seu estudo, o pesquisador deve fazê-lo pela fase exploratória ou, como denominamos neste trabalho, pelo estudo preliminar. Este compreende a escolha do tópico de investigação; a delimitação do problema; a definição do objeto e dos objetivos; a construção do marco teórico conceitual; a escolha dos instrumentos de coleta de informações; e a exploração de campo (MINAYO, 1994).

Por outro lado, seguir rigorosamente as normas e poder contar com bons instrumentos para a realização do estudo, não é garantia de sucesso. Ter boas ferramentas, escreve Gatti (1999), não basta para fazer uma boa pesquisa. É preciso, além de instrumentos eficientes, que o pesquisador seja capaz, tenha “bagagem” suficiente e de qualidade para edificar um bom trabalho. Este deverá ser consistente, significante e sólido.

O pesquisador deve estar integrado na sua pesquisa como “o peixe na água” ou, como afirma Machado (2002, p.62), “a temática deve ser realmente uma problemática vivenciada pelo pesquisador, ela deve lhe dizer respeito”. Por outro lado, deve haver momentos de distanciamento e estranhamento, para visualizar seu objeto sob outro prisma, e é importante considerar outros olhares, como o do orientador e o de outros pesquisadores.

A bibliografia e os autores renomados precedentes devem auxiliar, mas jamais servirem de muletas (RIBEIRO, 1999). Dizendo de outra forma, o pesquisador deve esgotar seus argumentos, suas possibilidades de dialogar *com* e *sobre* o objeto, para depois rebuscar as obras dos autores, no intuito de ultrapassar seus limites, compreender além daquilo que está posto. Do contrário, corremos o risco de engessar e limitar nossa visão, ficando atrelados às compreensões dos autores ou de nos apropriarmos indevidamente das idéias dos teóricos. A este respeito, Bronfenbrenner afirma: “subimos nos ombros de gigantes, e erroneamente tomamos esta visão ampliada como nossa”(2002 p.vii).

Entretanto, a construção do conhecimento não é individual, “é uma construção coletiva da comunidade científica” (ALVES-MAZZOTTI, 2002 p.27), um processo de busca contínuo, no qual cada nova investigação se insere complementando ou contestando contribuições anteriores. Nesse sentido, ler os ensinamentos e escritos de outros autores é preciso e fundamental, considerando que há uma grande diferença entre fazer uma leitura e passar os olhos em um texto. Na primeira ação, há o desejo, a degustação, o prazer e, sobretudo, a apreensão. A

segunda, que é extremamente dinâmica, na qual somente se vê e não se lê o todo, e sim partes, palavras, sílabas, letras soltas sem significados, em nada contribui para uma reflexão significativa. “Não se lê o texto de maneira interessada, mas interesseira. O resultado é o pior de dois mundos. Nem se conhece bem a obra lida, nem se produz conhecimento inovador sobre o *corpus* escolhido” (RIBEIRO, 1999 p.193).

Com a finalidade de contribuir com a melhoria da saúde ambiental do ambiente hospitalar pediátrico, investigamos a influência do brincar, inclusive, o brincar de correr, saltar, trotar, pular durante o período de hospitalização sob a ótica dos profissionais deste contexto, dos pacientes pediátricos e de seus responsáveis. Elencamos algumas questões norteadoras para melhor visualização e desenvolvimento da pesquisa. Relembrando:

- Como os profissionais da pediatria, os pacientes e seus responsáveis conceituam e compreendem o brincar, incluindo atividades de correr, saltar, trotar e pular no âmbito hospitalar?
- Como o paciente pediátrico percebe o ambiente hospitalar e como o brincar de correr, trotar, pular, saltar, se presente neste ambiente, pode influenciar o seu processo de recuperação?
- Como o Educador Físico e Ambiental, inserido no âmbito hospitalar pediátrico pode proporcionar melhoria na qualidade de vida dos pacientes?
- Quais as sugestões dos profissionais e responsáveis sobre possíveis mudanças no ambiente para favorecer o restabelecimento da criança?

Para a investigação destas questões, adotamos a metodologia, o estudo e os instrumentos que consideramos adequados, considerando o nosso campo de estudo que é o hospital.

### **3.2 TIPO DE ESTUDO**

Seguindo os ensinamentos de Gatti (1999 p.72 ), quando afirma que“o método, para além da lógica, é a vivência do próprio pesquisador com o pesquisado”, o desenvolvimento da metodologia da nossa pesquisa, durante o estudo preliminar, caracterizou-se por um processo de construção e reconstrução permanente do *caminho*, na tentativa de garantir a maneira mais adequada para a investigação do problema. Deve-se levar em conta que o local de coleta das

informações é a Pediatria de um Hospital Universitário do extremo sul do Rio Grande do Sul e os participantes do estudo são os profissionais deste contexto, os pacientes pediátricos e seus responsáveis.

A metodologia adotada nesta pesquisa é de cunho qualitativo. A escolha qualitativa ou quantitativa é primariamente uma decisão sobre a geração de informações e os métodos de análise e, em segundo plano, uma opção sobre o delineamento da pesquisa ou de interesses do conhecimento (BAUER e GASKELL, 2003). Foi escolhido o procedimento *Inserção Ecológica* (CECCONELLO e KOLLER, 2003), que será configurado e justificado a seguir.

A metodologia empregada de natureza qualitativa pretende superar os modelos de pesquisas positivistas. Dentro desta perspectiva, assumiremos uma postura investigativa diante do objeto de pesquisa, deixando que o fenômeno se manifeste livremente, sem manipulações ou induções, em um prisma dos pressupostos desta corrente de valorização da perspectiva do outro, visando uma constante busca de múltiplas compreensões dos fenômenos.

O fenômeno a ser investigado é o contexto do brincar no ambiente pediátrico, sua influência no período de hospitalização das crianças, na ótica dos próprios pacientes pediátricos, seus responsáveis e dos profissionais. Investigaremos o ambiente mais imediato, mas também o que ocorre no microsistema pediatria e nas suas interconexões com os demais contextos – meso, exo e macrossistema. Como ensina Bronfenbrenner (2002) e consta nas reflexões de Yunes, Miranda e Cuello (2004, p.195), uma das vantagens da Abordagem Ecológica é que ela possibilita ao pesquisador “pensar ecologicamente”, ou neste caso, investigar “ecologicamente”.

Em outras palavras, o investigador observa a pessoa em desenvolvimento dentro do seu ambiente mais próximo, porém considera a influência dos demais ambientes com os quais ela não participa ativamente – o meso, o exo e o macrossistema.

### **3.2.1 INSERÇÃO ECOLÓGICA NO MEIO AMBIENTE PESQUISADO**

Ao escrever sobre a metodologia de pesquisa intitulada inserção ecológica, é inevitável uma comparação com a etnografia, método também utilizado nas pesquisas qualitativas. Ambas utilizam recursos metodológicos semelhantes e se preocupam com o registro do conhecimento cultural, com a investigação de padrões de interação social, com a análise holística das sociedades desde a macroetnografia. A microetnografia investiga uma determinada situação

social (Gómez, Flores e Jiménez, 1996), e a inserção ecológica tem uma peculiaridade que a distingue.

A *Inserção Ecológica* é uma metodologia para pesquisas que visa a investigar o fenômeno em seu ambiente natural (CECCONELLO E KOLLER, 2003). A metodologia, calcada na Teoria dos Sistemas Ecológicos, propõe que o desenvolvimento humano seja estudado mediante um modelo científico, envolvendo a interação de quatro núcleos: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo, denominado modelo *bioecológico*, mencionado anteriormente. Ao falar em ser humano, falamos em um ser integral, na sua totalidade, com o aspecto biológico, o psicológico, mas, sobretudo, o social (CARVALHO, 2001). Portanto, somos seres biopsicossocialmente constituídos, e, como tal, não podemos nos destituir, sendo ora somente um ou outro.

O modelo bioecológico constitui-se em um referencial teórico-metodológico apropriado para a realização de pesquisas sobre o desenvolvimento-no-contexto. A proposta permite a investigação e compreensão do fenômeno em relação às variáveis vinculadas a ele direta ou indiretamente, possibilitando uma visão contextualizada do mesmo.

A proposta de investigação por observação do desenvolvimento em-contexto privilegia a inserção ecológica do pesquisador no ambiente a ser analisado. Desta forma, as estratégias de investigar este ambiente e os fenômenos nele presentes - processo, pessoa, contexto e tempo -, requerem a adoção de critérios rigorosos de coleta e análise de informações. Estes achados podem ter implicações importantes tanto para a ciência quanto para a política pública. Por isso, é fundamental que o modelo teórico seja rigoroso em sua metodologia, propiciando a comprovação da validade e permitindo a emergência de resultados contrários às hipóteses originais do pesquisador, contribuindo, assim, para o avanço da ciência (Bronfenbrenner, 2002).

Uma das principais vantagens da Inserção Ecológica (e também da etnografia) é a prática da observação, momento em que o pesquisador consegue identificar informações que, na utilização de outro instrumento (como por exemplo, na aplicação do questionário), não emergem. Isto ocorre porque, na entrevista, o “sujeito” só relata aquilo que lhe ocorre naquele momento, estando ele sob os efeitos “psicológicos” das perguntas, todo o conhecimento tácito não aflora nos relatos. Ou seja, muitas vezes, temos um discurso que não condiz com a prática.



### **3.3 OS INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE INFORMAÇÕES**

A coleta de informações, como explica Triviños (1987), não acontece numa ótica estanque ou isolada, mas sempre em interação dinâmica de retroalimentação e reformulação constantes. O caminho é recursivo, ou seja, as informações são coletadas, analisadas e interpretadas; depois, pode-se, retornar ao campo para a coleta de material, se assim for necessário, em um caminho de idas e voltas.

As técnicas de coleta de informações mais significativas, por nós adotadas, são as observações participante e não participante, bem como as entrevistas semi-estruturadas pautadas na metodologia da *inserção ecológica* (CECCONELLO e KOLLER, 2003) já referida anteriormente.

Os instrumentos a serem utilizados são: observações; entrevistas semi-estruturadas com os pacientes pediátricos, seus responsáveis, e os profissionais da pediatria e a análise documental.

#### **3.3.1 A ENTREVISTA**

Ao fazer uso de entrevista em uma investigação, é necessário levar em conta alguns fatores que estão implícitos e que podem influenciar as conclusões da pesquisa. Entrevistador e entrevistado, ao se depararem face a face, estarão em uma situação de interação humana, a qual pode emanar diversos sentimentos, expectativas, preconceitos, interpretações. Assim como o entrevistador busca informações, da mesma forma, o entrevistado procura organizar suas respostas para aquela situação e processa um conjunto de conhecimentos e pré-conceitos sobre aquele que o está interpelando (SZYMANSKI, 2001).

Deve existir um clima de cordialidade e credibilidade entre entrevistado e entrevistador para que a fala possa fluir sem recortes. A entrevista deve ser interessante e não interesseira. O pesquisador deverá informar o entrevistado sobre a natureza e os objetivos de sua pesquisa, solicitar sua permissão para a gravação da fala, assegurar o seu anonimato, como o acesso às gravações e as transcrições da entrevista. E quando o entrevistado julgar necessário retirar, alterar ou incluir palavras da sua entrevista (SZYMANSKI, 2001), é preciso estar aberto para tal.

A entrevista semi-estruturada é a nossa opção por permitir que se realize explorações a partir das respostas às questões previamente elaboradas (NEGRINE, 2004) (Anexo 1,2 e 3). No estudo preliminar, que abordaremos a seguir, aplicamos algumas entrevistas como teste piloto. Com base nas respostas obtidas, alteramos as perguntas das entrevistas do estudo principal (Anexo 1,2 e 3). No decorrer das entrevistas, foi necessário fazer outras perguntas e, de diversas formas, elucidar e explorar as respostas dos participantes. Em vários momentos, foi preciso também dialogar com os participantes sobre outros assuntos para depois retomar os questionamentos.

Alguns autores sugerem a atuação de mais de um entrevistador para excluir a possibilidade de determinadas características da pessoa interferirem nos achados (TRAVERS, 1971). Por isso, as entrevistas foram realizadas por duas pessoas: pela autora deste estudo e por uma acadêmica da FURG. O convite a esta colaboradora se deu pela sua participação em outras pesquisas científicas da mesma natureza, pela sua vivência prática com crianças em situação de risco e pelo seu conhecimento da teoria bioecológica.

As informações foram coletadas por meio de entrevista, geralmente gravadas; transcritas com fidelidade; unitarizadas; categorizadas; interpretadas e confrontadas com o referencial teórico adotado (NEGRINE, 2004). Este autor ainda escreve sobre a importância de se estar cercado por estratégias que permitam a triangulação das informações, contribuindo para que o processo investigatório tenha um maior grau de confiabilidade.

Foram efetuadas dezenove entrevistas com os pacientes pediátricos. As entrevistas, realizadas na Sala de brincar durante as atividades de brincar, não permitiram a utilização de gravador, pois o movimento e barulho das demais pessoas dificultava ou inviabilizava a escuta do som no momento da transcrição. Vale lembrar que o fato das crianças responderem as questões com muita brevidade facilitava a anotação. Nos quartos somente utilizávamos o gravador quando percebíamos que este não iria inibir a fala delas.

Aos responsáveis, foram aplicadas nove entrevistas todas com a utilização de gravador. Das nove entrevistas, três ocorreram na Sala de brincar e seis nos quartos, sem a presença da criança que acompanhavam.

Já as nove entrevistas aplicadas aos profissionais ocorreram no posto de enfermagem ou em uma sala fechada anexa à UTI pediátrica, para evitar que o movimento interrompesse o diálogo. As entrevistas eram previamente agendadas e combinadas com os profissionais.

### 3.3.2 A OBSERVAÇÃO

A observação é um instrumento valioso na pesquisa qualitativa e também uma das estratégias da inserção ecológica.

O tipo de observação é determinado pela problematização e pelos objetivos do estudo. Não há uma receita ideal para a sua utilização, mas é preciso estar atento aos fatores que podem contaminar a observação (NEGRINE, 2004). Este autor recomenda alguns cuidados para se ter êxito nesta tarefa, que exigem, sobretudo, exercício de treino. Neste sentido, elaboramos pautas de observação de acordo com o contexto observado (Anexo 6). O tempo mínimo de cada pauta de observação é de 20 minutos e o máximo de 1 hora e 30 minutos. Efetuamos 8 pautas de observação na sala de brincar, 5 nos quartos ou nas enfermarias, 6 nos corredores e 6 no posto de enfermagem.

Realizamos observações participantes e não participantes. Na sala de brincar, por exemplo, quando éramos solicitados pelas crianças, pelos pais ou pelas monitoras participávamos das atividades, fazendo os registros depois. Do contrário, somente registrávamos os acontecimentos. Nos corredores, nos quartos e no posto de enfermagem, quando inquiridos por alguma pessoa, nos limitávamos a respostas breves. Porém, em algumas ocasiões, houve necessidade de dialogar com os participantes para aprofundar algum registro importante.

Ao adotar a inserção ecológica, o investigador deve se tornar parte do ambiente estudado para adquirir a condição de inserido ecologicamente no contexto da pesquisa (CECCONELLO E KOLLER, 2003). No caso do observador não participante, este não participa ativamente dos acontecimentos, somente faz os registros sem se envolver com os personagens observados, sendo também chamado de observador passivo. Em ambos os casos, o pesquisador deve estar atento para o fato do observador estar presente no contexto, pois pode provocar mudança de comportamento nos observados. Portanto, a observação nunca é neutra (NEGRINE, 2004).

Nesse sentido, procuramos não tornar evidente o nosso papel de observador para minimizar a interferência nos comportamentos dos observados. Na Sala de brincar, a observação das crianças foi tarefa fácil, pois estas, quando imersas na atividade de brincar, ficavam alheias às nossas anotações. Já nos quartos, a inatividade, tanto das crianças como também de seus responsáveis, tornava mais evidente a presença de um observador. Foi preciso adotar algumas estratégias para contornar ou minimizar tal fato, como, por exemplo, dialogar com alguma pessoa

presente no ambiente e, ao mesmo tempo, observar outros elementos, outras pessoas, ou ainda, não fazer anotações durante a observação e fazê-las logo após.

Para efetuar as observações, tanto no corredor como também no posto de enfermagem, foi preciso tomar alguns cuidados. Como nestes ambientes há um movimento mais intenso, é preciso ter claro o objetivo para não correr o risco de observar tudo e não ver nada (NEGRINE, 2004). Também adotamos algumas estratégias para que os profissionais e os responsáveis não suspeitassem que estavam sendo observados para não interferirem em seus comportamentos. Para tanto, procuramos não manter o olhar fixo em determinado profissional, mas dialogar com outra pessoa do contexto enquanto o observávamos; fazê-lo pensar que estávamos descrevendo outra situação, enfim, ao adotar uma ou outra tática, deve-se considerar o contexto, bem como os elementos nele presente e o observado para melhor atingir o objetivo da pauta de observação.

O campo foi abandonado quando os elementos eram considerados suficientes para efetuar a análise e interpretação. Na pesquisa qualitativa, o fundamental, na maioria das vezes, não é a quantidade de participantes a serem observados para avaliação do estudo, mas sim, a observação em profundidade, por aportar elementos significativos de determinadas situações ( NEGRINE, 2004 p.69).

A tônica da pesquisa qualitativa é evidenciar como, quando, por que e com que frequência ocorre determinado fenômeno. No entanto, a curiosidade deve ser predicado do investigador, já que esta característica “pode constituir-se no fator diferenciador e de relevância quando comparamos um estudo de corte qualitativo com um quantitativo” (NEGRINE, 2004 p.71).

### **3.4 CAMPO**

#### **3.4.1 O CONTEXTO HISTÓRICO DO LOCAL DE PESQUISA**

Relataremos brevemente um pouco do histórico da Sala de Recreação ou Sala de brincar, denominações atribuídas pelos profissionais ao espaço que foi o principal cenário da nossa pesquisa. Estas informações foram concedidas pela atual coordenadora do projeto.

Em novembro de 2000, foi idealizado, na Unidade de Pediatria do Hospital Universitário, o Projeto de Recreação Hospitalar intitulado “Brincar é Alegria”, com o objetivo de proporcionar prazer e atividades ocupacionais direcionadas às crianças hospitalizadas nesta unidade. A sua concretização somente ocorreu mais tarde e as atividades da Sala de brincar iniciaram em abril de

2001, após o recebimento de brinquedos, livros, aparelho de som, televisão e outros materiais didáticos.

Neste período, de novembro de 2000 a abril de 2001, o projeto foi divulgado de diversas formas junto à comunidade, bem como pelos mais diversos meios de comunicação, como a televisão, o rádio, os jornais e por cartazes afixados nas áreas acadêmicas da Universidade.

A organização da Sala de brincar contou com a colaboração de vários parceiros, entre eles, a Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda (ASSEFAZ), que doou os aparelhos de vídeo-cassete e televisão, além de diversas doações da comunidade na forma de livros, jogos e brinquedos. Atualmente, os recursos para a manutenção da Sala ainda provêm de doações da comunidade e rifas.

O projeto também visa a organizar atividades comemorativas como festas de Natal e do dia da Criança. Há também uma biblioteca móvel para atender as crianças que não podem sair do quarto. Os livros são distribuídos pela secretária da Pediatria no turno da manhã.

Um dos objetivos do projeto é proporcionar a participação voluntária da comunidade em geral e acadêmica no atendimento às crianças hospitalizadas, os quais irão desempenhar suas tarefas de acordo com a escala elaborada previamente em conjunto com a coordenação do projeto, respeitando suas disponibilidades de horário e o das crianças internadas.

Atualmente o projeto é coordenado pela enfermeira da Pediatria Neonatal do HU e conta com a colaboração diária de uma bolsista do curso de Letras da FURG e semanal de três voluntárias do curso de Enfermagem e Letras desta mesma universidade. O horário de atendimento da Sala de brincar é de segunda à sexta, das 14:30min às 17:30min.

A área da Sala de brincar é de 15m<sup>2</sup>, com uma porta de acesso e 6 janelinhas basculantes que ficam a uma altura de 2 metros do chão. A Sala é iluminada, arejada e, durante a tarde, é ensolarada. As paredes com pintura clara estão repletas de motivos infantis, os quais também estão nas paredes dos corredores da Pediatria. Os objetos e brinquedos disponíveis às crianças são muitos e bastante variados, como: jogos recreativos; quebra cabeças de vários tamanhos e motivos; legos; carrinhos diversos; várias bonecas e acessórios; casinha da Barbie; 2 pianinhos a pilha e outros aparelhos sonoros; TV; aparelho de CD; vários Cd's; peças para montar de plástico e madeira; bichos de pelúcia e borracha de vários tamanhos; livros de contos infantis; "chips" de isopor; marionetes; canetinhas; lápis de cor; giz de cera; massa de modelar; tinta guache, entre outros.

Os móveis da Sala são distribuídos da seguinte forma: uma mesa de 2 metros por 80cm no centro da Sala, com cerca de 40 cm de altura a partir do chão, com 8 cadeiras; outra mesa menor com 4 cadeiras pequenas fica num canto da Sala na qual está montada a casinha da Barbie. No chão, um tapete emborrachado com ilustrações de casas, prédios, estradas e rodovias permite o passeio com os carrinhos, por exemplo. Em duas das quatro paredes, há prateleiras onde são acondicionados todos os objetos, brinquedos e jogos, bem como os aparelhos de som e imagem.

A monitora, bolsista do projeto, atende as crianças diariamente. Ao chegar à unidade, retira a chave da Sala de brincar junto às enfermeiras da UTI, passa em todos os quartos e avisa as crianças que estará na Sala. Segundo a coordenadora do projeto, suas atribuições são brincar com as crianças que estão na Sala; zelar pela sua integridade física enquanto estiverem sob seus cuidados; manter os móveis, objetos e todos os materiais da Sala organizados, limpos e em condições de uso; manter todos os brinquedos dentro da Sala ou, quando forem retirados, recolhê-los ao final de seu expediente.

### **3.4.2 UNIDADE PEDIÁTRICA**

A Unidade de Pediatria localiza-se no 3º andar do hospital, possui 20 leitos distribuídos em 7 enfermarias, sendo uma destas de isolamento. Atende crianças de 0 a 12 anos que apresentam diversas doenças. O quadro de funcionários é composto por 2 médicos, 4 residentes, 5 enfermeiras e 9 auxiliares-técnicos, os quais trabalham em turno de revezamento.

Quanto à rotina do hospital no atendimento aos pacientes, as consultas médicas são realizadas pela manhã. A coleta de exame, geralmente, também é efetuada pela manhã, porém, conforme a necessidade, esta pode ocorrer no decorrer do dia. O horário de visitas é das 11:30min às 12:30min e das 17:30min às 18:30min; das refeições: café da manhã 7h; lanche 10h; almoço 11:30min; lanche 2h; janta 5:30min. Aos acompanhantes ou responsáveis pelos pacientes pediátricos, as refeições são servidas no refeitório, salvo situações especiais.

Não há nenhuma estatística de controle da permanência dos pacientes no hospital e de tipos de doenças que motivam a internação. Conforme a enfermeira chefe que forneceu as informações, a internação pode variar de 2 dias a 6 meses, de acordo com a doença e a administração de medicamentos. As doenças mais comuns durante o período de inverno são as de

ordem respiratória. Já no verão, predominam as diarreias. No que se refere a doenças crônicas, as mais comuns são as encefalopatias, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA, *AIDS-Acquired Immunodeficiency Syndrome*)

### **3.5 PARTICIPANTES DA PESQUISA**

Os participantes da pesquisa foram dezenove pacientes pediátricos, oito meninos e onze meninas, que freqüentavam a Sala de brincar, com idade entre 3 e 13 anos e em condições de dar respostas verbais. Apresentavam sintomas de doenças respiratórias, renais, gastrointestinais, ou problemas traumatológicos, ou ainda alterações hematológicas como anemia. Foram desconsiderados aqueles que apresentavam um quadro de encefalopatia, hidrocefalia, e outras doenças que as impossibilitavam ou limitavam a comunicação verbal.

O tempo de internação dos participantes era, em média, de 6 dias. Oito passavam pelo processo de hospitalização pela primeira vez, dez já haviam sido internados ao menos uma vez e um convive com freqüentes internações por ser portador de doença crônica. Os pacientes participantes desta pesquisa foram identificados como provenientes de diferentes áreas da cidade ou fora dela e de baixo nível socioeconômico, sendo as despesas da internação custeadas pelo Sistema Único de Saúde.

Também foram participantes da pesquisa nove pais e/ou responsáveis pelas crianças internadas, seis mães, dois pais e uma irmã. Além dos pacientes pediátricos e seus responsáveis, também foram participantes os profissionais, a saber: duas enfermeiras, três auxiliares de enfermagem, uma secretária e três monitoras. Com exceção de uma das enfermeiras que atua na UTI pediátrica, os demais trabalham apenas no atendimento da unidade pediátrica.

Por questão de organização e para facilitar a identificação das falas no decorrer da leitura, abreviamos as denominações dos participantes conforme segue:

- a) os profissionais – enfermeiras: enf 1 (que é a coordenadora da Sala de Brincar) e enf 2; auxiliares de enfermagem: aux 1, aux 2 e aux 3; monitoras: monit 1, monit 2 e monit 3 e secretária: secret.;
- b) Os responsáveis estão identificados pelo seu parentesco com a criança que estão acompanhando, a inicial do nome e a idade desta: irmã de J.12 anos; mãe de G.7

anos; mãe de G. 9 anos; mãe de T.3 anos; mãe de J.12 anos; mãe de P. 9 anos; pai de B. 8 anos; pai de L.6 anos e mãe de R.10anos ;

- c) Os pacientes estão identificados pela inicial de seu nome e sua idade: B.8 anos; G.13 anos; G. 9 anos; J.12 anos; P.9anos; R.10 anos; J.11 anos; T.3 anos; P. 6 anos; T.4 anos; G.7 anos; JP 7 anos; V.12 anos; J.5anos; M.5 anos; P.8 anos; L.6 anos; A.6 anos e B.7 anos.

### **3.6 PROCEDIMENTOS**

#### **3.6.1 O CONTATO INICIAL COM O CONTEXTO**

Em princípio, foi realizado um primeiro contato por telefone, e depois pessoalmente, com a enfermeira da unidade Pediátrica do Hospital Universitário e coordenadora do projeto “Brincar é Alegria”, para verificar o interesse pela pesquisa. A coordenadora mostrou-se bastante interessada e prontamente se dispôs a auxiliar no que fosse preciso para a realização do projeto. Por outro lado, a enfermeira deixou claro que algumas normas, regras e rotinas do hospital deveriam ser respeitadas. Por exemplo, a Sala de brincar, bem como a disponibilidade dos objetos e brinquedos ali existentes só poderiam ser usados no horário das 14:30min às 17:30min.

A escolha do local de investigação deu-se, principalmente, por dois motivos: a facilidade de acesso e a semelhança da estrutura da Sala com a Unidade Pediátrica na qual a pesquisadora atuara anteriormente. A vivência anterior em um ambiente semelhante possibilita maior segurança e tranqüilidade, tanto na inserção do investigador no campo de estudo quanto no decorrer de toda a pesquisa (BOGDAN e BIKLEN, 1999).

#### **3.6.2 OS PRIMEIROS PASSOS DO PROJETO DE PESQUISA**

A explanação do projeto de pesquisa para os profissionais é necessária para a aceitação ou não do trabalho. A coordenadora fez a nossa apresentação e explicamos o projeto de forma simples. Afirmamos que o nosso objetivo era investigar a importância do brincar e do brincar



com movimentos mais intensos, como o correr, o pular, o trotar, dentro do hospital. Realizar entrevistas com as crianças internadas, seus responsáveis e com alguns profissionais que atuam na pediatria, bem como fazer observações no ambiente. A recepção ao trabalho determina o seu sucesso ou fracasso. (BOGDAN e BIKLEN, 1999). Solicitamos às monitoras um auxílio especial já que permaneceríamos juntas no mesmo ambiente por um período relativamente longo, e elas, certamente pela sua vivência naquele contexto e com aqueles personagens, muito teriam a contribuir para o desenvolvimento e a qualidade da pesquisa.

Após estas informações e com algumas alterações na proposta inicial do projeto, em conformidade às regras, normas e rotinas hospitalares, passamos para a segunda etapa da pesquisa.

### **3.6.3 A INSERÇÃO ECOLÓGICA DA PESQUISADORA**

A partir do mês de julho de 2004, em dias alternados, foram feitas visitas à Unidade de Pediatria, com o objetivo de observar o contexto da Sala de brincar e tudo que se passava nele. Participávamos das atividades somente quando solicitados pelas crianças, pelos pais ou pelas monitoras, a fim de melhor poder observar as movimentações do ambiente. A monitora S era bastante atenciosa e envolvida nas atividades que realizava com as crianças. Havia momentos em que gargalhava e gritava de alegria junto com elas. Essas demonstrações eram mais evidentes quando a atividade era competitiva. Ao ser solicitada, levava as crianças ao banheiro, aos seus quartos, até aos seus pais e/ou responsáveis, limpava-as e dava colo quando as crianças choravam, conversando e fazendo-lhes carinho.

Não nos foi solicitado nenhum tipo de identificação, como crachá ou avental. Quando interrogados, pelos pais ou crianças, sobre o nosso papel naquele espaço, nos limitávamos a responder que era o de investigar a importância do brincar durante a hospitalização. Nunca nos identificamos como mestrandas, ou profissional de Educação Física, pois naquele momento estava ali a investigadora das questões sobre o brincar dos pacientes pediátricos durante o período de hospitalização.

A nossa presença, inicialmente um tanto desconfortável aos demais profissionais, com o passar do tempo, foi se desmistificando e tornando-se mais confortável, possibilitando um trabalho mais tranqüilo, sem tantos olhares inquisidores.

Adotamos para esta etapa – estudo exploratório - postura de observadora não-participante na maior parte do tempo, embora estivéssemos inseridas no ambiente. A nossa participação acontecia somente por solicitação das monitoras ou das crianças. Durante este período, conversávamos com os pais e/ou responsáveis, com as crianças e com os profissionais informalmente, a fim de compreender as relações inter-pessoais destas pessoas com as demais daquele contexto e destas com o ambiente hospitalar.

#### **3.6.4 TERMO DE CONSENTIMENTO E AUTORIZAÇÃO**

No que tange à ética do pesquisador com relação ao pesquisado, principalmente quando nos referimos a seres humanos, como é o caso de nossa pesquisa, a Resolução 196, do Conselho Nacional da Saúde<sup>4</sup>, representou um salto de qualidade, especialmente com relação à dignidade humana. O pesquisador deve ter ciência da sua influência sobre o pesquisado, criando estratégias e condições favoráveis para que seu trabalho favoreça uma melhor qualidade de vida. Esta deve ser a finalidade do conhecimento.

Aos profissionais, foi solicitada a assinatura em um outro formulário intitulado “termo de consentimento livre e esclarecido” (anexo 5), no qual constam a natureza e os benefícios da pesquisa, a confidencialidade e os esclarecimentos sobre a participação na pesquisa. Porém, percebeu-se, por parte dos pais e/ou responsáveis, dificuldade no entendimento do “Termo de consentimento livre e esclarecido”, pela sua estrutura lingüística. Por esta razão, elaboramos outro formulário, mais simplificado em termos lingüísticos (anexo 4). Em ambos, está claro que as informações serão utilizadas somente para pesquisa e divulgação científica. Somente participaram da pesquisa aqueles que assinaram a autorização ou o termo.

---

<sup>4</sup> CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Res. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos. **Bioética**. V.4, n.2, p.15-25,1996.

### **3.6.5 ESTUDO PRELIMINAR**

A partir da segunda quinzena de agosto de 2004, iniciamos as observações na Sala de brincar, durante as atividades das crianças, e também tivemos conversas informais com os profissionais, para que estes fossem se familiarizando com a nossa presença.

Nos dias em que íamos à Sala de brincar, também visitávamos a Sala de enfermagem, para conversar informalmente com as enfermeiras, fazer uma breve sondagem sobre seu trabalho e sobre as rotinas hospitalares, bem como, falar da nossa proposta de pesquisa. Assim, foi possível, pouco a pouco, a inserção ecológica no ambiente sem sermos considerados totalmente estranhos ao contexto. (CECCONELLO e KOLLER, 2003).

### **3.6.6 ESTUDO PRINCIPAL**

Com base no estudo preliminar, no estudo principal, aplicamos as entrevistas aos pacientes pediátricos, seus responsáveis e aos profissionais do microssistema pediatria. Continuamos a observar as crianças com seus responsáveis e com os profissionais tanto na sala de brincar como nos quartos, corredores e posto de enfermagem.

Esta fase teve a duração de 7 meses, ou seja, de outubro a dezembro de 2004, e de março a junho de 2005. As coletas de informações ocorreram em dias aleatórios, no mínimo, uma vez e, no máximo, três vezes por semana, etapa em que ocorreu a inserção da acadêmica que colaborou na aplicação das entrevistas.

### **3.7 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES**

A partir da inserção ecológica no contexto hospitalar e da coleta das informações, foi adotada a análise textual para fins de análise.

A análise textual, assim denominada por Moraes (1999), tem sua origem na análise de conteúdo<sup>5</sup>, pois caracteriza-se por uma metodologia de análise utilizada para descrever e

---

<sup>5</sup> Laurence Bardin: Análise de Conteúdo. 1977

interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos, reinterpretando as mensagens e atingindo uma compreensão de seus significados em um nível que vai além de uma simples leitura. Para tanto, o pesquisador deve primar pela indução e intuição como estratégias para atingir níveis de compreensão mais aprofundados dos fenômenos que se propõe a investigar (MORAES, 1999 e 2004 a,b,c).

Realizamos a análise das informações respeitando as cinco etapas do processo que Moraes (1999) descreve. Inicialmente, identificamos as informações coletadas por meio da análise documental, das entrevistas e das observações e sua pertinência ao objeto de pesquisa. Em seguida, estabelecemos um código para cada elemento ou dado coletado, para facilitar, se necessário, o rápido retorno ao documento específico.

O próximo passo foi a definição das unidades de análise, mediante cuidadosas leituras e releituras e a sua reescrita para que possam ser compreendidas fora do contexto original, sem, no entanto, perder seu significado original. Em outras palavras, o conteúdo das falas foi fragmentado em frases, de acordo com a natureza do assunto. A seguir, reescrevemos estas frases a partir de palavras significativas, contidas nestas unidades. Não uma mera reestruturação de palavras, mas um aprofundamento daquilo que estava posto.

A categorização, outra etapa da análise, é um processo de agrupar unidades, considerando sua semelhança ou analogia, segundo critérios previamente definidos no processo. A análise do material processa-se de forma recursiva, ou seja, é um caminho de ida e volta, no intento de extrair das informações o significado. As categorias devem ser válidas, exaustivas e homogêneas, bem como atender o critério de objetividade e fidedignidade. A sua classificação deve ser mutuamente exclusiva e consistente.

Em seguida, efetuamos a descrição, que é, na sua essência, a comunicação do resultado do trabalho. Em outras palavras, aconteceu a produção de um texto-síntese para cada uma das categorias, expressando os significados captados e intuídos nas mensagens analisadas.

Por fim, a interpretação, que é um passo além da descrição. Procuramos a compreensão dos significados, a partir de uma contrastação com a teoria. Este processo se constitui em um movimento em espiral - teorização, interpretação e compreensão -, buscando atingir maior profundidade em cada análise.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

*Ser criativo é ser capaz de permanecer tranqüilo  
em meio à incerteza e confusão.  
(Capra, 2002 p.136)*

### **4.1 A AUSCULTA E ESCUTA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA POR MEIO DA BIOECOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO**

A originalidade, a pertinência e a relevância do tema são quesitos essenciais para um trabalho científico de produção de novos saberes. Sendo o trabalho qualitativo e de qualidade, envolvendo seres humanos exige a imersão do pesquisador, ou no nosso caso, a inserção no ambiente pesquisado. Porém, existe o momento em que é necessário a emersão ou o afastamento para enxergar o novo. Pois bem, chegou a hora!

Este afastamento é para nós doloroso depois de tanto tempo de convívio. Mas é imprescindível. Neste processo de análise, objetiva-se ver aquilo que foi dito, mas também aquilo que não foi, que não está posto, o inusitado. Tarefa árdua, pois a coexistência com o ambiente – e tudo o que a ele se relaciona - dificulta a percepção do inédito, tudo parece tão óbvio, desnecessário contar e escrever. Mas, lembrando Marques (2001) que afirma: “a pesquisa se faz pesquisando”, da mesma forma cremos que o pesquisador se constitui e amadurece pelo exercício da pesquisa.

Diante deste momento dolorido, sentimento inerente ao pesquisador, uma vez que a pesquisa deve, de alguma forma, sensibilizá-lo é preciso manter a calma para poder escutar e

principalmente auscultar a criança. Auscultar não é tarefa da medicina? É, respondendo brevemente. Mas nos referimos à ausculta do que passa dentro do paciente e que não é um defeito, um problema em um determinado órgão, uma doença. É, antes, um apelo de um corpo fragilizado, mas a mente e a alma híidas, repletas de energia.

Ouvir além das palavras, prestar atenção no silêncio, nos movimentos, na inércia, nas expressões, nas (inter)relações. Estamos tratando de criança, logo, esta perscrutação é ainda mais imprescindível. Ouvir a criança com toda sua subjetividade e características que lhe são peculiares e não o paciente nomeado por uma doença. Olhar a criança na sua corporeidade, que precisa de tratamento não somente para uma determinada parte do corpo, mas também para a mente. Enfim, auscultar a criança para conhecê-la integralmente.

## 4.2 A CATEGORIZAÇÃO

A partir do conteúdo das observações e das entrevistas, visualizamos algumas categorias que julgamos pertinentes e importantes ao estudo, as quais serão apresentadas da seguinte forma: as **CATEGORIAS** em negrito e maiúsculas e as **subcategorias** em negrito e minúsculas.

Iniciamos a descrição das categorias pelo tema de maior relevância do nosso estudo: o brincar. A categoria que denominamos de **‘O UNIVERSO DO BRINCAR’** deu origem a subcategorias, nas quais encontram-se as respostas para duas questões da nossa pesquisa: 1) O conceito e a compreensão dos profissionais da pediatria, dos pacientes e de seus responsáveis sobre o brincar e o brincar no âmbito hospitalar; 2) a percepção do paciente pediátrico sobre o ambiente hospitalar.

Em seguida, agrupamos sub-categorias à categoria **‘HOSPITALIZAÇÃO: A TRANSIÇÃO ECOLÓGICA’** para melhor compreender os aspectos da saúde ambiental, do ambiente hospitalar pediátrico e das estruturas interpessoais da Sala de brincar, pertinentes ao estudo.

A terceira categoria **‘A BIOECOLOGIA DO MICROSSISTEMA PEDIATRIA’** aborda a compreensão dos profissionais sobre a criança hospitalizada; a relação da enfermagem com o brincar; e os processos proximais, que consideramos motores transformadores do desenvolvimento humano.

A última categoria, ‘**A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E DOS RESPONSÁVEIS SOBRE AS POSSIBILIDADES DE MELHORIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES**’, elenca e questiona as sugestões dos cuidadores sobre possíveis mudanças no microsistema pediatria em benefício das crianças hospitalizadas.

### **4.3 O UNIVERSO DO BRINCAR**

#### **4.3.1 O Brincar na ótica dos profissionais**

Uma concepção empírica bastante comum e também atestada pelos profissionais entrevistados é sobre o conceito de brincar. Ele é delegado prioritariamente ao mundo infantil. (...) *criança quando brinca assim ela constrói o mundo, através da imaginação.*(secret.)

Nesta fala, pode-se perceber um conhecimento teórico mais aprofundado sobre o termo brincar. Conforme NEGRINE (1994), o brincar é um instrumento que a criança tem e utiliza para conhecer e se conhecer no mundo.

O brincar é associado, pelos profissionais, ao prazer, a momento de lazer, enfim, a sentimentos positivos. A maioria não sabe conceituar o termo brincar, porém, o relaciona com coisas positivas e de criança:

*Ah! Eu acho que o brincar é positivo (enf 1).*

*Ah! É lazer, prazer, tudo de bom (aux 2).*

*Brincar... brincar é construir ideais.*(secret.)

*O brincar, para mim, em 1º lugar é distração, é alegria, né porque as crianças ficam alegres, é aprendizagem porque aqui dentro as crianças estão aprendendo, estão imitando assim as coisas do dia-a-dia. Porque aqui elas imitam, brincam de casinha, de jogos desenvolvem a percepção (monit 3).*

*(...)quando a criança brinca, ela tá imaginando uma realidade para ela (monit 1).*

*Brincar é um meio de se distrair quando criança (monit 2).*

Um dos profissionais, no entanto, diz que o brincar é extensivo a todos:

*(...)o brincar, para mim, é fundamental né, porque todo mundo precisa brincar (secret).*

Contudo, ao elencar exemplos, estes são direcionados ao mundo infantil:

*(...)brincando, ela mostra o que ela pretende ser, no caso, quando a criança brinca de casinha, geralmente, a menina brinca de casinha aquela coisa de dona de casa, brinca de boneca como se fosse mãe (secret).*

*Acho importante, mas ainda não consegui fazer uma avaliação (enf 2).*

De modo geral, os profissionais consideram o brincar importante mesmo não tendo conhecimento científico sobre o assunto.

A compreensão dos responsáveis pelas crianças sobre o brincar é bastante semelhante a dos profissionais:

*É aprender, é partilhar, brincar também é partilhar. (mãe de G. 9anos)*

*Eu acho que o brincar é o principal para a criança, né. (mãe de T. 3 anos)*

*A criança necessita brincar para aprender, até para aprender mesmo.(mãe de G.7 anos)*

*Nem sei. É bater papo com os amigos . (mãe de P. 9 anos)*

*É alegria, brincando, a tristeza vai embora; brincando, se esquece da tristeza. (mãe de R.10 anos)*

*Brincar é... assim uma criança saudável, né. Brincadeira tem várias coisas né. Brincar com brinquedo, brincar na areia tem várias coisas. Mas brincar, para mim, é uma criança saudável, sabe.(mãe de J.12 anos)*

Na fala da mãe que associa o brincar a uma criança saudável, pode estar implícito que, para ela, em hospital não se deve brincar, uma vez que se está doente. No entanto, para fazer esta afirmativa deveríamos averiguar, mais profundamente, qual a compreensão desta pessoa sobre saúde e doença.

Embora todos os responsáveis considerem o brincar uma atividade importante e fundamental, destes, dois dizem brincar com seus filhos em casa constantemente; dois, com pouca frequência, e cinco argumentam não ter tempo para tal atividade.

O termo brincar, empiricamente, é associado à brincadeira, ao brinquedo, ao jogo, e as definições para estes termos são variadas. Não existe um conceito único, fechado para o brincar. Porém, deve haver, principalmente no âmbito hospitalar, a liberdade de escolha como aspecto inerente à ação.

Os termos brincar, jogo, brincadeira, brinquedo em vários momentos se (con)fundem. Há inúmeros conceitos, sentidos e valores para cada etimologia. Todavia, a grande maioria,



condiciona-os ao mundo infantil ou à infância. Pode-se perceber, então, a importância unânime que é delegada a estas atividades/ações na vida da criança.

Apesar de haver diferentes e variadas acepções dos vocábulos, nosso objetivo vai além da conceituação. É imprescindível que os cuidadores, muito mais do que o conhecimento dos conceitos, tenham ciência dos efeitos que o brincar pode potencializar, amenizando os traumas enfrentados pela criança durante a hospitalização.

As crianças não têm uma definição, ou alguma palavra, um sentimento, que simbolize o brincar. Talvez porque, para elas, o brincar não é ou está em algum lugar, ele faz parte do ser criança.

A maioria das crianças dizem que, em casa, brincam de jogar bola, andar de bicicleta, de esconder, de pegar, de pular, jogar vôlei, correr, atividades que exigem movimentos intensos. Ao serem hospitalizadas, estas atividades são anuladas. Ninguém precisa dizer ou avisar. A criança já sabe. Mesmo sendo sua primeira internação. O hospital é culturalmente conhecido como um local onde se deve permanecer praticamente imóvel.

#### **4.3.2 O Brincar Terapêutico para os cuidadores**

*Brincar, aqui no hospital, acho que é fundamental porque eles vêm para um ambiente diferente que eles não são acostumados com isso, vão sofrer com isso porque tem injeção, exame, tem medicamento. (enf 1)*

Os profissionais, em geral, consideram o hospital um ambiente de sofrimento devido às intervenções às quais as crianças são submetidas. *Às vezes, não querem se medicar para brincar. Se não tivesse a salinha, ficariam mais angustiados do que o normal. (enf 2)*

Em alguns casos, quando a criança é medicada na Sala de brincar, ela o permite sem resistência, porém, quando é chamada para ser atendida no quarto ou no posto de enfermagem, percebe-se que ela se angustia e chora, ou por medo ou por ter que se retirar daquele ambiente e deixar, mesmo que seja por alguns instantes, a atividade que realizava.

Pela manhã, não havendo nenhuma outra atividade orientada, as crianças se aglomeram junto com suas mães no corredor em frente a uma TV de 14''. (Pauta de observação do corredor)

*E aí de manhã tem a televisão também que não é tão... entre a televisão e brincar eles preferem brincar a vê TV. (enf 1)*

*(...) eles ficam vendo TV, mas na verdade que a gente nota, que eu noto que a televisão não é o mais importante, se tiver salinha de recreação não tem criança no corredor vendo TV, eles se limitam a ver televisão, são obrigados a ver televisão quando não tem... não tem recreação (secret.).*

A Sala de brincar é o único ambiente do hospital no qual algumas crianças se sentem tranqüilas sem a presença do responsável. Isto porque se envolvem na brincadeira e mergulham num mundo que, para muitos adultos, é desconhecido, ou talvez, emergem de um mundo de dor e sofrimento que representa a hospitalização. *E, no caso de manhã, não dá. As crianças ficam muito apegadas às mães, ficam com medo até de ficarem sozinhas e ali, dentro da salinha não, tão brincando ficam no mundo delas brincando, esquecem um pouco. (secret.)*

A hospitalização oferece a alguns pacientes e responsáveis condições que não têm em sua residência como as refeições, a higiene, os brinquedos. Não somente as crianças se deslumbram com os brinquedos, mas também os pais e/ou responsáveis. O hospital pode ser um contexto de oportunidades para a aprendizagem e o desenvolvimento de toda rede social do microsistema. Os profissionais, por exemplo, em algumas oportunidades, oferecem informações aos pacientes sobre questões de higiene.

*Talvez assim olha, como aqui a gente lida com criança muito pobre, não tem brinquedo, e às vezes também não são muito bem tratadas. E, aqui dentro do hospital, é outra realidade, eu acho. Não vou te dizer um, são vários casos que a gente vê que a criança...a gente nota a diferença quando a criança interna, interna de um jeito, quando ela sai, sai de outro bem melhor. Porque aqui ela brinca, ela se alimenta, ela toma banho, sabe, coisas que elas não têm em casa. As gurias tão sempre incentivando as mães... até as mães também, coisas assim de higiene também né, as crianças vem mal cuidadas. Eu acho que são vários casos assim que o brincar ajuda. Porque elas tão aqui e nem tem brinquedo em casa.(secret.)*

*O brincar durante este processo [de hospitalização/recuperação] é muito importante porque...ah a criança tá triste no quarto vem prá cá e esquece que tá doente, esquece que estão chateadas, que tão só na cama, aqui esquece que tem injeções, médicos, enfermeiras, porque elas têm bastante medo das enfermeiras.(monit 3)*

*Com certeza, isso tem ajudado muito as crianças porque, a partir do momento que nós convidamos elas para brincar, levamos até o quarto aquelas que não podem vir até aqui, nós entramos com umas brincadeiras, mostramos os brinquedos e lemos alguns livros... ah! Elas mudam, já aconteceu casos da gente entrar nos quartos as crianças estarem chorando por causa da dor, e a*

*gente entra brincando e mexendo como o brinquedo como uma forma de brincar com elas na cama mesmo o choro vai embora. (monit 2)*

A promoção do brincar, durante o processo de restabelecimento, pode contribuir para que tanto as crianças, seus responsáveis e também os profissionais (re) signifiquem o modelo tradicional de intervenção e cuidado de crianças hospitalizadas (MITRE e GOMES, 2004), bem como este cuidado pode ser direcionado também aos familiares. É preciso redimensionar o cuidado no hospital, afinal, para a criança não basta remédios, alimentação e cuidados médicos.

*Eu não tenho mais espaço para grandes mudanças, né de área física hoje tá tudo lotado, né. Corredor não dá para deixar brinquedos, escorregador, balanço porque creio também tu tem que cuidar da criança. Ela sempre corre o risco de se pisar[machucar] e coisas assim diferente. Também não dá porque tem as macas, as cadeiras, o gesso. Não é possível aumentar a área física tá resumido nisso, o que dá para fazer é painéis, é mobilis, coisas assim e, em datas comemorativas, se fazer uma festa no corredor, né hoje estamos reduzidos a uma festa no corredor o espaço que tenho é isso.(enf.1)*

Não é o tamanho, a cor ou os objetos do ambiente que irão proporcionar um melhor restabelecimento ou uma melhor qualidade de vida aos pacientes, mas, sobretudo, as ações e intervenções das pessoas que podem ser realizadas neste espaço.

Com relação aos benefícios do brincar dentro do ambiente hospitalar, obtivemos diversos entendimentos e conceitos, mas, por unanimidade, foi considerado importante pelos profissionais do microsistema:

*O brincar para mim... é... distração. Fazer de conta que não estamos aqui, que estamos em casa, na escola, em qualquer outro lugar. (aux 1)*

*Bom, acho interessante, as crianças sempre perguntam pelo horário[da Sala de brincar].(enf 2)*

*(...) “é um brincar neste sentido assim de dar a ela o momento de lazer”.(enf 1)*

Alguns consideram o brincar como um momento de lazer, de distração, um passatempo e desconhecem a profundidade de seu valor. Desta forma, é preciso proporcionar a informação, dar ciência aos profissionais e a todas as pessoas que lidam com a criança e a infância sobre a representação do brincar, principalmente, nesta fase e na situação de hospitalização. Conscientizar seria o termo mais utilizado na área da educação. Mas é preciso esclarecer o significado desta palavra. Conscientizar não como doutrinar, passar e absorver informações, mas algo mais profundo que envolva o pensamento e a ação. Outro processo de conscientização é

inatingível, pois não há nada mais pessoal e inviolável do que a consciência de uma pessoa (SANTIN, 1992).

*Acho super importante [brincar dentro do hospital] para o desenvolvimento das crianças, principalmente quando elas estão internadas, precisam dessa válvula de escape, fugir um pouco desse ambiente que é tão diferente do que elas estão acostumadas (monit.1).* Associar o brincar ao desenvolvimento é uma constante, porém, parece não haver uma compreensão ou uma definição do que é um ou outro. Quando o profissional fala em “válvula de escape”, refere-se à possibilidade da criança externar sentimentos que a perturbam e a incomodam.

As denominações para o brincar ou as suas interpretações são várias, porém todas estão associadas à infância e a sensação ou à busca de alívio de bem-estar. Embora os profissionais sejam unânimes ao afirmarem a importância do brincar no ambiente pediátrico, a grande maioria dos profissionais da enfermagem diz não ter tempo para o brincar e não se envolvem com as atividades que ocorrem na sala, como relata a coordenadora da Sala de Brincar: *Então assim, eu nem entro muito na questão de que outras coisas eu poderia fazer. Eu já tentei com a secretária aqui da unidade de pediatria que de manhã, passe livrinhos de história e tal, para as crianças. (enf 1)*

Entrar em um ambiente desconhecido ou o que é pior, conhecido culturalmente como hostil, de dor e de sofrimento, no caso do hospital, pode ser bastante traumático, no entanto, o fato das crianças trazerem algum objeto de casa poderia amenizar o estranhamento ao novo ambiente (WINICOTT, 1975 ).

*Então dentro do hospital eu só tenho este espaço[a Sala de brincar] o resto são enfermarias com apenas uma cama, se a criança não traz de casa, se a mãe não traz, a família não traz nenhum brinquedo para ela, ela não sabe, ela não dispõe disso (...) muitas vezes a gente estimula para que tragam alguma coisa[brinquedos de casa], mas normalmente não trazem, não têm essa idéia, eles associam a doença a também a não brincar né (enf 1).*

É comum, dentro de nossa cultura, associar a doença e o hospital à imobilidade e conseqüentemente a não brincar. Muitos acreditam que a criança, quando doente, deve ficar atrelada a uma cama, pois desta forma a cura é alcançada com maior rapidez. Entre os profissionais, também percebe-se este entendimento. Provavelmente com a finalidade de facilitar seu trabalho, visto que, se a criança precisa tomar algum medicamento ou realizar um

procedimento é mais fácil e mais rápido caso esta esteja em seu quarto e em sua cama, quieta, para ser medicada passivamente.

*O brincar não é necessidade somente da criança (monit 2).* Em várias observações, percebeu-se mães brincando sozinhas, alheias às brincadeiras das crianças. Ou então, mesmo brincando juntos, os pais pareciam estar mais envolvidos nas brincadeiras do que seus filhos. O brincar pode ser uma atividade terapêutica também para os responsáveis e, além disso, quando bem orientado, favorecer as díades de atividade conjunta. Estas, como vimos, favorecem a aprendizagem.

Percebe-se que o brincar é uma necessidade para as crianças internadas. Embora haja mudança de papéis em razão da transição ecológica, ela continua sendo criança. Tanto os pais/responsáveis quanto os profissionais reconhecem isso, pois ambos o condicionam nos acordos que fazem com o paciente mediante o cumprimento de outra tarefa, como, por exemplo, fazer uma refeição ou tomar algum medicamento:

*(...) o lanche é as duas, então às vezes, quando chego, elas tão brigando porque não querem lanchar. Aí, digo oh! Faz o lanchinho e vai para lá brincar. Aí elas comem rapidinho e vem (monit 1).*

*Às vezes, elas não querem jantar, ou não querem fazer o lanche, aí eu digo, tem que jantar senão não vai poder brincar na salinha. Eles vão correndo, jantam tudinho e voltam correndo (monit 3).*

*(...) no procedimento doloroso que a gente faz, a gente fala assim, tá agora a tia vai fazer essa injeçãozinha, depois tu vai para a recreação elas ficam bem animadas. Até quando eu entro nas enfermarias, elas falam: tia, a tia da recreação já chegou? Elas ficam ansiosas para aquele momento de brincar (aux 3).*

Conforme relato de uma enfermeira, a Sala de brincar é utilizada também como compensação ao sofrimento e dor causados pelos procedimentos invasivos: *Brincar não dá se tu fizer um procedimento que é doloroso e a criança tá assustada. Eu só fico explicando que vai passar, agora a tia vai fazer isso. Depois tu vai pra recreação brincar.(enf 2)*

O brincar no hospital, além de amenizar os traumas causados pelos procedimentos dolorosos, também é associado a tratamento pelos profissionais e nesse caso auxilia, facilita e potencializa o processo de recuperação. *Aqui no hospital, eu vejo o brincar até como tratamento, assim ó, eu noto que as crianças se recuperam mais rápido (...) muito bom o tratamento”.*(aux 1)

Os benefícios do brincar, durante a hospitalização, também podem ser percebidos em outra fala: *Tem crianças que nem querem sair do hospital com dó por causa da recreação, tu acredita? (aux2)*. O Profissional se espanta com a atitude das crianças que, apesar de terem recebido alta, preferem permanecer na Sala de brincar do hospital ao invés de ir embora. Outro profissional passou por tal experiência com seu próprio filho, de 5 anos, ao levá-lo para uma consulta na pediatria. Enquanto ela aguardava a chegada do médico, levou-o à Sala de brincar e segundo seu relato:

*João[nome fictício] não queria sair mais da salinha, foi uma briga tirar ele de lá para fazer a consulta. Depois da consulta não queria ir embora ele não queria sair para a rua. Não sei porque. Porque ele tem todos aqueles brinquedos em casa e brinca bastante em casa. Acho que com o brincar eles se mantêm mais tempo. (aux 2)*

Apesar de muitas crianças se deslumbrarem com a quantidade de brinquedos existentes na Sala do brincar, este pode não ser o fator determinante para fazer com que a criança se sinta bem neste ambiente. A presença de outras crianças também doentes em situação semelhante a sua e brincando, bem como, as monitoras incentivando e participando do brincar, a ausência de médicos e enfermeiros, medicamentos, injeções e aparelhos pode ser mais expressivo ao bem-estar da criança.

*(...) na medida que a criança tá brincando e aparenta tá melhor, então, basicamente eu vejo como um estímulo grande, né eu vejo que a criança sai satisfeita, ela gosta daquele ambiente e isso é o que basta (enf 1)*. Durante nossas observações, as crianças, em geral, denotam uma expressão de alegria e bem-estar dentro da Sala de brincar, fato também percebido por alguns profissionais.

*Eles esperam por aquele horário (aux 3)*, diz o profissional ao se referir à Sala de brincar. Esperar pelo brincar, dentro do hospital, como quem espera por um medicamento que alivie sua dor, seu desconforto, é mais um indicativo da importância do papel do brincar neste contexto. *As crianças tão aqui assim enjoadinhas, amoladinhas, assim, porque tem vários tipos de problemas e assim, quando eles vão brincar ali [na sala] parece que eles esquecem um pouco da doença, não ficam pensando tanto na hora de toma remédio (enf 2)*.

Embora, na Sala de brincar, a criança encontre vários brinquedos não é a quantidade que irá determinar a qualidade. A criança pode ficar horas a brincar com um objeto que, para o adulto, é insignificante como uma tampinha de garrafa, por exemplo. Porém, para desencadear o

processo que pode, por meio do brincar, levá-la ao bem-estar, ela necessita que o brincar lhe seja propiciado.

De acordo com as observações e as entrevistas dos participantes, ficou evidente a necessidade e a importância de oferecer às crianças um maior tempo para o brincar. Para a criança não existe uma hora apropriada para brincar, ela o faz quando tem oportunidade. *Talvez alguém resolva trazer um profissional por 8 horas semanais para o hospital e que junto com os voluntariados pudesse fazer então, um outro tipo de... outras atividades, tá certo... com esse pequeno tempo que a gente tem é muito resumido a brincadeiras mesmo, né (enf 1).*

A coordenadora acredita ser necessário a presença de um profissional que desenvolva atividades orientadas com as crianças para favorecer o seu desenvolvimento. O que seria de extrema valia. Contudo, para a criança o brincar livre pode ser, igualmente ou ainda mais, valioso.

*É uma forma delas passarem seu tempo. É um momento de alegria (aux 1).*

*Acho muito bom, as crianças ficam esperando a hora da escolinha abrir [como alguns chamam a Sala de brincar] (enf 2).*

A criança, ao brincar livremente, o utiliza para resolver problemas internos ou vivenciar situações prazerosas, ao contrário, quando o brincar lhe é imposto pode ser motivo de sofrimento. *(...) onde a criança exercita o direito de fazer o que ela bem entende, né (enf 1).*

O brincar da criança nunca é sem justificativa sempre tem um porquê, um por que que nem sempre é possível ver a “olho nu”, às vezes, mesmo tendo uma percepção aguçada, não conseguimos enxergar. Nestes porquês estão implícitos sentimentos que a afligem, a acometem naquele momento, ou *(...) de como ela está vivendo aquele momento. (enf 1)*

A criança, melhor que ninguém, sabe do que necessita num dado momento e busca, por meio de determinados brinquedos, auxílio para o brincar. No entanto, o brinquedo necessariamente não é determinante numa brincadeira. *O brincar justamente na espontaneidade da criança, ou seja, da necessidade que ela sente de brincar com determinado ou jogo ou pintura ou brincar de boneca ou de boneco ou de caminhão, né (enf 1).*

Conforme as falas abaixo, na compreensão dos responsáveis, o brincar no âmbito hospitalar oportuniza algum tipo de movimento, tirando a criança da cama, da imobilidade, auxiliando-a no processo de restabelecimento:

*É, eu acho que é uma diversão para eles, até para a recuperação deles que tão internado aqui.(mãe de G.7 anos )*

*É porque... Eu acho que seja porque aqui é um lugar assim ó...como posso explica, um lugar, como é que posso falar é um lugar assim..é um lugar assim onde ele não tem muita liberdade, então, qualquer brincadeirainha que tem o dia passa, a noite passa, né, não reclama muito.(mãe de J 12 anos)*

*Ah! eu acho que ajuda sim, porque é uma maneira da criança também né ficar mais feliz, mais alegre, aonde ela não fica tão abatida, tão atirada, porque se não tem o que fazer é só cama, só cama, né.(mãe de T.3 anos)*

*Toda criança tem que brincar.(mãe de R. 10 anos )*

*Ah! sim, se ela fica aqui pensando bobagem não cura, tem que distrair.(pai de B.8 anos)*

*Ele é feliz quando brinca. É importante para a recuperação deles. Porque se não tivesse isso aqui iam fazer o que...não ia passar. Gostei muito da sala.(mãe P.9 anos)*

Embora, na fala dos profissionais e responsáveis esteja claro que o brincar é um fator potencializador da saúde ambiental no ambiente pediátrico, as atividades do brincar neste contexto parecem ser bastante limitadas e reduzidas a escassos momentos. Nesse sentido, não basta nos preocuparmos somente em oferecer atividades recreativas às crianças, temos que ter uma preocupação com o entendimento dos cuidadores – profissionais da pediatria e responsáveis pelos pacientes – sobre o que é o brincar, a sua influência e importância no desenvolvimento da criança, principalmente quando ela está exposta a situações de risco, tal como a da hospitalização.

No processo terapêutico hospitalar, o brincar tem papel significativo nas diversas fases do tratamento, ou seja, desde a avaliação e o diagnóstico até o processo de alta (CECCIM & CARVALHO, 1997). Logo, o profissional de Educação Física que usa o brincar nas atividades com os pacientes, tem um papel importante no processo de recuperação, bem como o Educador Ambiental sensível aos acontecimentos do micro contexto pediatria e sua influência nos demais, meso, exo e macro, para o desenvolvimento humano. Assim como todos os demais cuidadores que interagem com a criança durante o período de hospitalização.



### 4.3.3 O profissional e o (pré)conceito de brincar

Um dos profissionais acredita que não é necessário muito conhecimento científico para verificar a importância do brincar no hospital: *Com certeza, tu acreditas [no brincar] porque tu vêes as respostas. Aquelas horas são muito bem vindas para a criança. Então, não precisa entrar muito assim... na psicologia (enf 1)*. Conforme pautas de observação, a expressão de alegria no rosto das crianças ao verem ou irem ao encontro da monitora que abre a sala também é uma prova relevante da importância e da potência do brincar.

Algumas crianças passam muitos dias hospitalizadas o que pode torná-las bastante frágeis e mais vulneráveis:

*(...) lembro muito é da G. que ela tava muito tempo aqui e ela tava muito quietinha no quarto, então quando eu chegava ela abria o sorriso e vinha. Eu acho que foi super importante para ela... ter essa salinha. Até no final ela tava com acompanhamento psicológico, então... pelo tempo que ela ficou foi se agravando. Porque ela pegou infecção hospitalar, então o que ela mais queria era ir embora e quando ela podia vir para cá[na sala] ficava melhor (monit 1).*

A orientação aos voluntários, segundo a coordenadora, que atendem as crianças é a de que essa deve escolher do que, ou com quem vai brincar. O brincar não deve ser imposto como são os demais procedimentos da rotina hospitalar. *O acadêmico ou o voluntário eles fazem... como eles entram nesta salinha... a atividade delas é o seguinte: a criança é que vai escolher o que ela vai fazer. Imposição é os sinais vitais, é a injeção, é o banho, é o médico e é a comida, né. O que não é imposição é aquela Sala (enf 1)*.

Dependendo de como é administrado o brincar ou as atividades dentro da Sala ou em qualquer outro ambiente, ele pode ser uma imposição e causar algum tipo de sofrimento, isso justifica nossa preocupação com o entendimento que os profissionais têm do brincar.

*(...)ela vai dizer se ela quer ouvir uma história, se ela que jogar um joguinho de memória, ou brincar com os bonequinhos ou as bonecas ou ouvir música, ou não ouvir música, ou não brincar, né, então, ela que vai decidir e o voluntário, né, voluntário bolsista ele apenas deixar fluir a necessidade da criança, né. (enf 1)*

Embora a orientação das monitoras seja executar o brincar livre, ou seja, deixar que a criança escolha do que e com o que irá brincar, observou-se que, em regra, a brincadeira é determinada pelas monitoras. Também observamos que a maioria das crianças, ao entrarem na

Sala, no primeiro momento, não falam com o que querem brincar e aceitam a sugestão das monitoras. Não queremos, de forma alguma, questionar o fato das monitoras estimularem o brincar, este pode ser extremamente válido. A nossa preocupação é com relação à forma que se dá esse estímulo, e mais ainda, como se desenvolvem as atividades de brincar.

Bronfenbrenner (2002), quando trata da questão de equilíbrio de poder nas relações diádicas, declara ser importante para o desenvolvimento da criança experimentar vários níveis de poder, ou seja, o poder deve se alterar de forma gradual em favor da criança. Para que este aspecto e outros, significativos ao desenvolvimento, sejam atendidos é fundamental que o adulto que interagir com a criança tenha ciência sobre ele. Na Sala, atualmente, não ocorre nenhum tipo de planejamento documentado ou verbal referente ao brincar. As monitoras têm a incumbência de abrir e fechar a Sala no horário pré-estabelecido e se dispor a brincar com as crianças que freqüentam a sala. *Porque como eu não tenho profissionais, eu não posso exigir também. Então, como eu não estou acompanhando então ela é muito simples é abrir, brincar, deixar a criança se sentir à vontade, sair, basicamente é isso (enf 1).*

Conforme a coordenadora, uma das finalidades da Sala é tornar o ambiente hospitalar mais familiar, entretanto, dificilmente o brinquedo ou o brincar suprem as carências da criança com relação ao sentimento de saudade do ambiente familiar. Contudo, com estes, a permanência no hospital pode ser potencialmente favorável à saúde ambiental: *então este espaço[a Sala de brincar] é justamente para isto para dizer que ela pode brincar aqui [no hospital] também, basicamente isso. (enf 1)*

A presença de um ambiente para brincar dentro do hospital, embora limitado, pode modificar o conceito que a criança tem de que, em hospital, não se brinca e que estar nele significa estar debilitado e fragmentado. (...) *a criança fica muito tempo ociosa no corredor ou no hospital sem ter nenhuma atividade, né, e pensando justamente nisso aí, né de que eles passam por uma recuperação né da saúde da criança, com isso diminui o estresse, diminui a ansiedade, tranqüiliza as mães também, né (enf 1).*

Apesar da profissional não ter realizado nenhum estudo específico sobre o assunto e não ter uma formação que aborde, com profundidade, a importância do brincar e do brincar terapêutico no desenvolvimento infantil, ela tem o conhecimento empírico oriundo de observações, diálogos e sensibilidade para perceber as necessidades da criança neste período de hospitalização. E, segundo seu relato, esta preocupação com o bem-estar não é somente com

relação às crianças, mas também é extensivo ao responsáveis, já que estes devem estar seguros e tranquilos para transmitir tais sentimentos ao paciente.

O cuidado da enfermagem na ala pediátrica deve prever o contato com os pais e as crianças logo que estes iniciam o processo de internação, para estabelecer uma relação de confiança. Os pais e/ou responsáveis exercem um papel fundamental na internação da criança com a equipe que a atende (ZAMO et al, 1997), pois o seu esclarecimento e a sua tranquilidade podem influir no restabelecimento da criança.

Questionamos os profissionais sobre a utilização do brincar durante suas intervenções e procedimentos medicamentosos com os pacientes: *“Não, é muito difícil [brincar], só se é alguma coisa da hora, eu me programar, planejar, assim não...não. Bem pelo contrário, até nem gosto muito. Porque todo procedimento é doloroso, puncionato. Alguma coisa lúdica é complicado porque tu vai judiar dele. (enf 2)*

Conforme a fala da enfermeira, existe a crença de que o procedimento doloroso realizado nas crianças não pode ser feito concomitante com o brincar. O brincar, segundo ela, deve ser realizado em outro momento. *O lúdico eu gosto que seja sempre depois, depois que foi executado o procedimento, porque pode até haver uma associação da dor com o lúdico (enf 2).*

Conforme Negrine (1995), Marcelino (1999) e Falkenbach (1999), estudiosos da atividade lúdica e do desenvolvimento infantil, a criança ao brincar, se estiver desconfortável com a situação, ou se estiverem presentes sentimentos de dor ou de sofrimento não sentirá a presença do lúdico. Ao contrário, quando o momento é lúdico, existe o prazer, a alegria, jamais a dor. No brincar sim pode haver a presença de dor e de sofrimento. Entretanto, é relevante lembrar que, para os profissionais da pediatria, o conceito de brincar e lúdico é praticamente uno.

Os profissionais da enfermagem se auto-configuram como representação de dor e sofrimento para as crianças. Mesmo assim, não têm uma preocupação ou intenção de brincar com o paciente na tentativa de minimizar estes sentimentos. Acreditam que a Sala de brincar pode fazê-lo, ou seja, brincando naquele ambiente a criança esqueceria do sofrimento que passou ao ser atendido pelo enfermeiro.

*Quando tenho tempo brinco, falo com a criança. Mas às vezes não tem como, dou o remédio e vou embora. Nós representamos alguém que vai fazer com que eles sofram. Passam todo o dia com medicação, nebulização, injeção... é importante eles brincarem para esperar com aquilo. Talvez por isso perguntam pela sala, lá talvez acham que não precisam tomar remédio. (aux 3)*

Se os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem causam dor e sofrimento e o brincar provoca prazer poderia-se buscar uma harmonia entre ambas as atividades. Contudo, para transformar tal idéia em realidade se faz necessário, em princípio, mudar comportamentos e atitudes que, entre outros, propiciem e estimulem o brincar em todos os espaços.

Alguns cuidadores vêem na Sala de brincar um refúgio para a criança, uma fuga das rotinas hospitalares, já que ali ela pode ditar suas normas e regras e se sentir no controle da situação.

*Eu...eu diretamente não acompanho, né o trabalho desenvolvido, eu sei, né...eu não acompanho a atividade em si, mas eu sei que as atividades que os voluntários executam neste local, é pintura, é desenho, ouvir música, jogos, muitos jogos, então, eu sei que as atividades lúdicas são realizadas ali dentro, né, o tempo o espaço não saberia dizer, né, mas com certeza, né... porque eu não tenho condições de fazer isso, até porque não tenho outro profissional e as coisas, elas... funcionam deste jeito (enf 1).*

Todos os profissionais reconhecem a importância do brincar e sua relevância no processo de restabelecimento dos pacientes, porém, conforme as últimas falas, a maioria alega não saber ou não conseguir fazer uso do brincar durante suas intervenções e seus procedimentos.

Ao ser questionada sobre o fato dos profissionais não utilizarem o brincar durante suas intervenções com as crianças, a enfermeira-coordenadora da Sala de brincar respondeu: (... )*acho que falta um pouco de conhecimento teórico de uma leitura em cima da necessidade de um esclarecimento, de palestra, enfim, que se escute sobre a importância do brincar na recuperação da criança internada.* A coordenadora paradoxalmente, segundo seus relatos, também não brinca com as crianças internadas.

Palestras ou outras formas de informar os profissionais sobre a importância do brincar, durante o período de hospitalização, pode ser uma forma de instrumentalizá-los e estimulá-los a inserir uma atividade que contemple o brincar em sua rotina, mas apenas isso não basta. O cuidado de enfermagem deve prevenir ou minimizar os possíveis traumas decorrentes do tratamento hospitalar e considerar a criança

(...)no conjunto de suas necessidades como pessoa em crescimento e desenvolvimento e que está atravessando as características especiais do adoecimento nesse processo de

crescer/desenvolver-se que é biopsicológico, social, familiar, e resultado das interações pessoais e institucionais (ZAMO *et al*, 1997 p.177).

A equipe de enfermagem, em relação ao cuidado à criança, pode fazer uma incursão no ambiente pediátrico, utilizar diversos brinquedos e outros materiais, como, por exemplo, o próprio material de trabalho para reduzir o medo e evocar questionamentos que, quando bem respondidos e compreendidos, podem aliviar as tensões sobre os procedimentos a que será submetida (ZAMO *et al*, 1997).

Os profissionais, normalmente, não brincam com a criança no quarto ou no posto de enfermagem, alegando que ali é o local onde são realizados os procedimentos dolorosos, mas dizem fazê-lo em outros momentos nos corredores. *Eu brinco com eles quando eles estão fora, nos corredores, a maneira de falar com eles.(enf 2)*

*Eu acho que poderia ter [atividades de brincar] na parte da manhã também, mas já andamos conversando sobre isso e as explicações foram que, na parte da manhã, os médicos passam nos quartos aí as crianças estariam aqui e não teriam atendimento dos seus médicos (monit3).*

Conforme este relato, podemos inferir que se a criança, por ocasião da visita do médico ao hospital, não estiver no seu quarto, ou não se fizer presente ela não terá atendimento médico. Tal atitude pode ser decorrente de uma formação com pouca ênfase na importância do brincar no desenvolvimento humano, especialmente, no período de internação.

A preocupação e as pesquisas voltadas atualmente para o brincar durante a internação poderão alterar a estrutura dos cursos da área da saúde como a enfermagem, a medicina e outras áreas que atuam diretamente com o paciente pediátrico e implicar na inclusão de estudos sobre o tema, o que não se faz atualmente. Tais estudos ficam restritos aos cursos de pedagogia, com ênfase na Educação Infantil.

*Talvez, justamente por se falar nele, [no brincar terapêutico] é que vai mudar né, vai mudar a postura dos profissionais,né.....é o que eu espero. Acho que é uma cultura, acho que tem caminho para isso, mais é em função de área física, de infra-estrutura aí não é viável porque não tem espaço.Não se fecha uma enfermaria para fazer uma Sala de brincar né, o pensamento do administrador não é esse, é justamente ao contrário, se tem uma Sala vamos colocar mais leitos para atender mais a população, então, são necessidades (enf 1)*

De forma alguma, questionamos a necessidade de ampliar o número de leitos nos hospitais, o que se pretende é encontrar uma forma de unir a quantidade à qualidade. Ou seja, uma sala, por exemplo, pode ser transformada em enfermaria, porém, esta deve permitir e estimular o brincar. Lembrando Bronfenbrenner e o que ele escreve sobre o macrosistema, podemos visualizar relações bastante estreitas com o que ocorre no microsistema pediatria. Pois, conforme o autor, “o macrosistema se refere à consistência observada dentro de uma dada cultura ou subcultura na forma e conteúdo de seus micro, meso e exossistemas constituintes, assim como qualquer sistema de crença ou ideologia subjacente a estas consistências” (2002 p.197 ).

*Essa é a maneira de trabalhar aqui. Porque, às vezes, vem colegas querendo proporcionar uma atividade diferenciada, não tem problema nenhum, só que meu voluntário...eu não capacito ele nem exijo grandes capacidades de brincar, né. (enf 1)*

Certamente a existência ou a possibilidade de projetos para im/complementação de atividades relacionadas ao brincar depende da cultura da administração do hospital e dos cursos de formação de profissionais que atuam neste ambiente, bem como de políticas públicas direcionadas para este fim. É importante colorir o ambiente pediátrico, oferecer brinquedos, mas é preciso ir além disto. Temos que pensar em algo que propicie mudança de atitude, de concepções, que altere as práticas hospitalares em benefício dos profissionais que ali atuam, dos pais e responsáveis pelos pacientes pediátricos, mas principalmente, para estes últimos, as crianças.

#### **4.3.4 A Sala de Brincar**

Para montar e mobiliar a sala, os funcionários contaram com a ajuda da comunidade que por meio de doações, contribuiu para a viabilização do projeto. Estas ações e atitudes demonstram um conhecimento, mesmo que empírico sobre a influência que o ambiente exerce sobre a saúde. *Então, começamos a arrecadar fundos material, brinquedos, livros, mobiliário, com a ajuda da comunidade e do próprio pessoal da manutenção, no caso, e né, então reativamos esta sala. (enf.1)*

A opinião dos profissionais da pediatria sobre a Sala de brincar é unânime. Todos consideram o ambiente extremamente importante para a criança hospitalizada. E acreditam ser necessário oferecer este espaço em outros horários também, como de manhã e no início da noite. *Acho fundamental, acho que ela era para ficar sempre, sempre pra fica aberta que eles pudessem sempre brincar, passa o dia inteiro aberta de manhã de tarde e de noitezinha, acho que é fundamental(...).(secret.)*

Conforme Novaes (1998), é surpreendente a capacidade de modificação do comportamento e dos sentimentos das crianças hospitalizadas num período de tempo tão curto, ou seja, do quarto para a sala de brincar. “Parece que, de repente, as crianças receberam uma autorização para se libertarem e passaram a exercer a atividade que tão bem as caracteriza, o brincar, com todas as implicações daí decorrentes”(p.136).

A Sala do brincar parece ser um ambiente segregado das demais dependências do hospital. Um local de refúgio da dor, da sujeição às injeções, que é o maior temor das crianças.(...) *quando eles tão brincando ali [na sala] eles esquecem que estão no hospital. Sem contar que eles tão longe de casa e longe de casa se sentem mais...tipo com medo até do que vai acontecer aqui no hospital.*“(monit 2)

No hospital, as crianças se deparam com o desconhecido, com o incerto, a insegurança. A Sala pode, neste sentido, representar alguma segurança, visto que o brincar e os brinquedos, senão todos, mas a maioria, é algo familiar, e mais, é algo inerente à ela.

Foi suficiente um pequeno estímulo, a ida à sala de recreação, um ambiente adequado e seguro, e a visualização das inúmeras possibilidades de brincadeiras, para que surgisse o brincar livre, sem regras, divertido, motivado única e exclusivamente pelo mundo interno da crianças e suas experiências com o mundo externo (NOVAES, 1998 p.137)

*Tentar aliviar um pouco do sofrimento de quem está aqui dentro, fazer esquecer um pouco que se está doente (monit 3)*, foi uma das justificativas relatadas por uma das monitoras para a existência da Sala de brincar do hospital. Segundo os relatos das próprias crianças, não há dúvida da grande importância do ambiente da Sala de brincar durante o período de hospitalização:

*Aqui [ na sala] é legal, a gente brinca.(B.8anos)*

*Eu gosto de tá aqui, mas passa muito rápido. Logo a tia vai fecha e aí a mãe vem me busca para ir pro quarto, eu não gosto de lá.(G.7 anos)*

*(...) na Sala é tri, tem bonecos, carrinhos, jogos, outros....outras crianças, tem uma porção de coisas pra fazer ali.(R.10 anos)*

O que questionamos é a delimitação deste espaço. Como a própria denominação do ambiente diz é a Sala de brincar, não é o corredor, nem o quarto ou qualquer outro espaço. Está delimitado. É a sala. Como se fosse possível ou necessário delimitar espaço e tempo para o brincar da criança.

*Eu sinto que elas ficam mais felizes, né quando vem para cá. [se referindo a Sala de brincar] (monit 2)*

*O medo aqui diminui... é um ambiente mais descontraído, mais a vontade, mais assim de repente...não como em casa mas se sentem fora do hospital aqui dentro da salinha. (monit 3)*

*É muito importante, porque sem essa Sala as crianças não teriam alegria, aqui as crianças se sentem muito felizes, as mães mesmo comentam com a gente que isso aqui é muito importante para elas, que elas gostam, sentem diferença nas crianças. (monit 1 )*

*(...)sentem necessidade, sabem que ali elas têm muitas alternativas de jogos, tem bonecas (...).Elas já me perguntarem diariamente se vai abrir a escolinha ou não, já é um bom sinal (enf 1).*

A sala, em geral, propicia uma sensação gostosa à criança de que está bem, podendo fazer o que faz em seu cotidiano em casa, na escola, com os amigos: brincar. Se os benefícios deste ambiente já estão provados e comprovados, pois são visíveis nas expressões das crianças, por que não expandir as atividades de brincar aos demais ambientes?

Percebeu-se, nas falas dos profissionais e também durante as observações nos corredores, que várias crianças, em diversos horários, questionavam os enfermeiros e outros profissionais que circulavam pelos corredores do hospital, inclusive a nós, sobre o horário da sala:

*Que horas abre a sala?(G de 9anos)*

*Por que não abre?(L de 6 anos)*

*Só precisa a chave! (J.de 12 anos)*

*Diz lá pra tia vim abrir a sala?(G. de 13anos)*

Ou então: *por que não traz as bonecas para fora se a Sala tem que ficar fechada. (P. 8 anos)* (trechos das pautas de observação)



(...) e quando eles estão neste projeto brincar alegria que só tem de tarde, né, então de manhã eles chegam ansiosos [e perguntam] tia vai abrir a salinha? tia vai abrir a salinha?(aux 3)

*9:45 dois meninos com idade de 9 e 11 anos e uma menina de 7anos, internados a 3 dias, se encontram perto da Sala de brincar. Não conversam, apenas trocam olhares. Estão olhando os cartazes coloridos fixados na parede do corredor. Permanecem neste espaço por 7 minutos. Quando vem a mãe de um dos meninos e avisa que uma das enfermeiras avisou que a tia não vem e a Sala só abriria a tarde. Nenhum dos três falou, provavelmente porque já sabiam deste horário, mas havia uma esperança.Os dois meninos voltam para os quartos em silêncio e a menina permanece ali da mesma forma por mais uns 3 minutos e também volta para seu quarto. Todos pareciam desolados. Observação do corredor de 29/09/04.*

Acredita-se que alguns denominam a Sala de brincar de escolinha por ser um termo mais popular e que diz respeito a um espaço de aprendizagem. A recreação, por exemplo, é um termo que muitas crianças desconhecem.

*Eu acho que a escolinha se popularizou, né em função de casa, das coisas de casa, né, dos outros irmãos, né”. (aux 1)*

*Porque os outros irmãos vão a algum lugar e eles ficam, né. Eles vão à escola e tal. Eu não sei se essa ligação também.... como não existe o profissional pra recreação, né eu não tenho um profissional... eu não tenho pedagogo, psicólogo não tenho nada. (enf 1)*

A administração de medicamentos ou outros procedimentos realizados pelos enfermeiros dentro da Sala e durante o brincar parece ser menos traumática quando comparada com aqueles realizados fora deste contexto.

*Eu vejo que distrai as crianças, elas ficam assim...elas têm muita resistência em tomar um remédio, tomar um medicamento. Aí quando elas tão distraídas aqui, a enfermeira vem [e diz] toma rapidinho aqui elas tomam e já sai brincando. (monit 1)*

*Elas não ficam com aquela coisa assim...ah! não quero tomar injeção, não quero tomar isso...parece que passa mais rápido o tempo.(enf 2)*

O fato de estarem brincando na Sala na hora da sua medicação atenua consideravelmente a resistência das crianças em permitir as intervenções e procedimentos realizados pelos enfermeiros. Um dos motivos por esta atitude das crianças pode ser que, para elas, o tempo “perdido” resistindo às injeções e demais procedimentos se reflete no tempo de brincar.

*Aqui dentro este é o espaço que nos usamos, né. Se brinca no corredor, se brinca vendo televisão, né nós usamos este espaço que é aonde existe algum brinquedo, né o brincar e o brinquedo” (enf 1).*

Embora os corredores do hospital estejam decorados com motivos infantis e o profissional admitir o brincar neste espaço, percebeu-se, durante as observações, que os profissionais chamaram a atenção de um menino que deslizava pelo piso do corredor dizendo estar patinando, bem como de outra criança que estava mexendo em um dos cartazes. É difícil para a criança olhar somente com os olhos, ela precisa também olhar com as mãos, principalmente se estas estão enfaixadas, com tala e com agulhas, a criança precisa sentir que estão vivas e que pode movimentá-las.

Considerando que praticamente a totalidade dos pacientes é de uma classe social menos favorecida, algumas crianças se deslumbram com a Sala pela quantidade e variedade de brinquedos que ali há. Outras encontram ali o que tem em casa, o que também lhe causa um sentimento de familiaridade.

*(...)ali tem o que, de repente, não tem em casa ou se tem deixaram em casa não tá aqui junto com eles, então eles substituem, ocupam a mente com uma coisa boa.(enf 1)*

*Crianças com pouca motivação, preferem muitas vezes ficar, não ter alta para brincar. Não se sabe como é em casa. (aux 3)*

Há vários casos, observados nas pautas e citados pelos participantes de crianças, que, ao receberem alta, choravam para que seus responsáveis permitissem brincar mais um pouco na Sala, ou então, esperar para a chegada da monitora e assim poder visitar o ambiente antes de retornar para casa. Outras crianças, que conhecem a Sala porque já estavam internadas e retornam somente para fazer exames, também fazem questão de passar pela Sala e brincar ou simplesmente para dar uma olhada ou cumprimentar as monitoras que as atenderam quando estavam hospitalizadas.

A Sala é utilizada por alguns responsáveis como “depósito”, deixam seus filhos ali e saem para fazer outras atividades, como sair do hospital para comprar alimentos ou roupas, ir no saguão para conversar com alguém, retirar ou encaminhar um exame, fumar, fazer um lanche. Algumas crianças ficam sozinhas, sem reclamar a falta da mãe, outras se põem a chorar de tal forma que a monitora precisa procurar a mãe pelo hospital, e por vezes, estas se encontram fora do hospital.

*E quando as crianças tão na salinha as mães podem sair descer no fumódromo, ir na portaria pegar roupas (secret). Existe um espaço chamado fumódromo dentro do hospital com cerca de 40m2 utilizado pelas pessoas para fumarem. Este espaço, que fica no 1º andar, não é coberto e é cercado pelas dependências do hospital. Seria um excelente espaço para a construção de um jardim ou até para a colocação de brinquedos infláveis como escorregadores, piscina de bolinhas, balanços e outros onde as crianças, que tivessem condições, frequentassem acompanhados dos pais e sob orientação de monitores.*

A funcionalidade da Sala como um ambiente que oferece segurança aos filhos hospitalizados, possibilitando que os responsáveis se ausentem no período em que as crianças ali se encontram, é expressa nas falas:

*Ah! muito bom. Só que teria que abrir o dia todo de preferência. Uma funcionária só para cuidar a Sala o dia todo. Que as mães principalmente que querem comer, jantar lá em baixo e não podem porque tem que cuidar dos filhos aqui. Era para uma delas vim no quarto só pra dar atenção para eles.(mãe de G. 7 anos)*

*(...) as mães deixam os filhos lá e eles ficam brincando a tarde toda.(aux 3)*

A necessidade da mãe ou responsável de se retirar do quarto, mesmo que por alguns instantes, pode causar um grande temor/prejuízo na criança. *E também de manhã as mães têm que almoçar no refeitório né, só em casos especiais a comida vem nos quartos para as mães, então, as crianças ficam meio enjoadas.(secret)*

A Sala também pode significar uma possibilidade de sair da passividade imposta pelo leito em que a criança se encontra quando está em seu quarto: *Ah eu acho muito bom. Porque eles ficam mais disvirtuados [ou distraídos] né, sai daquela rotina que é só cama, acho que estimula bastante ele.(Mãe de G.9 anos)*

Os responsáveis, ao expressarem sua opinião a respeito da Sala de brincar, relatam:

*A criança não pode por tá doente se achar só doente. O doente também pode ter um lazer, né. Passar o tempo mais tranqüilo, não só preocupado com dor, com doença. Quando ele teve aqui quebrado ano retrasado era assim uma fascinação, chegava de tarde ia lá e brincava um pouquinho.(mãe de P.9anos)*

*Ah! dez, né. Dez. (Mãe de J.12anos)*

*Foi a melhor coisa que aconteceu.(Mãe de G.7anos)*

*O problema é que a Sala só abre de tarde, no feriado não abre. Agora mesmo pegou o feriado numa segunda e no domingo a Sala também não abriu, as crianças ficam loucas. Faltam voluntários. Essa salinha foi a melhor invenção, né. Porque a criança brinca a todo momento. A gente tem a idéia de que de noite a criança dorme, né. A T. quase nunca dorme antes das duas da madrugada. E aqui no corredor todo só tem uma TV bem pequenininha e por pouco tempo durante o dia. (mãe de T.3 anos)*

*Gosto. Para ele é muito bom. Ele é muito tímido então ele se mistura com as outras crianças, se solta mais.(mãe de G.9 anos)*

*Eu gosto. As crianças se divertem.(pai de L.6anos)*

*Legal, eu nem sabia que tinha. As gurias que vieram aqui convidar para brincar.(pai de B.8 anos)*

Alguns responsáveis se limitam a circular pelo quarto ou no corredor que fica em frente, por isso, não têm conhecimento da Sala de brincar que fica no corredor paralelo. Porém, as monitoras e voluntárias são orientadas a passar em todos os quartos e avisar as crianças de que estão abrindo a sala.

Embora para finalidades diferentes, uma das sugestões e requisições da maioria dos responsáveis é que a Sala de brincar receba e atenda os pacientes por um período de tempo maior, não somente à tarde e por 3 horas. (...) *seria bom se a salinha pudesse abrir de manhã também.(irmã de J. 12anos)*

No entanto, o brincar não deve ser restringido a um pequeno ambiente, como uma sala, mas fazê-lo existir também nos quartos, nos corredores, nas inter-relações das crianças, com seus pares, com seus acompanhantes, com os profissionais, enfim, aonde e como este for possível.

Ao serem questionadas sobre a sua opinião com relação à Sala de brincar, as crianças foram unânimes em responder que gostam. Não poderia ser diferente, uma vez que, a Sala, embora pequena, oferece a elas um mundo de possibilidades. Não nos referimos à quantidade de brinquedos ou de espaço, mas dentro daquele ambiente as crianças se sentem autorizadas a serem crianças, a brincar, a imaginar, a ser saudável, a ser médica, a ser professora, enfim, a ser e a representar como quiser qualquer personagem.

Ao serem questionadas sobre o que gostam de brincar dentro da Sala as crianças disseram:

*Jogo de varetas.(T. 4anos)*

*De colar, desenhar, pintar com tinta, jogar joguinho.(J.P. 7 anos)*

*De desenhar, de jogar o jogo da memória é o que eu mais jogo.(J. 12 anos)*

*Brinco de recreação.(G. 13 anos)*

*Gosto de pintar.(P. 6 anos)*

*Cara-cara e brinca de carrinho.(R. 10 anos)*

A preferência por jogos cognitivos das brincadeiras da Sala de brincar provavelmente aconteça pela diversidade de jogos ali existentes e pelo fato das monitoras estimularem estas atividades, uma vez que, conseguem em um único jogo e em pouco espaço, envolver várias crianças.

Um menino ao ser questionado sobre sua brincadeira preferida dentro da Sala diz: *Não, aqui eu não brinco, eu pinto, desenho, já desenhei ali [e onde você brinca?] Ah! em casa, com meus colegas [ e do que vocês brincam?] de joga bola, de caçador. (G. 7 anos).* Conforme o relato das crianças hospitalizadas, na maioria das atividades de brincar realizadas em casa há o predomínio de atividades como correr, pular, trotar e saltar.

#### **4.3.5 O Brincar de correr, de trotar, de saltar e de pular**

A grande maioria das atividades de brincar realizadas dentro da Sala não envolve movimentos mais intensos como, por exemplo, correr, trotar, dançar, pular. A criança é um ser em formação tanto no seu aspecto cognitivo quanto físico e, para tanto, necessita de um certo nível de movimento corporal. O fato de ela estar no hospital não anula tal necessidade. Um fator determinante para que atividades mais intensas ocorram no âmbito hospitalar é o entendimento que os profissionais têm sobre o tema.

Questionamos os profissionais sobre a possibilidade das crianças brincarem dentro do hospital com atividades que envolvam o correr, o pular, o trotar e o saltar: *Acho que não, as crianças tão enfermas. Até assim vai agitar mais o ambiente, né. Acho que mais música. As brincadeiras mais light não de correria de pegar, jogar bola essas coisas acho que não é para ambiente hospitalar. Dançar seria bom.(aux 1)*

Nota-se contradição nas respostas de uma das profissionais. Nesta última fala, por exemplo, a enfermeira acredita que brincar de pegar, de correr iria agitar o ambiente, mas cita a dança como uma boa atividade. Dançar também implica em movimento mais intenso. Este

mesmo profissional que acredita que o ambiente hospitalar iria ficar conturbado com as atividades mais intensas, ao ser questionado sobre “que sugestões você tem para mudar este ambiente em benefício da qualidade de vida das crianças?” Disse: *Uma recreação maior, né. Eu conheço outras recreações em outros hospitais, assim, hospitais menores que esse com uma recreação bem melhor, bem maior com brinquedos infláveis, piscina de bolinha e hospital bem pequeno de interior.*(aux 1)

Ora, tanto os brinquedos infláveis como também a piscina de bolinhas estimulam os movimentos como correr, pular, saltar e trotar. Outros profissionais consideram a possibilidade de inserir movimentos mais intensos perfeitamente viáveis:

*Acho que seria bom que elas pudessem pular, correr, dançar, porque tem criança que, às vezes, fica deprimida porque tá doente, não quer sair da cama, sabe eles são assim são crianças, né, ... apesar dele tá doente assim, não pode ficar sentado, deitado ali o dia inteiro que graça que... a gente que é adulto se tem que ficar na cama fica naquele tédio, assim acho importantíssimo brincar.*(enf 2)

*Ah! Eu acho que o corredor aqui é bem... bem espaçoso, assim. Então apesar do movimento eu acho que permite.* (secret.)

*Muitas vezes, a gente proporciona brincadeiras no corredor, aqui em frente, ali eles jogam bola, jogo de boliche, às vezes até de casinha as meninas brincam. Quando tem crianças pequenas, elas montam aqui na frente, ou aqui atrás. Porque tem mais espaço, tem mais atividade, não só fica sentada”. (monit 2)*

*Algumas vezes, quando a Sala está muito cheia e a criança quer, no caso os meninos, querem jogar bola no corredor é permitido, mas com a nossa orientação sob os nossos cuidados”. (monit 3)*

Apesar desses dois últimos relatos das monitoras, durante a nossa inserção no ambiente, não observamos nenhuma brincadeira orientada fora da Sala de brincar. Um programa de esclarecimento aos profissionais sobre a importância do brincar e do brincar com movimentos mais intensos na vida da criança, especialmente, durante a hospitalização poderia trazer muitos benefícios aos pacientes pediátricos.

A opinião dos responsáveis sobre brincadeiras que envolvem movimentos mais intensos aqui dentro do hospital, como, por exemplo, correr, trotar, dançar, pular é bastante divergente e dividida:

*São... São necessárias principalmente alguns que vem fazer cirurgia precisam de movimentos.(mãe de J.12 anos)*

*Olha eu acho que seria, que eles ficam muito preso, né. Ele mesmo é acostumado lá fora no campo. Isso aqui é uma cadeia para ele. Para ele é... pra ele é uma cadeia. Se tivesse um jardim que desse pra levar ele pro jardim pra brincar. Ele gosta de espaço.(mãe de R.10 anos)*

*Acho até que seria legal se tivesse espaço.(mãe de G.9 anos)*

*Não. O hospital não é para correr.(mãe de P. 9 anos)*

*Eu acho que não nos corredores, por isso mesmo já tem essa salinha de recreação que é pra brincar ali dentro, porque aqui eles têm que... precisam passar com carrinho, né, com as pessoas acho que não. Na salinha acho essencial.(mãe de G.7 anos)*

*Aqui dentro acho que não dá, né, não funciona só se tiver uma área restrita, lá em baixo, mas aí também fica ruim porque tem que ir lá em baixo.(pai de B.8 anos)*

As crianças, ao serem questionadas sobre a possibilidade de realizar a mesma atividade de brincar de casa, ou da escola dentro do hospital, responderam com muita espontaneidade:

*Ué, claro que sim. É só bota umas coisa pra sabe se é gol (B. 8 anos)*

*Dá pra joga, se a tia da escolinha deixa. (L.6 anos)*

*Se tivesse bola sim, mas não tem. [ como tu sabes?] ah eu já olhei lá [na Sala].*

*Eu e o S. queria brinca de joga espaçonave ali [ no corredor] mas a mãe disse que ali não podia, tinha que ser na salinha. (P.6 anos)*

Os pacientes, em sua maioria, não vêem problemas em realizar atividades de maior movimento dentro da pediatria. Qualquer empecilho que se apresente, como falta de objeto ou de espaço, eles com certeza saberiam improvisar e adaptar. Mas, antes disso, precisam ser autorizadas ou pelos profissionais ou ainda pelos pais. Esses, talvez muito mais que os profissionais, temem pela integridade física dos filhos, uma vez que, na visão dos pais ou responsáveis, as crianças já estão extremamente debilitados. Sem dúvida, isto tem um aspecto fortemente cultural, como também é a crença de que se uma pessoa é hospitalizada é porque tem algum problema físico. Desta forma, é prudente para o bom e rápido restabelecimento manter-se pacato.

#### **4.4 HOSPITALIZAÇÃO: A TRANSIÇÃO ECOLÓGICA**

A criança, ao ser hospitalizada, passa de um microssistema – casa, família, escola - a outro, o hospital. Processo que Bronfenbrenner (2002) denomina de transição ecológica. Nesta transição, ocorrem alterações também em seus contextos meso, exo e macrossistema. Seu papel, igualmente sofre mudança. Ela já não exerce somente o papel de filho, aluno, colega, amigo, agora, ele passa a ser também ou, em alguns casos, somente paciente.

Analisando a etimologia da palavra paciente nos deparamos com resignado, sofredor, manso, pessoa que padece, doente (BUENO, 1996). São adjetivos extremamente pesados em se tratando de crianças.

O pesquisador inserido no âmbito hospitalar deve estar atento à forma como são interpretados ou conceituados a saúde, a doença e o corpo pelos envolvidos na investigação. Não há uma regra geral que determine o que é o normal e o anormal, o certo e o errado, o bom e o ruim... dependerá do contexto e da sociedade. Alguns gestos, por exemplo, podem denunciar a qual sociedade determinado indivíduo pertence. Nesta perspectiva, os gestos, os movimentos e as atitudes deixam de ser percebidos como naturais, e passam a ser vistos como socialmente aprendidos e constituídos.

##### **4.4.1 Saúde x Ambiente**

A preocupação por parte da equipe médica e de enfermagem com o ser biológico da criança que está hospitalizada é irrefutável. Entretanto, existem outros conhecimentos igualmente importantes à promoção da saúde que se não são de domínio desses profissionais, o que seria ideal, é preciso encontrar uma forma de suprir, visto que, “no caso da criança a enfermidade e a hospitalização representam, no mínimo, uma forte ameaça à sua integridade emocional” (CECCIM in CECCIM & CARVALHO, 1997 p.33).

Tanto a doença como a internação da criança podem deixar cicatrizes que se inscrevem em seu corpo e mente, influenciando seu comportamento biopsicossocial. Escutar, auscultar e saber ouvir a criança internada a partir da sua doença, mas também reconhecer os sentimentos adendos, pode facilitar um atendimento adequado. Proporcionar informação à criança em um



nível que atenda suas dúvidas, angústias e desejos pode tornar a sua doença e hospitalização em fatores de proteção.

A criança ao ser internada é classificada e codificada de acordo com o diagnóstico dado pelo médico, recebendo tratamento medicamentoso com o objetivo de obter respostas imediatas e dar espaço para outro ou para mais um paciente. Tal concepção percebemos na fala de uma enfermeira:

*A criança entra aqui para receber um tratamento, um tratamento medicamentoso, com uma resposta mais breve possível, e isso é basicamente medicação, né... medicação, exames e avaliação e ele fica basicamente nisso. Então distúrbio de conduta qualquer outra coisa além, foge à alçada, né a gente não tem... não é que não tenha... tem até profissionais, tem os psicólogos do hospital, mas não há interferência do enfermeiro ou de um auxiliar, em observar se essa criança precisa de um acompanhamento, se a família precisa ser cuidada. Ela passa por aqui como mais um né... mais um que tomou medicamento e foi embora, mesmo que depois se encarregue de fazer os acertos, os ajustes.(enf 1)*

A criança, como um ser integral que é, necessita muito mais do que o hospital lhe oferece. A alimentação e os medicamentos mantêm o corpo vivo e até podem curar a doença, contudo, a mente e a alma também necessitam de atenção. A falta deste cuidado pode fazer com que a experiência da hospitalização cause mais danos ao paciente do que a própria doença que a levou para o hospital. Corre-se o risco de curar a doença, mas não o doente que pode reincidir no hospital.

A falta de diálogo entre os profissionais e destes com os pacientes e seus responsáveis é um fator extremamente negativo para a qualidade da saúde ambiental. Se não há diálogo, não há trocas, sem essas o desenvolvimento da rede social fica fragilizado. A troca de idéias, experiências e sentimentos favorece o desenvolvimento de toda a rede social e em todos os seus contextos, não se restringindo apenas ao microsistema pediatria. Parece-nos ser esta uma desconexão mesossistêmica que pode se tornar uma situação de risco ao invés de proteção.

#### 4.4.2 Ambiente hospitalar pediátrico

*Hospital é um lugar que já deprime a gente. Eu fico assim deprimida. É que hospital ninguém gosta.(mãe de T. 3 anos)*

O contexto hospitalar, como instituição, é disciplinar, pois impõe regras, exige obediência às normas. Tal fato leva as crianças e, também, os adultos a acreditarem que neste ambiente não há, ou há pouco espaço para o brincar e, muito menos, aos movimentos mais dinâmicos. Fazer com que as crianças e, principalmente, os familiares e os profissionais- enfermeiros e médicos - tenham uma nova compreensão, lancem um novo olhar sobre o âmbito hospitalar não é tarefa fácil.

Oferecer algum tipo de atividade dentro dos quartos seria algo de extrema relevância, uma vez que, constatou-se, mediante as observações, os diálogos e as entrevistas, que ali paira um ar de angústia, solidão, temor, sentimentos negativos que podem representar fatores de risco, principalmente para a criança e que podem ser amenizados com algum tipo de atividade que as tire da imobilidade e ociosidade.

*Que houvesse todo um agendamento de tempo para que várias atividades diferentes, até dentro da própria enfermaria fossem desenvolvidas, né. (enf 2)*

*Horário 10:20 min - Há 2 leitos nesta enfermaria. Enquanto converso com uma mãe, responsável por uma das três crianças ali internadas, observo outra criança com sua mãe. O menino deitado em sua cama fica olhando para o teto e não é possível descrever sua expressão, ele está inerte. A mãe sentada ao lado de sua cama está praticamente imóvel e com o olhar fixo na direção da janela. Permanecem naquele estado, sem diálogo, praticamente sem movimento até o momento que me dirijo a eles para conversar 10:32 min. (Observação do quarto dia 01/09/04).*

*A criança, quando tá assim no hospital, ela já tá fora do ambiente natural... do ambiente dela assim... então, ela tá fora dali num lugar estranho num lugar onde ela vai sofrer porque se tiver que tomar injeção, geralmente, a criança tem medo. Vai fazer um monte de exame, vai dormir num lugar onde ela nunca dormiu, vai tá no meio de pessoas que ela não conhece, vai se sentir insegura, então acho assim, que a brincadeira acho assim... sair daquela realidade do hospital para não ficar com aquela imagem assim, depois ela vai se lembrar, pô quando tive lá no hospital foi só pra sofrer, mas não, ela pode se lembrar lá no hospital brinquei, fiz alguma coisa diferente. Então, acho assim que é fundamental até prá ajudar a ficar melhor.(enf 1).*

No turno da manhã, a Sala de brincar se encontra fechada, também não são disponibilizados os brinquedos que nela se encontram e não há outras atividades orientadas. A televisão é tida como aliada por alguns profissionais, provavelmente por acreditarem que,

enquanto os pacientes assistem TV, não lembrem de sua situação, da sua condição de doente. (...) *a gente também tem um aliado aqui dentro que é a televisão. E é a televisão a cabo, com muitos daqueles canais de histórias infantis que fica no corredor. Então essas crianças assistem de manhã direto desenhos animados. (enf 1)*

*De manhã, a gente só tem livros a oferecer. Eu gostaria de ler pra eles se tivesse mais tempo, porque tem mães que não sabem ler”. (secret.)* Percebe-se a necessidade de alguma atividade pela manhã, porém não há voluntários e talvez a rotina hospitalar dificulte outras atividades, visto que, pela manhã, há a visita dos médicos e a maioria dos exames. Alguns responsáveis não permitiriam a saída da criança temendo perder a consulta médica.

A profissional fala em humanizar o ambiente hospitalar: *Humanizando, na verdade a unidade de pediatria, também poderia fazer um trabalho não só com as crianças, mas com as mães das crianças também né, que também precisam.(enf 1)*

Encontramos em Bueno (1996) como significado do vocábulo humanizar: tornar humano, civilizar, tornar tratável. Se assim for, entende-se a urgência de tal transformação. E esta deve-se estender não só à criança, mas também aos demais que se encontram ou têm alguma relação com o ambiente, como os profissionais e os responsáveis.

*(...) muda totalmente a rotina de casa, aqui ela tem hora para tomar banho, aqui ela tem hora para o lanche, tem hora para... aqui ela tem hora para tudo, aí então, com certeza é totalmente diferente da maneira de viver em casa e isso aí afeta ela na receptividade com todas as pessoas, porque além de ser um grupo grande, é um grupo cíclico né, elas até se adaptarem a enfermagem acredito que seja... um tempo de convivência que consegue uma proximidade com a gente né, mas a proximidade de preferência de coisas boas, né, não uma proximidade porque tu vai dar a injeção, e sim a televisão que tu vai ligar a Salinha que tu vai indica que ela participe de brincadeiras de televisão, então, de estímulos bons, né.(enf 1)*

Nós adultos temos receio do desconhecido, o que dizer das crianças? Os próprios profissionais que trabalham no hospital o consideram um local frio, horrível. O que esperar, então, dos pacientes que se deparam com vários novos ambientes dentro da pediatria, como a enfermaria, o posto de enfermagem, muitos corredores, nos quais circulam macas, cadeiras de rodas, pessoas desconhecidas. Enfim, é um universo novo e pode ser assustador. Alguns procedimentos são realizados no posto de enfermagem como as punções. Este procedimento, de

acordo com os participantes da pesquisa, é doloroso e invasivo, e pode ser um fator potencialmente traumático para a criança.

A sala de enfermagem é pouco convidativa. Além do mobiliário – mesas, cadeiras, prateleira, balcão – há os medicamentos, material de higiene e outros. Não existe ali uma decoração como nos corredores. Alegria o ambiente, não é o suficiente, mas poderia minimizar o medo das crianças e talvez também “contaminar” o humor dos profissionais.

*Tipo assim... no caso medicação, essas coisas assim, a criança só fica com medo, então tem crianças que quando chegam aqui no hospital que já tiveram aqui elas chegam aqui daquela porta [se referindo à porta de entrada do posto de enfermagem] pra cá onde o pessoal faz punção essas coisas assim, daquela porta elas não querem passar, chegam ali e não querem passar, parece que da porta para cá tem uma barreira e tem crianças que já vi assim que vem aqui e perguntam pela salinha de brinquedo, a salinha de recreação”.(secret.)*

Não há dúvida de que a existência da Sala de brincar ameniza e muito os sentimentos negativos aos quais a criança é exposta no ambiente hospitalar. A Sala e os brinquedos ali existentes não são determinantes para que o brincar ocorra, mas, sem dúvida, é um grande estímulo para desencadeá-lo. *A paciente G. que passou muito tempo dentro do hospital, teve sua permanência facilitada pelas atividades do projeto. Mesmo ela estando numa cadeira de rodas, ela ia todos os dias empurrada por alguém até à sala. (monit 1)*

Se nós, adultos que contamos com recursos psicológicos, decorrentes da maturidade cognitiva, para administrar situações inusitadas tememos o hospital e tudo o que se relaciona a ele, o que esperar das crianças?

*O colorido é imprescindível e necessário né, porque é muito feio, muito horrível o hospital simplesmente as portas os corredores né, então, tem que mudar trazer o ambiente mais parecido ou mais acolhedor para que a criança se sinta melhor (enf 1).* Não basta colorir o ambiente, é preciso “colorir” e alegrar também os profissionais, os responsáveis e todas as pessoas que têm algum contato com a criança durante a hospitalização. Talvez a mudança de comportamento e de atitudes destas pessoas, no sentido de incorporar o brincar em suas ações, seja mais importante ou mais eficaz na melhoria da qualidade de vida do paciente do que a implementação de brinquedos ou da ampliação de espaço físico.

*Eu acho assim que era para ter mais atividade aqui no hospital, mais atividade, não só a recreação à tarde, uma atividade de manhã, à tarde e até à noite, porque não? Assim... até uma hora do conto uma coisa assim, botar leitura, botar sei lá... botar mais alegria, sabe. Tanto até na equipe de médicos e enfermeiros, assim (secret.).*

Acreditamos ser necessário um programa destinado aos profissionais que oriente e esclareça-os sobre os benefícios do brincar no desenvolvimento da criança. É preciso que estes (re) aprendam a brincar, a valorizar esta atividade tão primordial ao desenvolvimento saudável da criança, especialmente se esta estiver passando por uma situação potencialmente traumática como a hospitalização.

*Com certeza deveria haver um local para terapia ocupacional para os pacientes internados, não tô falando de pediatria, tô falando de clinica médica, pacientes idosos com muito tempo de internação deveria ter uma boa Sala de estar onde se pudesse fazer alguma atividade ou dançar, ou ouvir musica, ou costurar, ou fazer tricô, desenhar, por que não né? Acho que isso é um pouco de humanização hospitalar da gente se preocupa com isso aí (aux 3).*

Alguns profissionais sugerem mudanças em outros setores do hospital, mas não visualizam ou talvez não priorizam a pediatria, seu local de trabalho. Falam em humanização em outros setores e não entendem a relevância de tal transformação para a pediatria que atende pessoas em formação. Sugerem a existência de uma boa Sala - entendeu-se tal termo como sinônimo de grande, espaçosa, bonita – com atividades diversificadas como música, desenho, dança para atender pacientes adultos e poucos mencionaram estas atividades para as crianças.

*(...) é atender a criança como um todo, ela tá precisando justamente de estímulo, de estar se sentindo bem neste ambiente hospitalar, né. Então, há muita falta disso, né. Este espaço[sala]... até a própria televisão tenta suprir, né a outra parte falha (enf 1).* O profissional denomina humanização: tratar a criança na sua integralidade não apenas a doença. No ambiente hospitalar a separação do ser em corpo e mente é evidente. E mais, ambos são cada vez mais fragmentados. Capra (1982) afirma que, com o avanço tecnológico da medicina, os médicos transferiram gradualmente a atenção do paciente para a doença. Estuda-se, cada vez mais e com maior profundidade, partes cada vez mais ínfimas.

A profissional afirma ainda que, principalmente pela criança estar no ambiente hospitalar, ela necessita de estímulos que a faça perceber que não está fragmentada ou limitada. A enfermeira entende que a Sala de brincar e a televisão são tentativas de suprir uma deficiência causada pela falta de estímulos para tornar o ambiente mais alegre.

A criança fala do hospital como sendo um local bom para se estar, porém não doente. *Tando doente não dá para brincar direito na Sala* (fala de B. 8 anos da pauta de observação da sala). *É... eu acho... é o hospital é bom, mas só acho ruim por tá doente aqui* (G. 9 anos). Em ambas as falas, é possível perceber que os meninos se referem à Sala de brincar. O hospital também é considerado bom porque existem pessoas para brincar e porque oferece alimentação. *É bom, porque tem gente pra brincar com a gente. A gente lancha, a gente brinca bem aqui dentro.*(R. 10 anos)

Pode-se inferir, a partir dos relatos acima, que as crianças ao serem hospitalizadas têm constantemente os cuidados da mãe, em regime de dedicação exclusiva, situação que, provavelmente, não ocorre em casa, por terem outros irmãos, pela sobrecarga do trabalho doméstico ou porque a mãe trabalha fora. Ou ainda, estas crianças, em casa, ou em outro contexto por ela freqüentado, como creche ou escola, não têm o cuidado, nem a atenção à ela dispensados como no período de internação, pelo acompanhante, pelo enfermeiro, pelo médico, pelo monitor e/ou demais profissionais existentes no hospital (NOVAES, 1998).

É característica das crianças responderem aos questionamentos de forma breve, mas, por outro lado, são bastante sinceras, como se percebe nas falas abaixo:

*Não gosto daqui.*(J. 12 anos)

*Não me sinto bem.* (G. 13 anos)

*Ah! queria tá em casa.* (P.6 anos)

*Não tem nada para fazer.*(V. 12 anos)

As crianças, em geral, apresentam alguma queixa com relação ao ambiente hospitalar. As mais citadas se relacionam à falta do que fazer, o brincar limitado, ou ainda ao relacionamento com os profissionais da enfermagem. As falas referem-se à pergunta o que você não gosta daqui do hospital:

*De algumas enfermeiras. Tem umas que são umas égua vestida.*(G. 13 anos)

*Não gosto muito daqui... aqui brinco na verdade só depois das duas e meia quando abre a Sala ali (...)*(G.9 anos)

*Não gostei de não fazer nada aqui.* (J.12 anos)

Nas falas abaixo, que são respostas à pergunta: como você gostaria que fosse o hospital? Pode-se perceber que se as crianças pudessem construir ou (re) inventar o hospital, este permitiria

o brincar livre em todos os ambientes, a presença dos pais, familiares e amigos sem limite ou horário pré-estabelecidos, enfim, seria algo semelhante ao seu lar.

*Que a mãe e o pai ficassem sempre comigo.(R. 10 anos)*

*Que desse para correr e jogar futebol. (J.P. 7 anos)*

*Ah! Que tivesse um espaço assim, que quando tivesse fechado ali tivesse outro espaço para brincar.(J. 11 anos)*

*Queria que fosse normal.(A. 6 anos)*

As crianças não conseguem definir muito bem o ambiente hospitalar pediátrico. Embora seja um local para o atendimento de crianças, ali circulam muitas pessoas adultas sérias, preocupadas e as crianças que ali estão, estão doentes, e, geralmente, em seus quartos, ou em suas camas. A doença, em geral, é associada por elas com não brincar. Qual a criança que nunca ouviu uma frase semelhante “não corre pé descalço que vais ficar doente”. E se ficar doente vai para o hospital. Se for para o hospital não vai poder correr, se não puder correr não vai poder brincar. Se não puder brincar não poderá ser feliz. Então hospital não é lugar de criança?

A menina G. de 13 anos, internada há 45 dias, responde ao ser questionada sobre visitas de amigos: *Elas queriam me visitar, mas uma não pôde entrar e a outra precisa cuidar da irmã dela.* [Por que ela não pode entrar?] *Não sei porque, ela veio até aqui, aí o porteiro não deixou ela entrar.* [Por que?] *Acho que porque aqui não é lugar de criança.* [Mas ela é pequeninha?] *Não ela tem 13 anos... não sei porque.* Ou seja, a criança que pretendia visitá-la tinha a sua idade.

A não permissão de visitas de crianças “saúdáveis” ao hospital certamente é justificado pelos riscos à saúde que este ambiente oferece. Não vamos discorrer sobre este fato, pois, isto implicaria em realizar estudos aprofundados sobre o tema, porém, queremos deixar algumas questões para reflexão: a saúde de quem, neste caso, corre maior risco? Será que o ambiente externo não oferece riscos tanto ou mais significativos do que o hospitalar? Ou ainda, porque não pensar em um ambiente fora da pediatria, no qual os internos pudessem receber visitas de outras crianças do mesossistema?

É importante para a criança internada manter uma conexão com o ambiente escolar e familiar, ainda que esta seja por meio de uma ligação indireta, ou seja, mediante uma pessoa que tem contato direto com os contextos micro e meso. Manter vínculos, contato com a maior quantidade possível de pessoas da rede social é, sem dúvida, um fator de proteção para a criança hospitalizada. Bronfenbrenner postula que “a diáde é o bloco construtor mais versátil da estrutura

ecológica: ela também é o protótipo funcional para definir as condições ótimas na operação do mesossistema como um contexto desenvolvimental” (2002 p.159).

Levando em conta o público atingido no contexto hospitalar, crianças, responsáveis, profissionais, este pode ser um local privilegiado para atuarmos como Educadores Ambientais. Conforme Sato (2003), ao tratar de técnicas e metodologias em Educação Ambiental é recomendado: “ a utilização de jogos, simulações, teatros e outras novas metodologias que auxiliam na familiarização dos estudantes com os problemas ambientais”(p.41), como, por exemplo, a qualidade de vida e da saúde ambiental dentro do contexto hospitalar pediátrico.

#### **4.4.3 Além da fronteira do microssistema pediatria**

A criança hospitalizada, normalmente, não recebe nenhum tipo de esclarecimento por parte dos profissionais sobre os procedimentos que realizaram ou realizarão com ela. Conforme as informações obtidas, a enfermagem tem ciência desta necessidade. Ao ser questionada sobre os sentimentos da criança em relação à equipe de saúde: médicos, enfermeiros e psicólogos a profissional respondeu: *é insegurança realmente, ela não sabe o que vai acontecer com ela, ela não sabe que no momento seguinte vai ter uma injeção, no momento seguinte vai vir o termômetro, né”* (enf 1). Contudo, não percebe-se nenhum empenho por parte da equipe de enfermagem para atenuar este sentimento de insegurança.

Em alguns casos, quando do horário do medicamento, as crianças que se encontram na Sala de brincar são chamadas pelos profissionais para irem até o posto de enfermagem ou aos seus quartos para tomarem seu remédio. Em outros casos, os enfermeiros medicam a criança dentro da Sala de brincar, como relata uma das monitoras: *Às vezes, elas estão aqui na salinha e é feito a medicação aqui na salinha. Na hora que vem o medicamento, eles ficam meio estranhos, com medo, mas depois a enfermeira vai embora parece que eles esquecem que tomaram medicamento, que fizeram injeção ou qualquer coisa do tipo. (monit 1)*

*A enfermeira entra na Sala e chama uma das crianças pelo nome. A criança está sentada no chão empurrando um carrinho e imitando o barulho de um caminhão. Não levanta a cabeça. Sua mãe não se encontra na sala. A enfermeira se aproxima e pede que a criança tome o remédio. A criança levanta*



*a cabeça toma o medicamento e continua brincando. A enfermeira se retira sem dizer nada (Pauta de observação da Sala de brincar).*

*A mãe entra na Sala e pede ao seu filho que vá junto com ela tomar uma injeção. O menino sentado à mesa, juntamente com outras crianças, colorindo um desenho com giz de cera, diz para ela esperar. A mãe retruca que não pode esperar que a enfermeira o aguarda e que está na hora da medicação. O menino diz: ah! mãe, depois. A mãe responde: vou pedir mais uma vez. O menino nada fala. A mãe pega-o pelo braço e faz ele levantar. Ele tenta se esquivar, mas a mãe o conduz para a porta de saída da Sala. O menino começa a chorar e é possível ouvir seu choro do posto de enfermagem. (Pauta de observação da Sala de brincar)*

A transição ecológica da casa para o hospital pode ou não ser um sofrimento para a criança. Em geral, o sofrimento ocorre. No hospital, o brincar pode ser um elo entre os microsistemas, entre a escola que é comumente reconhecida como um local de aprendizagem e a casa, local onde a criança exerce o brincar livre e, na maioria das vezes, com prazer. (...) *A gente é [ou deveria ser] um facilitador deste intercâmbio hospital e escola-hospital-casa (enf 1).* Se todos, ou pelo menos a maioria dos profissionais, tiverem esta compreensão expressa pela coordenadora da Sala de brincar e tentarem fazer este elo, as crianças já terão um ganho extra.

Algumas crianças associam o ambiente da Sala de brincar ao contexto que já freqüentam, como uma creche onde também há vários brinquedos ou com a escola onde existe a figura da professora lhe dando atenção. Talvez este seja um dos motivos pelo qual algumas crianças associam e chamam a Sala de escolinha. Nota-se que o microsistema que hoje é a pediatria se (con)funde com o atual mesossistema, do qual faz parte a escola e que antes da internação era o microsistema.

*(...) algumas vezes, eles identificam aquilo, aquele espaço com alguma coisa parecida com aquilo que eles tinham e interromperam por estar aqui no hospital, né. Ou eles estavam numa creche, ou estão no pré-escolar, ou eles estão realmente na escola e pintam, desenhavam, jogam e têm a referência com a escola, então talvez seja por isso.(enf 1)*

Não é raro crianças perderem o ano letivo devido ao tempo que passam no hospital. Um acompanhamento psicopedagógico poderia sanar este problema. Para tal, é importante que os trabalhadores da saúde tenham um olhar para a criança como um ser-em-desenvolvimento integral e sistêmico na sua essência. Os acontecimentos do microsistema pediatria interferem no microsistema escola e no mesossistema escola-casa. Assim como a cultura e subcultura do macrossistema também. *Eu infelizmente não posso assim... não dá, mas eu te falei que eu tenho vontade de fazer isso né, lê historinha pra eles, até o tempo que ficam aqui, às vezes, é muito*

*tempo, não vão à escola, falta assim exercitar esse lado da educação, mas não consigo participar assim dali[da Sala de brincar]. (secret.)*

É preciso ultrapassar as fronteiras do microsistema. O desenvolvimento é maximizado quando os papéis de diferentes ambientes forem compatíveis. Estes papéis, as atividades e as díades que a pessoa desenvolve devem envolver confiança mútua e consenso entre os ambientes freqüentados pela pessoa (BRONFENBRENNER 2002). Desta forma, seria bastante positivo para a criança continuar a exercer seus papéis dentro do novo microsistema, como, por exemplo, realizar as tarefas escolares, brincar, interagir com o maior número possível de pessoas de sua rede social. Estas ações poderiam, além de potencializar o desenvolvimento, encorajá-la a enfrentar e superar os prováveis traumas oriundos da hospitalização.

#### **4.4.4 A percepção dos cuidadores – profissionais e responsáveis – sobre os sentimentos da criança em relação ao ambiente hospitalar**

Questionados sobre o conhecimento que a criança tem de sua doença, os responsáveis pelos pacientes responderam:

*Sabe de tudo. Ele nem quer comer nada de sal, nada, nada, nada.(mãe de G. 9 anos)*

*Tudo. O doutor explicou o que pode acontece e o que não pode, que pode dá hemorragia que tem que ficar deitadinho, não tá comendo desde que internou.Tá bem informado.(mãe de J. 12 anos)*

*Não... ela não tem essa noção. Ela tem saudade da casinha dela, ela sabe que tá num lugar diferente... agora acho que ela tá mais acostumada, mas antes acho que ela tomava mais como uma agressão... ela chamava o hospital de o dodói. Ela passava na frente[do hospital] e dizia ali tá o dodói.(mãe de T. 3 anos)*

*O médico falou tudinho para ela.(mãe de P. 9 anos)*

*Sabe. O médico explicou tudo, ele tá por dentro de tudo que ele tá passando.(pai de B. 8 anos)*

Embora a maioria dos responsáveis afirmem que as crianças sabem tudo sobre sua doença, estas crianças, ao serem questionadas, demonstram não ter muito conhecimento:

*Tô aqui porque tô doente. [doente do que?] Não sei. [ não te explicaram?] Não.* (B. 8 anos)

*Pra fazer cirurgia no fêmur. [ como assim?] ah! sei lá.*(G. 13 anos)

*Ué, porque tô doente. Tenho anemia. [ e porque será que isso te acontece?] não sei não.* (P. 9 nos)

É preciso considerar que as crianças, muitas vezes, têm uma forma de compreensão bastante diferente do que os adultos concebem. Deve-se estar atento ao seu nível de compreensão e lhe dar informações que satisfaçam suas curiosidades, ir muito além delas poderia gerar dúvidas as quais elas ainda não são capazes de compreender. Por outro lado, não se deve subestimar a capacidade de compreensão das crianças (WALLON, 1989). Os profissionais e os responsáveis não têm clareza sobre o desenvolvimento cognitivo da criança.

Os responsáveis, em geral, não sabem como falar da doença aos seus filhos. Algumas vezes, porque eles próprios não têm conhecimento sobre a doença; outras vezes, o têm, mas não sabem se é conveniente contar aos filhos.

*Ele perguntou no primeiro dia quando foi baixado. Aí tinha uma mulher perto de mim e ela me ajudou porque eu não ia sabe como explica. Aí ela disse, ah é porque tosse, começa a tossir (mãe de G. 7 anos)*

*É complicado falar da doença porque ela só tem seis anos, não entende nada.*( pai de L 6 anos)

Também há casos em que os adultos explicam a doença de uma forma bastante infantil, por acreditar que a criança ainda não consegue compreender ou para não amedrontá-la. Porém, quando as questionamos, algumas conseguem dar explicações mais aprofundadas do que os adultos acreditam. *Tenho uma doença que não posso comer muito sal, que sobe a pressão e eu fico inchado.* (G. 9 anos)

As crianças movidas pela curiosidade, mas também por receio, angústia interrogam os médicos sobre sua doença, visto que os pais não sabem ou não querem lhe dar esta explicação. *Pergunta tudo, né. O médico não mente fala a verdade. Só que a gente tenta empurra a comida e ele não come, nada nada. Até mandei chamar o pai dele para ver se ele come.*(mãe de G. 9 anos)

Os responsáveis foram questionados sobre os sentimentos da criança com relação à doença. O que eles perceberam ou o que o paciente manifestou:

*(..) logo de noite ele tava dormindo né, aí ele ficou todo agitado, acho que tava sonhando, porque ele não tava acordado, aí tentei acordar ele. Aí ele*

*ficou emburrado, acho que deslocado, gritando comigo. Aí agarrei ele, e fiquei assim, fui ali no posto de enfermagem, aí ela[a enfermeira] me disse: te acalma e veio falar com ele. Ela perguntou: Como é teu nome e ele disse: Gabriel. Mas assim com aquele tom de brabo, invocado. Aí eu disse pra ele: Calma Gabriel e ele respondeu: que calma Gabriel. Aí liguei pra casa, pra falar com meu marido porque com meu marido ele se acalma. Aí ele foi falar com ele [no telefone] e o Gabriel começou a chorar. Acho que se sentiu mal, porque saiu fora da rotina dele. Até o 1º dia tava bom já no 2º, foi isso. (mãe de G. 7 anos)*

*Teve, ele teve medo. O único medo dele era botar o soro, né. A colocação da injeção. Daí o enfermeiro foi muito legal, teve uma paciência de... Deus conversou com ele, que ele não notou, ele nem gritou saiu muito bem. (mãe de G. 9 anos)*

*No início, ele tava com bastante medo, mas agora até que ele já tá acostumando. (pai de B. 8 anos)*

*Porque ele nunca tava baixado depois de grande. (mãe de J. 12 anos)*

*Ela se queixa que tá cansada, que tá ruim. (mãe de P. 9 anos)*

*Ele tinha bastante medo. Tava bastante assustado. (mãe de R. 10 anos)*

Aparentemente, o maior medo das crianças é em relação ao novo, ou ainda, ao desconhecido. Principalmente ao ambiente e aos procedimentos. Bronfenbrenner (2002) explica que, ao ingressar num novo ambiente, a capacidade desenvolvimental da pessoa é aumentada na medida em que recebe informações relevantes do ambiente que freqüentará.

Mesmo que a mãe, em geral, represente afeto, carinho, segurança, algumas crianças necessitam da figura do pai para se sentirem tranqüilas. Visto que o pai, assim como a mãe, também representa uma díade de ligação. Manter o contato, no novo contexto, com as pessoas que fazem parte dos outros contextos freqüentados pela criança é extremamente positivo ao seu desenvolvimento (BRONFENBRENNER 2002). Se conforme Bronfenbrenner (1990), o tango da família é dançado a três, o pai pode representar a terceira parte.

Ao serem questionados sobre os sentimentos da criança em relação aos médicos e enfermeiros, os responsáveis responderam:

*Até às vezes eles vão brincar, os enfermeiros vão brincar com ele, aí ele solta as patas neles e aí eu chamo a atenção dele, ele não pode fazer isso.(mãe de J. 12 anos)*

*Ele só tem medo de toma injeção. E com os médicos ela tá normal deixa que eles escutem. Mas a 1ª vez, logo que ele saiu do P.S e veio pra cá, ele já olhou meio torto pro médico que ia examinar ele. Não sei o que ele tem na cabeça, acho que ele sempre pensa que vai tomar injeção,*

*ele tem pânico de injeção. Aí eu disse te acalma e ele sempre com aquele olhar de medo assim. Aí ele se sentiu mais seguro por causa de mim. (mãe de G. 7 anos)*

*Quando as enfermeiras entram no quarto, ele não se apavora. (irmã de J. 12 anos)*

*O G. é uma pessoa assim, chega a ser às vezes mal-educado, quando simpatiza com alguém trata bem, mas lá, no 2º piso na cirúrgica se estressou com uma enfermeira porque ele é sincero, ela chamou ele de cara feia porque tava com fome e ele já xingou ela. Mas ele se dá bem, conversa chama de tio, não tem muita vergonha não. (mãe de G. 9 anos)*

*Depende... uns eu acho que ele se agrada mais, sei lá... mas têm outros ele tem mais medo. (pai de B. 8 anos)*

*Bom. Ela já tá acostumada. (pai de L. 6 anos)*

*Ele sabe que o pessoal tá aqui para ajudar, às vezes, tem que fazer uma vacina. (mãe de R. 10 anos)*

*Ah! não sei, ela se relaciona bem com eles. (mãe de P. 9 anos)*

O fato da criança agredir os enfermeiros verbalmente pode representar ou indicar sentimentos de medo e atitude de defesa ao “ataque” do desconhecido, ao contrário do que os responsáveis acreditam. Novaes (1998), ao tratar de manifestações psíquicas dos pacientes pediátricos como o choro em diversas intensidades, o abatimento, a tristeza, a irritabilidade, a agressão, a inquietude e a revolta acredita que estas podem ser de responsabilidade da depressão instalada na ocasião da internação. Momento em que a criança dá-se conta de estar em um local desconhecido, cercado de pessoas estranhas, perdendo momentaneamente o controle da situação.

Se fossemos classificar numericamente os sentimentos de medo dos pacientes com relação ao ambiente, provavelmente, o medo da injeção seria o nº 1 do ranking. Porém, a maioria, após receber injeções, perde ou ameniza este sentimento. Possivelmente, por já não ser mais um procedimento desconhecido.

Não há, no local, nenhum trabalho dos enfermeiros e médicos para esclarecer as dúvidas dos pacientes, seja em relação à sua doença, ou aos procedimentos médicos e a rotina do hospital. Saber o que e por que está sendo realizada determinada intervenção poderia amenizar os sentimentos de medo e angústia, tanto dos pacientes como de seus responsáveis. Como expressa a enfermeira em sua fala:

*Quando chegam, não sabem o que vai acontecer com eles, depois que sabem não querem saber dos enfermeiros. Eles têm mais medo de nós. As mães*

*pensam que nós judiamos deles e falam isso para as crianças. Nem o médico é uma figura negativa, porque eles só diagnosticam e nós fizemos a medicação, seguramos a criança.(enf 1)*

Questionados sobre os sentimentos da criança em relação à equipe de saúde, os profissionais responderam:

*Ah! é com receio... essas crianças não são... não são... espontâneas né, em contato com a enfermagem, não se sentem bem, na verdade elas não se sentem bem. (enf 1)*

*Acho que ela se sente amedrontada, sinceramente acho que ela se sente amedrontada. Porque ainda o médico, assim ó, a criança ainda não entende, no caso o médico e o enfermeiro e o auxiliar o que acontece, o médico prescreve, a enfermeira né, fica ciente, ou ela ou o auxiliar executam. Então o auxiliar geralmente é o que executa o que o médico prescreveu. (secret.).*

*Elas sentem medo. Isso não tem dúvida. As psicólogas talvez não, mas das enfermeiras eu sinto que elas têm medo. Mesmo que elas façam tudo para não sentir, brincam, mas... (monit 2)*

*Acho que eles não temem tanto o médico, eles acham que não é o médico, mas na verdade é o médico que prescreve, então acho assim que não temem tanto os médicos como temem os enfermeiros. (aux 3)*

Os profissionais, unanimemente, acreditam que os pacientes têm algum tipo de medo com relação aos enfermeiros ou às intervenções e procedimentos que realizam. Os sentimentos com relação à equipe de enfermagem são variados, contudo, todos têm conotação negativa: receio, retração, insegurança, medo.

Segundo relatos dos enfermeiros, apesar de ambos, médico e enfermeiro, serem profissionais “brancos” da saúde, executam de forma bastante distinta seu trabalho e também representam figuras diferentes para a criança. O médico é o profissional “bonzinho” que vai ao paciente conversar, às vezes, faz piada, brinca e é bastante esperado pelo paciente para receber um parecer de seu estado clínico. Já o enfermeiro, mesmo seguindo as instruções prescritas pelo médico é, muitas vezes, tachado de insensível não apenas pela criança, mas, muitas vezes, também pelo seu responsável.

*A receptividade é pior para o lado da enfermagem porque o contato é maior né, então, o médico vai pega o esteto, coloca no menino ou na menina, brinca, bota um bichinho, olha a gargantinha, entendesse? E a enfermagem é a ação em si né, é o procedimento, e aí, às vezes, tem a dor no meio, tu é... tu usa as técnicas... os procedimentos são invasivos e tu fere as crianças pela sua*

*integridade. Então, o relacionamento da enfermagem é muito mais difícil com a criança do que com o médico. O enfermeiro cuida e o médico examina. (enf 1)*

O cuidado humano é característica do trabalho da enfermagem, isto a diferencia do médico (CECCIM, 1997). Tal afirmação também está implícita nas falas das enfermeiras:

*O médico vai ali examina o paciente, dá uma lida nos exames e vai embora, vai embora assim né, se são chamados eles vem, mas assim de ficar com a criança não, quem fica com a criança é a enfermagem (...)* (enf 1)

*(...) a enfermagem tem um maior tempo de contato do que o médico com o paciente ou a criança. A enfermagem fica 24hs".* (enf 2)

Aparentemente, os médicos não têm o hábito de explicar ao paciente as implicações de sua doença nem os procedimentos que a enfermagem precisará executar.

*Até as mães, às vezes, se revoltam com as gurias, né, as mães ficam revoltadas acham que as gurias querem espetar, essas coisas assim que tão maltratando.(secret.)* As mães, provavelmente por desconhecimento, acreditam que a enfermagem é insensível à dor de seus filhos.

*Eu sinto que a criança tem um pouco de... quando a gente entra que é de branco né, um pouco de medo, sabe, vai me fazer alguma coisa que vai me doer, sabe, a gente tem que chegar com muito jeitinho, né (aux 1).* A maioria dos profissionais justifica o medo da criança em relação à equipe de enfermagem devido ao uniforme branco. Por outro lado, acredita que a criança não teme o médico, entretanto este também veste uniforme branco. Então, podemos deduzir que o branco do uniforme pode causar um estigma, mas este não é o principal temor do paciente. É provável que, mesmo colorindo os uniformes, as crianças ainda temerão os enfermeiros.

Em razão do volume de procedimentos executados no paciente, a equipe de enfermagem tende a passar bastante tempo junto à criança e sua família e, portanto, suas práticas de cuidado são muito importantes. Daí,

a importância de se preparar a equipe na identificação de sentimentos de insegurança, de condutas que demonstrem cansaço, irritação e que podem prejudicar o relacionamento de pais/criança com a equipe. Além de estarem atentos para esses aspectos, todos devem conhecer características de cada faixa etária e as fases evolutivas da infância e da adolescência (ZAMO *et al*, 1997 p.177).

Ambos, médicos e enfermeiros são cuidadores, mas têm formação e práticas diferentes. É preciso (re) pensar a conduta destes profissionais, no sentido de harmonizá-las para atender a criança de forma integral.

#### 4.4.5 Estruturas interpessoais na Sala de brincar

*Essa menina que te falei que fazia esse desenho e contava essas histórias da Maria degolada, que ia ter uma pessoa sangrando! Era pequenininha, não ia na escola ainda. Achei bem legal...tinha uma guriazinha que era muito, muito quietinha, muito envergonhada, ela veio de Santa Vitória... e aí... sei que ficou só eu e ela por dois dias e ela adorou...ela dizia “ a tia é minha melhor amiga” e eu ficava fascinada...e a gente brincava de casinha, a gente montava aquelas caixas, montava uma casinha aqui [em cima da mesinha] passava a tarde inteira brincando. Ela ficou assim...Ela adorava...ela tinha um remédio para tomar ela ia correndo...voltava e gostou. E a gente ficou muito amiga. (monit 1)*

*Que nem a G [menina que fez cirurgia e ficou hospitalizada por volta de 45 dias], às vezes, a gente se trocava cartinha, bilhete...de amiga, acho bem legal (monit 1).* As crianças, durante o brincar, podem revelar sentimentos como sofrimento e angústia. A presença de um profissional que saiba fazer uma leitura do comportamento da criança, compreender e auxiliá-la neste momento pode, além de favorecer seu desenvolvimento, propiciar uma melhor qualidade de vida durante a hospitalização.

Os relatos sobre a importância da Sala de brincar para as crianças são vários. A afirmação de Novaes (1998) de que quanto maior o tempo de internação maior é a necessidade de brincar também percebe-se nas falas dos participantes.

Constatou-se também que tomar medicamento ou se submeter a algum procedimento, mesmo invasivo, torna-se menos doloroso quando as crianças se encontram brincando na Sala de brincar.

O convívio com os profissionais do hospital pode favorecer o desenvolvimento da criança. As díades podem representar construção de fatores de proteção.

*(...) às vezes, a gente dá balão. Outro dia, tinha uma família aqui hospitalizada com cinco irmãos, e aí assim né, eles já deviam tá cansados de tá dentro do hospital. Aí, eu tinha uns balões aqui, aí eu dei, só que faltou, daí a*



*gente pegou as luvas e fizemos uns balões para eles e desenhei no balão e tudo, aí eles ficaram brincando, foi divertido para eles”.*(secret.)

*A primeira expectativa [ao entrar na Sala] é grande. Quando abrem, é um deslumbre, depois, já se acomodam ficam mais tranqüilos, mais participativos, até então, eles ficam super agitados (...). O 1º momento é de descoberta do ambiente, depois já é uma atividade mais organizada, ela já sabe qual é o espaço que ela tem, as coisas que têm dentro da Sala e ela mesmo partilha com as outras crianças, né (enf 1).*

Ao falar em partilhar, a profissional referia-se a compartilhar brinquedos ou determinadas atividades. No entanto, neste espaço pode ocorrer muito mais que isso. Como há uma grande diversidade no que tange à faixa etária, observou-se diversas vezes uma criança observando a atividade de outras crianças, ou, conforme Bronfenbrenner (2002), uma díade observacional. Outras vezes, constatou-se díades de atividade conjunta, ou seja, as crianças, algumas vezes, se percebiam realizando a mesma tarefa ou, como diria o profissional de enfermagem, *ela partilha de um convívio social. (enf 1)*

Alguns, poucos, responsáveis acompanham as crianças até a Sala, permanecem no ambiente só observando-as. Outros ficam nos quartos descansando ou fazendo alguma atividade, ou ainda, saem do hospital para fazer ou buscar algo. Na maioria dos casos, principalmente quando a criança tem idade superior a três anos, deixam-na sozinha.

*Tem mães que participam, vejo que tem mães que ficam ali na salinha, mas muitos deixam as crianças ali e saem. (aux 3)*

*Eles [as crianças] demonstram uma receptividade enorme com a sala, com os brinquedos, as pessoas da sala.(enf 1)*

Há casos em que a hospitalização que é tida como um fator de risco em potencial, pode tornar-se um fator de proteção, principalmente, pela existência da Sala de brincar. Vejamos, por exemplo, o relato da mãe ao ser questionada sobre o estado da criança de 3 anos após a internação:

*Acho que pela primeira vez ela tá feliz em sair da casinha porque ela tem medo de brinquedo [medo de brinquedo?] É ela dizia: não quero pegar, tenho medo, medo. Ela não podia nem ver. E agora olha como ela tá no meio do movimento. Ontem também ela brincou no meio desse movimento. Lá em casa e na psicóloga, tem muito mais brinquedo do que aqui e ela diz dodói quando a gente quer dar alguma coisa. E aqui ela tá o tempo todo brincando. Ela batia de noite aqui. Ontem de noite, ela ficou batendo na porta aqui queria brincar. Ela sempre foi mais quietinha, na dela, no canto. Acho que ela tá aqui na Sala é importante, o contato com as outras crianças também é muito importante (...)*

*ela tá em tratamento com a psicóloga há 2 meses, mas ela não desenvolveu nada. [ No consultórios] mais eu conversava com ela, ficava distraído. Ela tinha pavor de boneca, aqui até as boneca ela conseguiu pegar. Acho que é as outras crianças.(...) em casa ela brinca pouco. Brinquedo eletrônico nem pensar, é como te falei, o que faz barulho ela tem medo. A gente tirou a pilha prá ela olhar porque com pilha ela não chega nem perto. Ela tinha um passarinho muito bonitinho assim, eletrônico que batia asinha, cantava, também a gente teve que jogar ele fora pela janela, numa árvore prá ela saber que ele tinha ido embora. Um cachorrinho que ela ganhou no Natal que late ela não queria nem saber. E aqui ela nem deu bola. [enquanto a mãe era entrevistada, ela brincava com um pianinho eletrônico. Perguntamos: mas quando vocês perceberam que ela mudou o comportamento?] No primeiro dia, ela tava um pouco tímida, mas no segundo dia ela se enturmou no meio das crianças e não parou mais.(mãe de T. 3 anos)*

A criança, embora esteja com dor, parece não esperar tanto pelos remédios, pelas enfermeiras como pelas monitoras que abrem a Sala do brincar. Muitas vezes, estão na porta dos quartos ou nos corredores, quando não na porta de entrada da Sala à espera da chave que lhe dá acesso ao ambiente que parece lhe trazer conforto e bem-estar. A criança internada pode não saber dos benefícios dos medicamentos, mas sente o quão importante é para ela o brincar neste período.

Caillois (1990) salienta o prazer demonstrado pela pessoa que brinca, a liberdade, o caráter não sério da ação, o que, na hospitalização, não deve ser diferente. A proposta do brincar, neste contexto, é oportunizar à criança a interação e a manipulação, não só com objetos, mas também com seus iguais, os familiares, os médicos, enfermeiros e demais profissionais presentes, de forma fictícia ou representativa.

*(...) hoje a clientela aqui da unidade de pediatria ela é de famílias desestruturadas. A grande maioria são jovens, são mulheres que não têm parceiros, que têm outros filhos, muitos outros filhos, né. Vivem num meio social conturbado. Então, isso aí afeta elas como um todo, até o desenvolvimento da criança. Então esse é um trabalho também que se tivesse um profissional poderia chamar esse outro profissional, dois né, porque o hospital tem uma série de psicólogos, tem uma série grande, parece que são cinco psicólogos. Então, poderia ir junto com outro...outro profissional, cuidar desse outro lado das crianças internadas, das famílias dessas crianças. Mas...aí são atividades prá ...não dá prá se envolver. Poderia até se envolver né, mas não dá. O que eu fiz foi comunicar a psicóloga do hospital, uma delas, que a salinha ficava aberta das 14:30 às 17:30 e que se ela quisesse acompanhar as crianças e seus comportamentos, ela poderia chegar aqui se apresentar e a partir daí formular um trabalho. Mas eu acho que ficou só na conversa, acho que ela não frequenta a sala(...) a minha alçada é, por enquanto, o brincar delas dentro da sala. Se for mais adiante, se poderia desenvolver uma série de atividades... que por causar bem estar não só prá crianças, mas para os pais*

*destas crianças, vai ajudar essas crianças, grupos de mães jovens, enfim, o universo é grande.(enf 1)*

Estudo realizado por Yunes (2002) sobre as crenças de trabalhadores sociais em relação a famílias pobres e suas possibilidades de resiliência ou o enfrentamento e a superação de crises e adversidades constatou que estas são caracterizadas como “desestruturadas” e “acomodadas” em sua situação sócio-econômica.

Aparentemente, os profissionais do hospital também comungam destes (pré)conceitos. Dentro desta compreensão, como explica Yunes & Szymanski (2003), a família tem maior probabilidade de viver bem se estiver no modelo nuclear tradicional, ou seja, onde pai, mãe e filhos vivem harmoniosamente juntos. Seria este o modelo certo e ideal de família? São desconsideradas as dificuldades políticas e sociais constantes na vida destas pessoas e que, geralmente, vêm de gerações anteriores e são consideradas “erradas” e desestruturadas todas as outras configurações familiares.

As concepções dos profissionais sobre família, sociedade, qualidade de vida, desenvolvimento e outros influenciam diretamente no tratamento dispensado ao paciente e na maneira como este encara a hospitalização e a sua doença. Embora o hospital conte com cinco profissionais da área da psicologia, o atendimento é limitado a um pequeno número de pacientes.

As dificuldades, os medos, as angústias dos pacientes são bastante variadas em intensidade e natureza, assim como as necessidades advindas do processo de hospitalização. O psicólogo com seu conhecimento pode identificar os sentimentos e as dificuldades e auxiliar a criança a enfrentar e a superar esta nova condição de doente. Segundo Yunes (2001), a pessoa pode usufruir de uma experiência traumática, como a hospitalização, como um fator de proteção para toda a vida, bem como executar suas possibilidades de resiliência. Resiliência, conforme a autora, refere-se aos processos de enfrentamento e superação de adversidades.

Alguns fatores influenciam o desenvolvimento da criança, entre eles, a doença (GALLAHUE, 2003). O Educador Físico, mediante os conhecimentos da ciência do movimento humano, pode atenuar os prejuízos decorrentes da passividade da hospitalização, e propiciar uma melhoria na qualidade de vida destes pacientes que pode ser extensiva a outros ambientes.

O âmbito hospitalar pode ser um excelente espaço para ampliar a instrumentalização dos cuidadores e também dos pacientes, no sentido de maximizar os conhecimentos sobre prática de

atividades e exercícios físicos, visto que, de acordo com Santin (2002), são as opções e as decisões que tomamos, ao longo de nosso ciclo vital, que determinarão a qualidade de nossa vida.

#### 4.5 A BIOECOLOGIA DO MICROSSISTEMA PEDIATRIA

*O homem é um ser vivo dotado de liberdade,  
por isto que ele se inventa e cria a si mesmo,  
não como um indivíduo isolado,  
mas num contexto social.  
(Silvino Santin, 1990 p.60)*

Na abordagem ecológica, as inter-conexões que ocorrem nos quatro contextos micro, meso, exo e macrosistema da pessoa em desenvolvimento, configuram o que pensamos sobre ambiente. Na bioecologia, Bronfenbrenner e Morris (1998) direcionam seu olhar para além do contexto e contemplam também a pessoa, o tempo e o processo.

O processo, que é considerado o principal componente do modelo bioecológico, deve ser observado nas interações da pessoa com seus iguais, objetos e símbolos presentes no ambiente mais imediato, no nosso caso, o microsistema pediatria. É preciso compreender que toda rede social influencia e é influenciada pelo processo. Este pode ser favorecido e enaltecido pelas atividades que envolvem o brincar. Porém, o brincar não deve ser (de) limitado ou oferecido com parcimônia.

O tempo pode ser *micro* quando tratar de ocorrências breves como nos processos proximais; *meso* com intervalos de dias e/ou semanas; *macro* diz respeito às alterações na sociedade como um todo, que envolve gerações. Portanto, não podemos nos restringir às observações e acontecimentos do microtempo. Temos que nos preocupar também com os acontecimentos que ocorrem no decorrer de dias e/ou semanas, já que os efeitos cumulativos podem ser bastante significativos ao desenvolvimento.

A pessoa, no modelo bioecológico, deve ser avaliada de forma integral, envolvendo suas características biopsicossociais. E, em se tratando de uma transição ecológica, como a hospitalização onde a pessoa passa a interagir com um ambiente novo e desconhecido é preciso analisar as construções efetivadas nesta interação.

Neste sentido, ao expor o conteúdo a seguir, procuramos mergulhar nos ensinamentos destes autores, Bronfenbrenner e Morris, e confrontá-los com as informações obtidas.

#### 4.5.1 A compreensão do profissional sobre a situação da criança hospitalizada

Na inserção em um contexto desconhecido, é importante a presença de uma pessoa que queira bem a criança (BRONFENBRENNER, 2002). A mãe, o pai ou outra pessoa próxima da criança pode fazer este papel no momento da hospitalização. Ela necessita de alguém que represente o continente quando se sentir à deriva. *Ela tende a se retrair, a se esconder com a mãe, então, a presença da mãe é muito importante para segurança da criança.*(enf 1)

Algumas crianças têm oportunidade de conhecer no hospital alguns brinquedos e, mais que isso, desfrutar de momentos de brincar com seus pais. É possível que em casa, por falta de tempo ou de hábito, sejam poucas as oportunidades para o brincar. A maneira como os adultos próximos encaram o brincar influencia diretamente na constituição da identidade da criança (BETELHEIM, 1998). *Muitas crianças não têm brinquedos em casa. A maioria não tem o brinquedo em casa com os pais. (secret.)*

O estado de alegria, de bem-estar da maioria das crianças dentro da Sala de brincar é algo perceptível também para quem não está avaliando ou somente observa as crianças na Sala por alguns instantes como é o caso dos enfermeiros.

*Ficam melhores com a recreação. (aux 3)*

*Na Sala estão alegres (aux 2)*

*Ah! sem dúvida que brincar faz bem, principalmente quando tão aqui dentro[do hospital].*  
(enf 2)

*Com certeza, é euforia e querer conhecer tudo e pegar tudo. Depois, então elas começam então a fazer parte...a salinha começa a fazer parte do dia a dia. Então elas começam já a selecionar o tipo de brinquedo que elas querem, o que elas querem fazer e aí talvez até já façam planos, né. Não sei, mas talvez amanhã faço isso ou vou repetir aquilo que gostei, então, a expectativa justamente de continuar a fazer uma coisa boa".*(enf 1)

O encanto e a pressa de brincar e conhecer tudo no primeiro dia dá espaço a planejamentos e a seleções à medida que o tempo passa, ou não passa. Constatou-se que as crianças que estão internadas a mais tempo já sabem o que, e com que querem brincar e a ordem com que vão fazê-lo.

Reiteramos que as atitudes e as concepções dos profissionais interferem na construção dos conceitos e valores das crianças com as quais interagem. Se o profissional considera o ambiente hospitalar um local frio, ao interagir com as crianças, estará de alguma forma instigando-as a pensar da mesma forma. A constituição dos valores não é explícita, ela se dá de forma oculta.

*Alguma coisa que pudesse distrair as crianças nos quartos, também. O quarto é aquela coisa fria (secret). O brincar na Sala é associado à distração. Ótima função se traduzirmos o termo como divertimento, principalmente associado à hospitalização. A Sala de brincar atende as crianças somente à tarde porque neste turno a enfermeira e coordenadora se encontram na instituição, bem como a monitora bolsista. A coordenadora alega que, se for em outro turno, não terá como controlar a Sala e o que ali acontece. Como é muito curto o voluntariado e muito inconstante e muito não fidedigno assim, né. Então, por enquanto, eu tenho que me limitar a minha situação, a minha condição.(enf 1)*

Uma das monitoras que atende as crianças na Sala de brincar fala sobre seu papel dentro do hospital: *distrair as crianças, trazendo elas para a salinha, brincando com elas, conversando com os pais, tirando também os pais dessa rotina hospitalar, oferecendo livros, incluindo eles nas brincadeiras também.(monit 3)*

Talvez alguns destes objetivos sejam somente intenções. Pois, durante o período que estivemos inseridos no ambiente, não observamos iniciativas das monitoras como, por exemplo, a inclusão dos pais nas atividades.

O brincar com as monitoras transforma a relação que no início é de desconfiança por estar ali num local desconhecido com tantas pessoas ao seu redor lhe medicando, coletando sangue, invadindo sua privacidade, para uma relação de amizade causando um sentimento de bem-estar.

*(...) eles começam a confiar também nestas pessoas que todos os dias abrem a Sala porque todos os dias têm uma bolsista né, permanente de 2ª a 6ª, então eles começam a adquirir confiança, eles conhecem essa pessoa, então elas se sentem à vontade”(...) bolsa só tem uma (...) até o momento nestes quatro anos, são quatro anos de bolsa, eu só consegui uma por ano. E aí são 12 horas apenas, 12 horas semanais, mas está conforme a nossa legislação determina, alguma horas de lazer, então a gente cumpre pelo menos umas horas de lazer. Tenho voluntários da enfermagem e voluntários da comunidade. Assim, a gente vai indo, estimulando, colocando cartazes nas universidades, nos locais onde não tiram os cartazes. E aparecem, aparecem voluntários, uns permanecem por bastante tempo, meses. Então, quando sai um, graças a Deus, aparecem outros. (enf 1)*

O oferecimento do brincar durante a hospitalização é um direito assegurado por lei, assim como o acompanhamento do curriculum escolar e de um programa para a promoção da saúde. Embora a elaboração da resolução seja louvável pelo que se propõe, se fizermos uma visita às instituições, perceberemos que, na grande maioria dos hospitais, não se concretizou por vários motivos; falta de verbas, de pessoal, de infra-estrutura ou de iniciativa. É preciso, portanto, repensar as políticas públicas. Bronfenbrenner já havia alertado sobre o poder das políticas públicas em relação ao bem estar e o desenvolvimento dos seres humanos, ao determinar sua condição de vida. O autor afirma que “a preocupação com a política pública por parte dos pesquisadores é essencial para o progresso no estudo científico do desenvolvimento humano” (2002, p.ix). Conforme Bronfenbrenner, “a política pública é uma parte do macrossistema determinando as propriedades específicas dos exo, meso e microssistemas que ocorrem no nível da vida cotidiana e governam o curso do comportamento e do desenvolvimento (ibidem p.9).

*Acompanhar... a criança que está na escola, os deveres que tem que fazer, dar continuidade isso tudo existe, programa [ou seja, há uma intenção], mas ... não está a minha alçada ainda, eu peço, comento, falo. Espero que um dia, nossas autoridades competentes acham que tá na hora da unidade de pediatria receber um pedagogo, aí com certeza o planejamento será muito melhor”. (enf 1)*

Proporcionar à criança acompanhamento pedagógico, principalmente àquela que está em idade escolar, seria um trabalho bastante relevante. Porém, para que isso ocorra é necessário a presença de um profissional que desenvolva um trabalho visando a inter-conexão dos contextos micro e meso. Entretanto, isto depende de ciência e compreensão dos administradores da instituição. Percebe-se, como explica Bronfenbrenner, que as inter-conexões entre os diferentes ambientes, neste caso, as decisões tomadas no exossistema ou ainda no macrossistema influenciam diretamente nos acontecimentos do microssistema da criança hospitalizada.

#### **4.5.2 A relação da enfermagem com o brincar**

Questionado sobre a possibilidade do enfermeiro e médico fazerem uso do brincar durante suas intervenções e procedimentos médicos, o profissional respondeu:

*Acho importante sim... acho importante, porém não vejo esta postura, essa conduta. Não só dos médicos, como da enfermagem principalmente. A enfermagem não tem este preparo, não tem esta disponibilidade, ela não... então se ela não tem informação, se ela não tem preparo, ela não consegue fazer isso aí. Então pra se fazer este tipo de... já colocamos mobilizinhos, pintamos, tem a parede, mas aquilo dura pouco tempo. Não tem uma continuidade, pelo grupo como um todo atender a criança estimulando, distraindo, eu não vejo.(enf 1)*

A formação do enfermeiro e do médico foi abordada diversas vezes e constatou-se uma sensação de impotência no relato da coordenadora. Na tentativa de suprir a necessidade do brincar, instalou-se mobilis e coloriu-se as paredes. Contudo, este é um trabalho solitário entre os profissionais, pois é realizado por apenas um deles. Os demais se eximem de qualquer responsabilidade alegando não ter tempo, não ter preparo, enfim, as desculpas são várias.

É evidente que não podemos esquecer que estes profissionais têm uma formação que não contempla estudos sobre o brincar ou lúdico durante a hospitalização. Talvez seja necessária uma mudança no macrossistema, ou seja, na formação dos profissionais que atendem a pediatria para uma reconfiguração do ambiente.

Os profissionais, talvez em razão de sua formação e de seus afazeres, normalmente, não pensam nos pacientes como crianças em desenvolvimento, mas como mais um paciente que necessita de medicamentos para a cura. A sensibilidade parece ter sido dominada pela frieza da profissão. Isto é preocupante.

*A gente basicamente executa tarefas, executa técnicas, né. Então não vejo, nem vejo muita vontade disso [do brincar] também, sabe. Acho que eles não são sensíveis a isso aí. O grupo como um todo é muito grande, então, as pessoas vêm apenas aqui fazer suas horas, então o trabalho delas é esse, e fica resumido a isso, fica restrito a isso, tudo que é demais é menos tempo pra não fazer nada. Então esta postura e toda esta humanização eu acho que teria que passar por outro processo com um pedagogo, com outros profissionais, psicólogos, né. Por enquanto, fica resumido àquela Sala de brinquedos.(enf 1)*

A equipe de enfermagem reconhece-se pela e na ação que executa. A falta de sensibilidade ao brincar é dedicada à formação. Alega-se que o grupo é muito grande, dificultando um trabalho que envolva a todos ou a grande maioria. Uma das profissionais considera o brincar com as crianças perda de tempo: *de nada adianta querer brincar, porque a injeção vai doer igual.(aux 3).*

Verificou-se, em várias pautas de observação do posto de enfermagem, que muitos realizam suas tarefas, como aplicar injeção, instalar ou trocar soro, coletar sangue, fazer curativos e retornam ao posto de enfermagem. Há horários, durante o dia, em que o volume de trabalho é



intenso, porém, isto não é uma constante. Desta forma, se considerarmos a questão tempo, a inserção do brincar seria viável.

Um dos profissionais acredita que a humanização do ambiente, bem como uma postura que contemple o brincar deve ser um processo desencadeado por um profissional como um pedagogo ou um psicólogo. Este profissional não acredita que este processo de humanização tenha como ponto de partida a pediatria. Nota-se, novamente, a crença de que a transformação deve vir de fora do contexto.

Entretanto, a humanização do ambiente deve ser desencadeada na intra-relação, pois “as relações do homem com a natureza revelam as raízes de todo processo de humanização, ou seja, do surgimento do humano no homem” (SANTIN, 1990 p.11). Neste sentido, a humanização do ambiente depende, sobretudo, de seres humanos mais humanos. Bronfenbrenner (2002) sugere que toda criança, em idade escolar, tenha uma experiência de cuidar de alguém, como, por exemplo, de outra criança menor ou de um idoso. Esta vivência pode ser bastante positiva e provocar atitudes mais humanizadas ao longo de toda a sua vida.

A maioria dos procedimentos realizados pelas enfermeiras são dolorosos e invasivos, causando na criança muita angústia, dor, levando-a ao choro. Às vezes, tentam se esquivar e é necessário que o enfermeiro segure-a com força. Embora o profissional tenha preparo para realizar tal tarefa, ele é um ser humano com sentimentos e emoções e isto pode lhe causar uma sensação desagradável. Fato que os leva a querer acabar logo com aquela situação e brincar poderia, na opinião destes profissionais, protelar este momento.

A tarefa do enfermeiro dentro do âmbito hospitalar, atualmente, se limita ao cuidado parcial do paciente, como de um órgão, por exemplo. A criança vem de um mundo representado pela casa, pela escola, pelos amigos, em que a dor, o sofrimento, e outros sentimentos negativos, geralmente, não são tão expressivos. Estes sentimentos podem ser extremamente positivos ou negativos à criança, dependendo de como são encarados. *Eu acho que depende da criança, tem criança que fica mais calma, mas geralmente eles têm medo dos enfermeiros. (enf 2)*

Os profissionais, muitas vezes, ignoram a extensão de seus papéis com relação aos pacientes e que estes fazem uma boa leitura de suas atitudes e de seu comportamento. Sua postura pode influenciar de forma significativa na constituição dos conceitos de hospital, tratamento, doença, saúde e outros da criança internada. *Não acho que seja um bom relacionamento não, e a enfermagem acredito que também não faça um esforço para tornar isso um pouquinho melhor,*

*ela não tem opções. Não é que ela não tem opções, ela não... se interessa talvez para mudar. (enf 1)*

Percebe-se como os demais contextos macro, meso e exossistema, que abarcam os valores culturais e crenças, tanto da administração do hospital quanto dos próprios funcionários, influem de maneira significativa no que ocorre no microsistema. A inclusão de alguma atividade mais aprazível à criança no trabalho da equipe de enfermagem deve partir ou ser bem aceita por estes profissionais, pois deve ser realizada com prazer, do contrário pouco ou nada adiantará.

Realizar trabalhos com fantoches, a hora do conto, teatro, dança, rodas de canto, confecções de brinquedos, enfim, agregar alguma atividade relacionada ao brincar na rotina do enfermeiro e do médico pode trazer prazer para o paciente, mas, também, para estes profissionais.

Inserir estudos sobre a importância do brincar no desenvolvimento da criança, na formação destes profissionais da saúde pode redimensionar o entendimento que estes têm de cuidado. O enfermeiro aplica a injeção, faz curativos, enfim, cuida da doença do corpo, mas, também, influencia na constituição identitária, interferindo desta forma no desenvolvimento do paciente.

A criança ao brincar revela suas emoções mais verdadeiras, pois este momento para ela é sério (VYGOTSKI, 1991). Assim como Bronfenbrenner, esse psicólogo russo explica que o desenvolvimento humano é promovido pelas inter-relações, seja entre os iguais, com objetos e com o meio, bem como os fatores sócio-culturais.

Os estudos dos profissionais em outra área de conhecimento – como é o caso das monitoras e da coordenadora da Sala de brincar - com conteúdos sobre aprendizagem e desenvolvimento humano pode ter influenciado em seu comportamento. Estes participantes têm uma preocupação com o bem estar da criança, não somente no que se refere aos medicamentos, mas em propiciar o brincar às crianças. Este fato não foi diagnosticado nos demais profissionais. Neste sentido, percebe-se a influência dos valores culturais, do macrossistema, no trabalho dos profissionais, no microsistema pediatria.

*Eu tenho licenciatura curta, não só em enfermagem como em Educação Artística também. (...) com certeza esta minha afinidade com a Sala e com todo o ambiente do hospital em colorir e manter alegre tenho em função de uma outra parte que eu gosto. Isso é da pessoa. Poderia não existir nada disso hoje. Existe por uma vontade, uma necessidade de gostar de fazer. Acho que é necessário ter um espaço alegre. (enf 1)*

*Tô cursando Letras na FURG (monit 1)*

*Eu tô fazendo Letras e muita coisa que a gente lê e vê em Sala de aula eu trago para cá, ou então o contrário, coisas que acontecem aqui eu levo pra Sala de aula.(monit 2)*

O fato da coordenadora ter formação em Educação Artística, além da enfermagem, de certa forma, influencia no seu nível de sensibilidade e percepção com relação ao brincar e também em tornar o ambiente colorido e alegre. Ela confecciona cartazes e adereços, e também organiza datas festivas como dia da criança, Natal e Páscoa. Tal preocupação não percebemos nos demais profissionais.

#### **4.5.3 O cuidado com as outras relações**

A práxis de diversos autores ( SILVA; GREGIANIN *et al*; ORTIZ; ZAMO *et al* in CECCIM e CARVALHO, 1997) aponta a necessidade de uma intervenção não somente junto da criança, mas também com os familiares, os profissionais, e todos os demais cuidadores do hospital, para que estes possam contribuir no restabelecimento sadio da criança hospitalizada, bem como para o seu desenvolvimento.

Os autores esclarecem que o cuidado da equipe de enfermagem, composta pelos enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem deve incluir o contato com os responsáveis/pais, estes também exercem um papel fundamental na interação da criança com a unidade hospitalar e a equipe de saúde. Além da equipe de enfermagem, também são cuidadores: os médicos, os pedagogos, os psicólogos, os educadores físicos e os profissionais de áreas afins que atuem no ambiente hospitalar e tenham contato com o paciente pediátrico.

Este contato e/ou estas relações geram afetos. Daí, a relevância da nossa preocupação com a qualidade destes encontros, pois

(...) quando há um encontro afetamos e/ou somos afetados pelo outro. Os afectos podem ser de alegria ou de tristeza. Afectos de tristeza são todos aqueles que diminuem, entram, bloqueiam ou empobrecem a vida; e os de alegria são todos aqueles que expandem, favorecem, compõem, apontam novos olhares e caminhos (não se confundem com felicidade) (CECCIM, 1997 p.28) .

Em muitos casos, nem o paciente, nem a mãe ou responsável sabem o porquê de um procedimento. Alguns temem questionar os profissionais por acreditarem que estes estão lhe prestando um favor e questioná-los poderia incomodá-los.

*Não sei como acontece nos quartos porque eu não participo muito disso, mas o que eu vejo assim, eles se relacionam bem com elas [as enfermeiras] assim nos corredores, mas quando chega a hora do remédio da injeção, aí dá uma insegurança, se sentem inseguros de repente, ameaçados, alguma coisa assim. Até agora a pouco tinha uma menina chorando, aí a mãe fica assim eles ficam meio inseguros.(secret.)*

Em nossas observações, bem como nos diálogos com os profissionais, constatou-se que há pouquíssimo diálogo entre os enfermeiros e os psicólogos do hospital, no sentido de trocar informações acerca de comportamentos e necessidades dos pacientes. Esta prática certamente aprimoraria o trabalho de ambos. É uma rede externa pouco operativa e comunicativa.

A interação do paciente com os profissionais não se limita somente ao microssistema pediatria, pode haver encontros em outros contextos. Porém, a reação da criança com o (re)encontro será influenciada pelos acontecimentos que ocorreram na pediatria.

*No ônibus quando eu vinha de POA, um menino de 8 anos me reconheceu e me tocou e disse assim: eu sei quem é a senhora. Eu disse: é? Eu tive baixado lá na FURG, respondeu o menino. E eu disse: ah! sim e onde eu estava? A senhora ia na salinha, abria a salinha e via se tava tudo bem. Ele me identificava porque eu tinha a chave da Sala e sabendo se eu abrisse a Sala havia recreação, então a expectativa era se eu iria abrir a Sala ou não. Então ele..... com muito entusiasmo, muito contente porque quando ele esteve internado este foi um bom momento para ele e ficou na lembrança dele.(enf 1)*

Dar atenção aos responsáveis também é uma necessidade bastante citada pelos profissionais. Afinal são estes que, deveriam dar sustentação aos pilares da esperança, da força, da coragem e de outros sentimentos que fazem com que a criança supere ou amenize as agruras da hospitalização.

*(...) atividades para as mães também porque as mães não podem ficar estressadas aqui... sabe, tem toda... têm acompanhamento psicológico algumas né porque às vezes tem outros filhos em casa de repente até se tivesse isso aí, como ficar cuidando da criança em casa de repente porque ela fica estressada ficando aqui sabendo que tem outros filhos em casa.(secret.)*

A família do paciente também, muitas vezes, fragilizada por causa da situação da hospitalização ou da própria doença da criança não recebe atenção ou um acompanhamento de um programa que a auxilie a entender e superar as dificuldades.

A criança, ao adoecer, passa de um microsistema ao outro. Porém, a mãe, muitas vezes, continua freqüentando os dois contextos, a casa e o hospital. Muitas destas mães tem outros filhos em casa e se revezam com outras pessoas no cuidado. Isto causa insegurança tanto na criança hospitalizada quanto naquela que está em casa.

Dificuldades financeiras são enfrentadas pelos responsáveis para se deslocarem de um contexto a outro, como também para adquirir medicamentos. Tal fato leva a descontinuidade do tratamento quando a criança tem alta, trazendo muitas de volta ao hospital. Existe um trabalho realizado pela assistência social que, em alguns casos, fornece ou auxilia na aquisição de medicamentos e transporte. Porém, este trabalho tem um caráter muito forte de assistencialismo, pois resolve apenas problemas imediatos.

*(...) têm crianças que ficam muito tempo aqui e as mães têm outros em casa e não têm com quem deixar, são elas que trabalham e daí deixam de trabalhar e se preocupam com a alimentação, porque tem crianças muito, muito pobres. A grande maioria, às vezes, até a medicação quando a criança vai embora tem que conseguir porque se não vai voltar né, tem criança que volta seguido, vai e volta. Tem umas assim que até preferem ficar aqui no hospital porque tem comida, roupa lavada, chuveiro, sabe, tem de tudo assim. Às vezes, elas vão embora e não tem dinheiro nem para ir embora.(secret)*

É preciso pensar em processo, ou seja, num acompanhamento familiar que vá além do período de internação da criança, além da bolsa alimentação. É necessário dar alimento para o corpo, mas também, para a mente. Reiteramos a importância de políticas públicas eficientes que não se restrinjam aos microcontextos, quando chegam até estes!

#### **4.5.4 Processos Proximais: motores transformadores do desenvolvimento**

Conforme já explicitamos, Bronfenbrenner enumera alguns aspectos que considera fundamentais nos processos proximais. Relembrando: para promover ou favorecer o desenvolvimento, a pessoa deve ser partícipe de uma atividade e para esta ser expressiva deve ser

regular e por um período prolongado de tempo; a complexidade das atividades deve ser gradativa e progressiva; deve haver reciprocidade nas relações; para que a interação recíproca ocorra efetivamente, os objetos e símbolos do ambiente mais próximo devem propiciar a estimulação da atenção, a exploração, a manipulação e a imaginação da pessoa em desenvolvimento, no nosso estudo, a criança.

Para que estes aspectos se concretizem e haja sucesso nos processos proximais, e, em se tratando de ambiente hospitalar, é crucial a presença de atividades que envolvam o brincar. Bronfenbrenner, ao escrever sobre os processos proximais, não os direcionou para as crianças hospitalizadas, no entanto, eles se ajustam perfeitamente a elas. Por isso, afirmamos que, na condição delas, a existência destes componentes é ainda mais essencial.

O brinquedo caracteriza-se pela presença do outro. Brincar é estar junto com o outro. É sentir o gesto, o olhar, o calor do companheiro. O brinquedo aproxima as pessoas, as torna amigas porque brincar significa [geralmente] sentir-se feliz. O brinquedo não é confronto e nem conflito.(...) Brincar torna-se sinônimo de paz, harmonia e de alegria. (SANTIN, 1990 p.27).

Durante o período que estivemos inseridos no ambiente hospitalar, observamos uma menina de 11 anos que foi internada por cinco vezes, no período de seis meses, para a realização de uma cirurgia para extração da adenóide. No entanto, quando chegada a hora, ela entrava em pânico e não permitia a cirurgia, embora tenha ocorrido, nas últimas três internações, a intervenção dos psicólogos. No período de hospitalização, ela era freqüentadora assídua da Sala de brincar.

*Teve um dia que, tava ela que ia fazer cirurgia e tinha mais dois da idade dela... aí achei uma graça, eles falando com a maior naturalidade... ah! eles vão cauteriza não sei o que na minha garganta... ah! e de mim que eles vão tirar não sei o que pelo nariz... era bem legal eles contando.... o meu é pior que o teu. E a J. quieta, ela ia fazer também cirurgia. (monit 1)*

Este fato foi relatado pela monitora e presenciado por nós na penúltima internação da menina. Na última internação da J., quando estávamos na Sala de brincar e lembrando do fato citado, propusemos uma atividade onde cada criança fazia papel de doente e de médico., Estavam na Sala quatro crianças. Quando doente, deveriam dizer ao médico qual a sua doença e, no papel de médico, deveriam dizer o que iriam fazer para curar o paciente.

A menina J. diz não querer participar, insistimos e ela disse novamente que não. Ela ficou sentada assistindo. Dispusemos vários objetos (legos, pequenos cubos de madeira, peças de plástico de diversas formas) sobre a mesa, que poderiam ser utilizados na atividade. Participavam dois meninos, um de seis, outro de oito anos de idade e uma menina de nove anos de idade. Um dos meninos, T., diz estar doente do pulmão, o outro menino, R., diz que vai ouvir o pulmão e dar-lhe um remédio. *Pronto, pode ir embora*, diz o menino no papel de médico. Agora era a vez de T. ser o médico que atenderia a menina S. Esta diz: *doutor furei meu pé*. T. então, encaixa alguns legos aproxima-os do peito de S. e diz *é, vai ter que ficar uns dias aqui ainda vou ter que colar outro pé*. Neste momento J. que assistia disse: *eu também quero ser médico*. Sugerimos que ela escolhesse um paciente e ela escolhe um dos meninos que ainda não havia sido consultado. O menino diz estar com problema na garganta. J. pega três peças de lego e diz: *vou ver o que tu tem aí*. Coloca uma das peças sobre a face do menino e fala: *ih, vou ter que abri, mas não vai doer*. Ela pega outra peça passa novamente pela face do menino dizendo: *ta quase bom*. Em seguida, ela pega a outra peça e anuncia: *agora tu vai tomar esta injeção e vai tá curado, pode voltar a correr*. (Observação da Sala de brincar do dia 19/11/04).

Embora o menino tenha informado que estava com problema na garganta, a menina J. passou as peças na face do menino. Quando a questionamos o porquê fez isso ela somente sorriu e nada disse. No dia seguinte, a menina J. permitiu que fizessem a cirurgia. Não podemos afirmar que o fato dela ter participado da atividade relatada tenha sido decisivo nesta permissão. Porém, podemos inferir que teve significativa influência. O brincar da criança hospitalizada pode ser extremamente terapêutico, pois durante esta atividade ela extravasa seus medos e suas angústias. A menina, ao representar o médico, pode ter tratado do seu paciente da mesma forma que ela queria ser tratada pelo seu médico. E isto pode ter lhe encorajado a submeter-se à cirurgia.

Como já vimos, os processos proximais que ocorrem não só na interação com seus iguais, mas também com os objetos e símbolos do microsistema, podem representar fatores de proteção ou de risco ao desenvolvimento da criança.

Alguns voluntários, ao iniciarem o trabalho no hospital, se chocam ao se depararem com situações inusitadas como algumas condições, ou “anormalidades” apresentadas pelas crianças em razão de sua doença. Estes voluntários não têm nenhuma preparação teórica ou prática antes de iniciar a monitoria na Sala de brincar. Este é um dos fatores que leva muitos voluntários, da comunidade ou acadêmicos de diversas áreas de conhecimento, a abandonar o trabalho.

A grande rotatividade de voluntários que atendem as crianças na Sala de brincar não é um ponto positivo. A observação longitudinal que pode ser favorecida pela convivência do voluntário com o paciente é um aspecto extremamente significativo no processo ensino aprendizagem. Embora o voluntário não tenha esta preocupação, o acompanhamento das atividades do paciente, por um período longo de tempo, propicia este processo, bem como favorece os processos proximais.

Pensar em processos proximais que já existem e aqueles que são necessários faz jus a uma constatação nossa, pois os processos proximais existentes no microsistema pediatria estão muito aquém dos que são realmente necessários. Ao pensarmos na criança hospitalizada, podemos inferir que a qualidade do restabelecimento depende tanto do tratamento que lhe é aplicado como das inter-relações dos cuidadores e dos processos proximais ocorridos.

#### **4.6 A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E DOS RESPONSÁVEIS SOBRE AS POSSIBILIDADES DE MELHORIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES**

Em vista dos relatos dos cuidadores, bem como aliado a alguns estudos já publicados (OLIVEIRA, 1997; CECCIM, 1997), destacamos algumas sugestões para tornar a hospitalização menos traumática e significar para a criança uma experiência saudável para seu crescimento biopsicossocial.

*Acho até que poderia as pessoas vir ajudar mais, dar mais apoio ao pessoal ser mais educado, não sei como a gente vai dizer, mais simpático com o pessoal que vem brincar, chamar pra brincar. Tem mãe que não gostam, eu adoro, né. Adoro que vem, que goste do meu filho , que vão partilhar, é bom. (mãe de G. 9 anos)*

*Ah! não sei isso aí é difícil, cada ser humano, cada enfermeira é um individuo, cada médico é um, então, cada um trata a criança de uma maneira, tem alguns que são mais ríspidos, outros mais compreensivas, mais sensíveis, outros não. Isso não tem como a gente mudar. Seria ideal eles serem mais sensíveis e mais humanos. (monit 2)*

*Eu gosto do hospital. Às vezes tem umas enfermeiras que são boas. (mãe de G. 7 anos)*

Nos relatos acima, as sugestões indicam, de forma explícita ou implícita, que existe a necessidade de mais interações entre as pessoas do contexto e que estas sejam mais humanas ou que haja mais sensibilidade nas inter-relações.



A grande maioria das pessoas sugeriu mudanças referentes ao espaço e tempo destinados ao brincar das crianças:

*Sei lá...acho que tá legal, só tinha que abrir a salinha de manhã também. (irmã de J.12 anos)*

*Ah! Sei lá, de repente, até um computador quem sabe, uma coisa assim pra crianças porque aqui internam crianças até 12 anos né. Então assim, tem crianças que já gostam de brincar até de vídeo game de repente, sei lá, ou outras atividades, assim né. Sei lá...ter mais coisas, porque agora no inverno mesmo tá cheio de crianças. No verão também tem, mas não é tanto. (secret.)*

*Mais atendimentos, mais pessoas de outras áreas também. Outras atividades(...)um grupo de cantores, mas que cantassem músicas alegres e não deprimentes. Ler histórias para as crianças, fazer a hora do conto.(enf 2)*

*(...) existe a biblioteca móvel que teria uma função de contos de história em outros horários que não seja este, né. (enf 1)*

A pediatria tem recursos materiais para promover outras atividades em outros horários como, por exemplo, livros, fantoches e os próprios brinquedos da sala. Estes poderiam ser disponibilizados aos pacientes, no entanto, não há pessoas para executar tais tarefas.

*Eu acho que devia ser assim... é que é difícil se conseguir mais voluntários, mas se tivesse outras meninas ou rapazes que viessem na parte da manhã... acho que seria bem legal. Ou então que fizessem um trabalho diferente. Tinha um grupo que vinha... agora não vêm mais. Era um grupo de palhaços. Eles brincavam com as crianças nos corredores.(monit 1)*

*Se tivesse mais atividades aqui era melhor ainda, tivesse a hora do conto mesmo, né, sei lá outras coisas assim que o pessoal pudesse inventar. (aux 3)*

A hora do conto foi uma das sugestões mais citadas pelos profissionais. Alguns dos motivos podem ser o pouco movimento e material que a atividade exige, a fácil localização do paciente e a necessidade de pouco espaço.

Outras sugestões abarcam o ambiente físico:

*Olha não sei, na verdade nem conheço o hospital. Mas gostei dos quartos porque tem no máximo duas camas, não tem aquele monte de cama... mas podia ser mais alegre prá criança. (pai de B.8 anos)*

*(...) a idéia central, não sei como é que faria isso, mas até o ambiente diferente que fosse voltado para o bem estar da criança, porque aqui mesmo... tu vai dar uma medicação num copinho de remédio eles não gostam, aí tu dá numa seringa é diferente eles gostam de tomar remédio numa seringa, tá entendendo? Até assim uma colherzinha diferente, uma coisa... que chame a atenção. Até o ambiente, assim acho que seria bom se a pediatria fosse mais colorida, até tem gente que enfeita [se referindo a coordenadora da Sala de brincar], mas acho que ainda falta muito, e tem hospitais que têm bem menos que aqui ainda, infelizmente, infelizmente. (secret.)*

Em geral, as sugestões de mudanças possíveis e/ou necessárias em benefício da qualidade de vida das crianças abordam a necessidade de trazer elementos ou pessoas de fora da instituição para modificar o ambiente. Os profissionais não mencionaram uma possível mudança na rotina ou na própria conduta dos profissionais. (...) *acho que o caminho é um pedagogo administrando e comandando todo este trabalho na pediatria. (enf 1)*

A partir das informações coletadas junto a rede social da pediatria hospitalar, constatamos que o aspecto crucial a ser modificado para melhoria na qualidade de vida dos pacientes, bem como de outras questões abordadas e que tangem a saúde ambiental é a mudança de atitudes.

É preciso, prioritariamente, ouvir as crianças. Entender, compreender e respeitar suas necessidades num momento em que ela é vista, e, por isso, passa a se sentir fragmentada. A situação de hospitalizada não pode anular a criança e suas necessidades fundamentais, principalmente, o brincar. É o único instrumento que conhece e disponibiliza para enfrentar a situação de estar doente.

Desconstruir a concepção de que doente em hospital deve ficar imobilizado parece ser o caminho. É urgente estimular e permitir à criança todo o movimento que ela possa e queira executar. O entendimento da equipe de saúde, que é extensivo aos demais cuidadores, de que a imobilidade favorece o restabelecimento pode ser justificado pela praticidade no atendimento ou pelo zelo à integridade física, mas jamais pelo bem-estar da criança.

Constatamos que a criança, quando está brincando, torna-se menos resistente à administração de medicamentos. Isto, de certa forma, facilita o trabalho da equipe de enfermagem. Entretanto, para incorporar esta compreensão, os profissionais precisam aprender a olhar a criança e a ver a criança, não um doente ou uma doença. Sabemos que não é tarefa fácil,

pois implica em mudança de sistema de crenças, não somente a nível micro, como também meso, exo e macro.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

*A Educação Física mudará, de fato, quando houver uma verdadeira compreensão de corpo, de sensibilidade, de movimento e de ludicidade. Esta compreensão, porém, não se adquire pelo estudo de manuais ou nos laboratórios, mas pela leitura do livro que nos acompanha constantemente: o corpo. O corpo nos fala o dia inteiro. As suas vozes são vozes do silêncio: a dor, a satisfação, o cansaço, o sono, a fome, a sede. Dificilmente escutamos corretamente a eloqüência desta linguagem e, quando a escutamos, respondemos de maneira inadequada. A dor, por exemplo, logo que se manifesta é silenciada pelos analgésicos. A fome e a sede são, facilmente, mal interpretadas: uns exageram, outros em geral devido à miséria, comem pouco, e quase todos sem equilíbrio.*

*Para escutar as vozes do silêncio de nossa corporeidade é fundamental desenvolver e aperfeiçoar nossa sensibilidade; quando isto acontecer, a educação física terá todos os subsídios necessários para deixar de ser treinamento, automatização ou disciplina, e tornar-se sabedoria de viver.*

*(Silvino Santin, 1990 p.8)*

### **5.1 EDUCAÇÃO AMBIENTAL HOSPITALAR : ALGUMAS POSSIBILIDADES DE RECONFIGURAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S)**

Conforme Santin (2002), a Educação Física, atualmente, transita entre as ciências da educação e as ciências da saúde. O Educador Físico que entrelaçar ambas na sua práxis potencializará uma (re) significação das questões que as abrangem. A inserção do Educador Físico no âmbito hospitalar com seus conhecimentos em educação e saúde, permeados com os estudos da Educação Ambiental, propicia uma visão ampliada das questões que abarcam a saúde,

não se limitando à doença e à sua resolução. Neste sentido, apontamos alguns caminhos como possibilidades de melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

O hospital é uma instituição regida por normas inexoráveis de macro a microsistema. Sobre isto deve-se ponderar, pois normas mais flexíveis poderiam se adequar e atender melhor à toda rede social do microsistema, principalmente, e levar em consideração as características pessoais do paciente.

No microsistema hospitalar, algumas mudanças podem ser benéficas à saúde ambiental. O horário das refeições, por exemplo, poderia ser determinado pelos hábitos, ou de acordo com a necessidade da criança. O fato de estar num local estranho associado à administração de medicamentos podem causar mudança de paladar e apetite. Desta forma, consultar à criança sobre sua preferência alimentar poderia amenizar ou sanar este problema.

Um fator que dificulta uma maior interação da equipe de enfermagem com o paciente é o horário de trabalho. A rotatividade é grande, de forma que os profissionais que atendem a criança são vários. Reorganizar os horários, provavelmente seja inviável, pelo menos a curto prazo, mas pode-se propiciar um maior contato da criança com aquele profissional que ela teve maior afinidade. Para se ter êxito nesta escolha, é preciso falar e ouvir o que o responsável tem a dizer sobre os sentimentos da criança.

Entretanto, as crianças, geralmente, associam o enfermeiro à injeção, ao remédio, à coleta de sangue, ao soro, enfim, aos procedimentos que estes executam. Se estes profissionais realizassem outras atividades que causassem prazer à criança – algum trabalho voltado para ou com o brincar - poderia amenizar este estigma.

Para alegrar o ambiente, poderia-se fixar cartazes ou outros objetos educacionais nas paredes com os quais a criança pudesse interagir, tocando-os, com informações ilustrativas e alegres sobre o ambiente em que se encontra. Trazer um brinquedo, ou talvez a roupa de cama, o travesseiro ou algo que seja muito íntimo da criança, para o hospital poderia trazer algum alívio à ela, tornando o ambiente um pouco mais familiar.

Com relação ao espaço físico, as enfermarias poderiam ser coloridas, camas com adornos alegres, lençóis com motivos infantis, enfim, poder-se-ia ouvir as crianças para (re) pensar este espaço. Elas, com certeza, a seu modo, saberiam “construir” um ambiente mais adequado à saúde. Por que tem que ser tudo branco e padrão? A acomodação do acompanhante também deve ser repensada. Se não é possível colocar uma cama, devido ao espaço, poltronas também podem

oferecer conforto. Pois é importante que o responsável também se sinta bem, afinal, é ele que dá suporte à criança e precisa ser cuidado.

Outros espaços do hospital podem ser utilizados para a ampliação do brincar. No hospital estudado, por exemplo, há dois corredores de acesso à pediatria, num deles, poderia-se estudar a possibilidade de instalar alguns brinquedos como escorregador, túneis, piscina de bolinhas, enfim, brinquedos que estimulassem o movimento sem prejudicar o acesso ou a circulação dos profissionais e demais pessoas.

Com relação ao mesossistema, a falta de informações sobre o ambiente hospitalar é uma das justificativas para os sentimentos negativos da criança. Proporcionar informações sobre este contexto em vários microssistemas pode ser um trabalho importante. Por exemplo, na escola, no posto de saúde da vizinhança, no próprio eixo familiar, etc. Realizar trabalhos educativos ou visitas ao hospital poderia amenizar o medo da criança que poderá vir a ser paciente futuramente. Estamos nos referindo a um trabalho mesossistêmico, pouco realizado entre diferentes instituições, que por algum motivo escolheram trabalhar isoladamente.

No que diz respeito ao meso, exo e macrossistema, a criança tem o direito de acompanhamento do curriculum escolar, de recrear-se e de programas em promoção à saúde, durante a permanência hospitalar. Como tantas outras leis, essa, infelizmente, é mais uma que não se concretizou plenamente. Intervenções são necessárias para mobilizar as crianças, porém, também para sensibilizar e despertar os profissionais e autoridades competentes para a importância de incorporar o brincar no dia-a-dia da pediatria. É imprescindível que o brincar seja propiciado à criança, mas também observado como mais uma fonte significativa de seu estado físico e emocional.

Para que essas atitudes sejam concretizadas por parte dos cuidadores, especialmente os profissionais da pediatria, necessitam, sobretudo, ser compreendidas e, isso não é algo imediato, mas processo. Para tanto, é preciso planejar programas que informem estas pessoas a nível micro, com palestras e outros tipos de exposições. E, a nível macro, incorporar ao currículo dos cursos de graduação dos profissionais de saúde conhecimentos acerca do desenvolvimento humano, principalmente, da criança em situação de doença.

## **5.2 POTENCIALIZAR O BRINCAR E AS INTER-RELAÇÕES NO MICROSSISTEMA PARA FAVORECER A SAÚDE AMBIENTAL PEDIÁTRICA**

A nossa vivência, bem como a literatura mostram que a rotina pediátrica é bastante conturbada e envolve procedimentos sérios, rigorosos e doloridos, tanto para as crianças, seus responsáveis, como também para o profissional da área. Este fato de certa forma inibe alguns profissionais a inserirem o brincar nas suas intervenções. Contudo, para o bem estar da criança e no intuito de favorecer o seu desenvolvimento, acreditamos que a experiência da hospitalização, quando bem administrada, pode significar um fator de proteção aos riscos à que ela está exposta neste período.

Todos os cuidadores falam da necessidade, da importância e dos benefícios do brincar no âmbito hospitalar, porém, a equipe de enfermagem e a maioria dos responsáveis não o utiliza, ou o faz em raras ocasiões, ao interagir com as crianças hospitalizadas. Ora, se o brincar terapêutico é, inclusive, associado, pelos profissionais, ao tratamento por que estes não o estimulam ou se envolvem nas atividades da Sala de brincar?

Informar os cuidadores é imprescindível, no sentido de desmistificar crenças de que doente não pode realizar movimentos dinâmicos ou, no caso dos enfermeiros, pode estar ocorrendo uma dissociação entre o seu trabalho e o brincar. É preciso realizar estudos mais aprofundados para obter respostas de maior confiabilidade.

Conforme os responsáveis, o brincar no ambiente hospitalar propicia movimento à criança, o qual é inerente à ela. Assim, não devemos limitá-lo nem no tempo, nem no espaço. Pois, por menor que seja o período de hospitalização, este pode causar-lhe traumas. Se entendermos o termo como um transtorno ou perturbação mental resultante de causas externas, o brincar, sem dúvida, é a ferramenta que a criança dispõe e conhece para enfrentá-lo. Conforme explica Negrine (1995) e Leontiev (1991), é por meio do brincar que a criança resolve ou minimiza problemas ou conflitos internos, que podem, no caso do paciente, ser sentimentos de medo, angústia, submissão ou sofrimento.

Para que o brincar ultrapasse a fronteira da Sala de brincar e invada também as enfermarias, os corredores e o posto de enfermagem, é preciso, sobretudo, (des) construir (pré) conceitos sobre o brincar junto à equipe de enfermagem, bem como com os responsáveis pelos pacientes. Para estes, o brincar não pode ficar resumido a algo bom e “legal” que acontece três

horas por dia na Sala de brincar com as monitoras. Não após este estudo que confirmou a importância e o potencial que o brincar propicia. Porém, temos ciência de que sem um programa de esclarecimento e informações aos cuidadores dificilmente o brincar se ampliará. A pesquisa indica que há muito o que fazer para modificar o ambiente, pois, lembrando a frase de Bronfenbrenner (2002 p.xiii), “se queremos mudar os comportamentos, precisamos mudar os ambientes”.

Com os resultados deste estudo e como Educadora Física, ciente da necessidade do movimento para o desenvolvimento integral da criança, bem como para potencializar o bem-estar no hospital, sentimos a necessidade de oferecer atividades de brincar que envolvam o correr, o trotar, o pular e o saltar às crianças hospitalizadas. Em alguns momentos, no decorrer desta investigação, sentimos falta de estudos que tratassem desta temática, ou seja, o brincar de correr, de saltar, de pular e/ou de trotar no âmbito hospitalar. Mas, se por um lado, não existe um trabalho, pelo menos que seja de nosso conhecimento, que pudesse, de alguma forma, nos orientar, por outro, iniciamos um caminho árduo, pelo que se propõe, mas também com muitas possibilidades.

Apesar do movimento ser inerente à criança, de todo conhecimento teórico sobre a importância de atividades de brincar que estimulem o correr, o pular, o saltar e/ou o trotar no desenvolvimento de crianças e destas conceituarem e associarem o brincar com tais atividades, é necessário um estudo mais aprofundado, com intervenções utilizando estes movimentos, para comprovarmos que o brincar de correr, de trotar, de pular e/ou saltar traria mais benefícios à qualidade de vida dos pacientes do que o brincar hoje existente.

Constatamos que a criança hospitalizada necessita muito mais que medicamentos, alimentação, cuidados médicos e salas coloridas. O brincar é fundamental, seja ele dinâmico ou não. Não há dúvida que na infância o brincar é a ferramenta mediadora mais eficaz para se interagir com crianças. Também são imprescindíveis as “boas” e significativas inter-relações da rede social do microsistema, aquelas que potencializam o desenvolvimento.

Com base nos estudos em Educação Ambiental, entendemos que a área da saúde deve valorizar o ambiente como um fator determinante às condições de saúde, ao passo que a área ambiental deve compreender os efeitos das alterações ambientais sobre a saúde como uma contribuição significativa ao ser humano, não se limitando ao atual entendimento e preocupações restringidas ao meio físico.



Portanto, para promover efetivamente a saúde ambiental no contexto hospitalar pediátrico, a rede social deste microssistema deve ter conhecimento claro da influência do ambiente na saúde, propiciando melhoria de qualidade de vida às crianças por meio do brincar e potencializando as inter-relações.

Se visualizarmos o meio ambiente como uma teia, uma rede, ou ainda, como um rizoma e considerarmos que somos constituídos e constituintes desta estrutura, entenderemos que todas as nossas ações, de alguma forma e, em certo nível, afetarão os demais elementos. Em suma, o que queremos enfatizar é o alcance e a proporção das inter-relações humanas no microssistema pediatria no meio ambiente.

Considerando que a problemática definida para a consecução deste estudo tem uma grande abrangência populacional e representa uma importante parcela no processo de construção da Educação Ambiental, especialmente num espaço tão pouco explorado como o ambiente hospitalar, é relevante pensar que a EA aponta para a intra-relação e às inter-relações humanas, e que seus estudos configuram paradigmas emergentes sobre meio ambiente, saúde e educação.

A concepção de que passar um período hospitalizado, por menor que seja, não repercutirá de forma negativa na criança é inaceitável. A hospitalização, seja pela doença, pelo ambiente, pelas inter-relações ou outro aspecto, pode influenciar no comportamento biopsicossocial da criança no presente e/ou no futuro.

Encontrar soluções para as questões e problemas que envolvem a educação e a saúde ambiental exige estudos complexos. Portanto, é imprescindível unir forças e conhecimentos, o que requer uma abordagem inter, multi e/ou transdisciplinar. Neste sentido, a Educação Ambiental tem muito a contribuir, pois ela está fundamentada neste princípio. Embora, seja um grande desafio: delinear coletivamente os princípios da Educação Ambiental (SATO, 2003), é preciso empregar esforços e ao menos tentar.

### **5.3 PERSPECTIVAS DA PESQUISA**

Encaminharemos, além desta pesquisa, um projeto à direção do hospital, nosso campo de estudo, que contemple um trabalho multidisciplinar no atendimento à rede social do microssistema pediatria. Uma parceria entre o Mestrado em Educação Ambiental – MEA, o

Centro de Estudo Psicológicos sobre meninos e meninas de rua – CEP-Rua e o Hospital é um elo que certamente se tornará uma rede de relações.

Estas instituições contam com um grande número de profissionais e acadêmicos de diversas áreas aptos a informar os profissionais – monitores, enfermeiros, médicos, voluntários - e os responsáveis sobre o desenvolvimento infantil e a representação do brincar no ambiente pediátrico.

Entendemos ser necessário oferecer à criança e sua família uma assistência social, porém só esta não basta. Objetivamos atender a criança de forma integral, ou seja, ouvir o que ela tem a dizer e entender aquilo que ela não diz, mas expressa por meio de seu silêncio. É por meio da reflexão sobre a ação que conseguiremos juntos trazer benefícios à qualidade de vida das crianças hospitalizadas. A possibilidade de concretizarmos esta tarefa será maior se contarmos com diferentes áreas de conhecimento, atuando e/ou refletindo sobre o desenvolvimento que ocorre no contexto. Para tanto, contamos atualmente com os componentes do CEP-RUA – acadêmicos de Psicologia, Pedagogia, Direito, História, Letras, todos com conhecimento sobre a Bioecologia do desenvolvimento humano.

Pretendemos, primeiramente, oferecer a estes acadêmicos estudos sobre o ambiente hospitalar para depois inseri-los no contexto. Fazer com que interajam com as crianças, seus responsáveis e também os profissionais. Em seguida, elaborar juntos estratégias de enfrentamento das dificuldades encontradas. Oferecer alguns momentos de brincar à criança, de certa forma, é fácil, difícil é tirá-la de um estado de desconforto, sentimento que persiste ou retorna quando cessa o brincar.

Nesse sentido, a equipe multidisciplinar poderá elaborar e testar diversas estratégias para oferecer o brincar o maior tempo possível. Incorporar também atividades de brincar que envolvam o correr, o pular, o trotar e/ou o saltar. Oportunizar às crianças, que estiverem em condições, movimentos mais intensos como o correr, o pular, o saltar e o dançar e investigar como estas atividades repercutem na criança hospitalizada. Obviamente que o ideal para tais atividades é um espaço amplo, porém também é possível adequá-las ao espaço que se tem.

Estudaremos, juntamente com os profissionais, a possibilidade de utilizar um dos corredores da pediatria para realizar o brincar, bem como o melhor horário para fazê-lo. O referido corredor é amplo e permite a realização, com adaptações, de diversas atividades como: mini-futebol, boliche, pega-pega, danças, enfim, uma infinidade de brincadeiras.

Acreditamos ser uma prioridade melhorar as inter-relações com as pessoas que atuam no microsistema pediatria. Se não há diálogo entre os cuidadores – profissionais e responsáveis – como poderão auxiliar as crianças e a si mutuamente? As pessoas têm necessidades e carências bastante peculiares, por isso, as generalizações não são eficazes. É preciso interação entre as pessoas. Os profissionais devem saber ouvir o responsável. É ele quem saberá dizer qual a melhor forma de interagir com a criança quando da aplicação ou da administração de um medicamento ou da execução de um procedimento.

Por outro lado, o responsável também deve ser informado sobre a doença da criança, os procedimentos medicamentosos e outras informações relevantes que o profissional pode oferecer para que, tanto o responsável possa compreender, como também, se a idade permitir, a criança.

Enfim, se o caminho se faz caminhando, a pesquisa se faz pesquisando, as transformações também seguem este compasso. Assim, o primeiro passo é informar e, se necessário, desconstruir e construir crenças e romper (pré) conceitos. (Re) construir juntos novas idéias e novos ideais. O segundo é transformar o ambiente. Implementar o brincar no maior tempo e espaço possível para depois correr, saltar e pular de alegria juntamente com as crianças.

## REFERÊNCIAS

- ADAMS, P. **When healing is more than simply clowning around**. *Jama*, 279 (5), 401, 1998.
- ADAMS, P. **Patch Adams: o amor é contagioso**. (F. Colasanti, Trad.) Rio de Janeiro: Sextante, 1999 (Trabalho original publicado em 1945).
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. A “revisão bibliográfica” em teses e dissertações: meus tipos inesquecíveis – o retorno. In: BIANCHETTI, Lúcido & MACHADO, Ana Maria Netto (org). **A bússola do escrever**. São Paulo. Florianópolis: Cortez e UFSC, 2002 p. 25-44.
- BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa/Portugal: Edições 70 LDA, 1977. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. (ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. Tradução de: Pedrinho A. Guareschi.
- BENJAMIN, W. **Reflexões sobre a criança, o brinquedo e a educação**. São Paulo: Duas Cidades; Ed.34, 2002 (Coleção Espírito Crítico).
- BERSCH, A.A.S.; YUNES, M.A.M. Abordagem ecológica do desenvolvimento humano: mobilizando crianças hospitalizadas da passividade à atividade frente à doença. **ANAIS do III Simpósio Gaúcho de Educação Ambiental**. Erechim, 2004a - CD-Rom.
- BERSCH, A.A.S.; YUNES, M.A.M. Atividades lúdicas e o desenvolvimento de crianças hospitalizadas: contribuição da abordagem ecológica. **ANAIS do I Congresso Internacional Transdisciplinar Ambiente e Direito**. Porto Alegre, 2004b. CD-Rom.
- BETTELHEIM, B. **Uma vida para seu filho**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto, 1999.
- BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente. 12 de outubro de 1990.
- BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
- BRONFENBRENNER, U. Discovering what families do. Em D. Blankenhorn, S. Bayme & J. B. Elshtain (org), **Rebuilding the nest**. Wisconsin: Family Service America, 1990, p. 27- 39.
- BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. The ecology of developmental processes. Em W. Damon (org.), **Handbook of child psychology**. New York, NY: John Wiley & Sons, v.1, p. 993-1027, 1998.

BRONFENBRENNER, U.; EVANS, G. Developmental science in the 21<sup>st</sup> century: emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. **Social Development**, v.9, p.115-125, 2000.

BROUGÉRE, G. **Brinquedo e Cultura**. São Paulo: Cortez, 2004. (Coleção Questões da Nossa Época; v.43).

BUENO, F. da S. **Dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: FTD: LISA, 1996.

CAILLOIS, R. **Os jogos e os homens**. Lisboa: Cotovia, 1990.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1995.

\_\_\_\_\_. **As conexões ocultas**. São Paulo: Editora Pensamento-Cultrix, 2002

CARVALHO, F.B. **O símbolo em Cassier, Freud e Ricoeur como fundamentos para terapia ocupacional**. Campinas: UNICAMP, 1996 Dissertação Universidade de Campinas, 1996.

CARVALHO, I. C. de M. **A invenção ecológica: narrativas e trajetórias da educação ambiental no Brasil**. Porto Alegre: Ed. Universidade Federal de Rio Grande do Sul - UFRGS, 2001.

CECCIM, R.B. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIM, R.B.; CARVALHO, P. R.A. (org). **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal de Rio Grande do Sul - UFRGS, 1997.

CECCONELLO, A.M.; KOLLER, S.H. Inserção ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. **Revista Psicologia: reflexão e crítica**. v. 16, n.3, p. 515-524, 2003.

FALKENBACH, A. P. Perspectivas pedagógicas da atividade lúdica infantil: abordagem sob o prisma da psicomotricidade relacional. **Revista Perfil**, n.3, p.4-11, 1999.

FRANÇANI, G. M.; ZILIOI, D.; SILVA, P.R.F.; SANT'ANA, R.P.M.; LIMA, R.A.G. Prescrição do dia – infusão de alegria: utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. n.6, p 27-33, 1998.

FURASTÉ, P.A. **Normas técnicas para o trabalho científico**. 13.ed. Porto Alegre: 2004.

GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J.C. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. São Paulo: Phorte, 2003.

GATTI, B.A. Algumas considerações sobre procedimentos metodológicos nas pesquisas educacionais. **Revista Científica Eccos**, São Paulo, SP: p. 63-79, 1999.

GÓMEZ, G. R.; FLORES J.G. ; JIMÉNEZ, E.G. **Metodologia de la investigación cualitativa**. Maracena, Granada: Aljibe, 1996.

GREGIANIN, L. J. *et al.* Atendimento interdisciplinar da criança com câncer e sua família. In: CECCIM, R.B; CARVALHO, P.R.A. (org). **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1997.

GRÜN, M. **Ética e Educação Ambiental: a conexão necessária**. São Paulo: Papirus, 1996.

HELLER, L. Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, v.3, n.2, p. 73-84, 1998.

HUIZYNGA, J. **Homo Ludens**. São Paulo: Ed.Perspectiva da Universidade de São Paulo, 1971

JUNQUEIRA, M. de F.P.da S. A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiência. **Revista Estudos de Psicologia**, n.8, 193-197, 2003.

LEONTIEV, A. N. **Uma contribuição às teorias do desenvolvimento psicológico infantil**. In: Vygotski, L.S. Luria, A.R. & Leontiev, A.N. Linguagem e desenvolvimento e aprendizagem. São Paulo: Ícone1991.

MACHADO, A. M. N. A relação entre a autoria e a orientação no processo de elaboração de teses e dissertações. In: BIANCHETTI, L. & MACHADO, A.M.N.(org). **A bússola do escrever**. São Paulo. Florianópolis: Cortez e UFSC, 2002 p. 45-66.

MARCELLINO, N.C.(org). **Lúdico, educação e educação física**. Ijuí: UNIJUÍ, 1999.

MARQUES, M. O. **Escrever é preciso: o princípio da pesquisa**. 4. ed. – Ijuí: Ed. Unijuí, 2001. (Coleção Educação)

MATURANA, H.; VERDEN-ZÖLLER, G. **Amar e brincar: fundamentos esquecidos do humano do patriarcado à democracia**. São Paulo: Palas Athena, 2004.

MEDINA, J.P.S. **A educação física cuida do corpo... e “mente”**. Campinas, SP: Papirus, 2002.

MINAYO, M.C.de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

MINAYO, C. S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MITRE, R.M. de A.; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.9, 147-154, 2004.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Educação**, Porto Alegre, n. 37, p. 7–32, 1999.

\_\_\_\_\_. **Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva**, 2001. Apostila da disciplina Análise Qualitativa de Informações Discursivas, Mestrado em Educação Ambiental, FURG, Rio Grande, 2004a. 23p.

\_\_\_\_\_. **Explosão de idéias:** a unitarização de informações como encaminhamento de uma leitura aprofundada e compreensiva na análise textual discursiva, 2001. Apostila da disciplina Análise Qualitativa de Informações Discursivas, Mestrado em Educação Ambiental, FURG, Rio Grande, 2004b. 16p.

\_\_\_\_\_. **Mergulhos discursivos:** análise textual qualitativa entendida como um processo de aprender, comunicar e interferir em discursos, 2001. Apostila da disciplina Análise Qualitativa de Informações Discursivas, Mestrado em Educação Ambiental, FURG, Rio Grande, 2004c. 21p.

MOREIRA, L. P.; DUPAS, G. Significado de saúde e de doença na percepção da criança.. **Latino-am Enfermagem**, São Paulo, n. 11, p. 757-762, nov.-dez.. 2003.

MOTTA, A.B.; ENUMO, S.R.F. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.9, n.1, p. 19-28, 2004.

MOYLES, J.R. **The excellence of play**. Philadelphia: Open University Press, 1994.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2 ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NEGRINE, A. Instrumentos de coleta de informações na pesquisa qualitativa. In: TRIVINÕS, A.N.S.; NETO, V.M. (org.) **A pesquisa qualitativa na educação física: alternativas metodológicas**. 2 ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS/ Sulina, 2004.

NEGRINE, A. da S. **Aprendizagem e desenvolvimento infantil: simbolismo e jogo**. Porto Alegre: Prodil, 1994.

\_\_\_\_\_. **Aprendizagem e desenvolvimento infantil: psicomotricidade alternativas pedagógicas**. Porto Alegre: Prodil, 1995.v.3

NOVAES, L.H.V.S. **Brincar é Saúde: o alívio do estresse na criança hospitalizada**. Pelotas: EDUCAT, 1998.

\_\_\_\_\_. **O brincar como instrumento pedagógico no hospital**. Portugal: Universidade de Aveiro, 2003. Tese de doutorado em Ciências da Educação.

OLIVEIRA, H.de. Ouvindo a criança sobre a enfermidade e a hospitalização. In: CECCIM, R.B.; CARVALHO, P.R.A. (org). **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1997.

OLIVEIRA, S.S. G. *et al.* O lúdico e suas implicações nas estratégias de Regulação das Emoções em crianças hospitalizadas. **Psicologia: reflexão e crítica**, n.16, p.1-13, 2003.

ORTIZ, M. R. L. A psicologia hospitalar na atenção à criança e à família. In: CECCIM, R.B.; CARVALHO, P.R.A. (org). **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1997.

POLLOK, M.L; WILMORE, J.H. **Exercícios na saúde e na doença: avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação**. Filadélfia Pensilvânea: MEDSI, 1993.

POWERS, S. K.; HOWLEY, E.T. **Fisiologia do Exercício: Teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho**. 3 ed. São Paulo: Manole, 2000.

RIBEIRO, R. J. Não há pior inimigo do conhecimento que a terra firme. *Tempo Social*, Revista de Sociologia da USP, São Paulo, vol. 11, n.1, maio, 1999, p.189-195.

SAGGESE, E.S.R. & MACIEL M. O brincar na enfermaria pediatria: recreação ou instrumento terapêutico? *Pediatria Moderna*, n.32, p.290-292, 1996.

SALMUSKI, D.; LUSTOSA L. A importância da atividade física para a saúde e qualidade de vida. *Artus – Revista de Educação Física e Desporto*, Rio de Janeiro, v.7, n.1, dezembro 1996.

SANTIN, S. **Educação Física: uma abordagem filosófica da corporeidade**. Ijuí: Liv. UNIJUÍ, 1987. (Coleção ensaios: política e filosofia; 2)

\_\_\_\_\_. **Educação Física outros caminhos**. Porto Alegre/RS: EST, 1990.

\_\_\_\_\_. **Educação Física: temas pedagógicos**. Porto Alegre/RS: Suliani, 1992.

\_\_\_\_\_. Qualidade de vida e Esporte nos caminhos da Filosofia da Corporeidade. In: MOREIRA, W.W. e SIMÕES, R.(org.) *et al.* **Esporte como fator de qualidade de vida**. Piracicaba SP: Ed. UNIMEP, 2002

SANTOS, E.C. **Um estudo sobre brincadeira entre crianças em situação de rua**. Porto Alegre: UFRGS, 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SATO, M. **Educação Ambiental**. São Paulo: Rima, 2003.

SILVA, C.T.da. Câncer infantil e educação: a escuta da criança e da família. In: CECCIM, R.B.; CARVALHO, P.R.A. (org). **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1997.

SOARES, C. L. Sobre a formação do profissional em Educação Física: algumas anotações. In.: DE MARCO, Ademir (org.). **Pensando a educação motora**. Campinas: Papirus, 1995. p. 133-138. (Coleção corpo e motricidade).

SPITZ, R. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

STRIEDER, R. **Educar para a iniciativa e a solidariedade**. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 2000.



SZYMANSKI, H. Entrevista reflexiva: um olhar psicológico para a entrevista em pesquisa. **Revista Psicologia da Educação**, n.11/12p. 193 – 215, 2001.

TAMBELLINI, A. T.; CÂMARA, V. de M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, v. 3, n.2, p.47 –60,1998.

TAVARES, F.J.P. **A Educação ambiental na formação inicial de professores de educação física**. Rio Grande: FURG, 2002. Dissertação (Mestrado em Educação Ambiental), Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 2002.

TERRY, L B. **Efeitos do exercício de intensidade moderada e alta em indivíduos HIV-1 soropositivos: um estudo randomizado**. POA, 1997. UFRGS, ESEF, Ciência do movimento humano. 69p.

TRAVERS, R.M.W. **Intruducción a la investigación educacional**. Buenos Aires: Paidós, 1971.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VYGOTSKI, Lev S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1998 6ªed.

VYGOTSKI, Lev S., LURIA, A.N. , LEONTIEV, A. R. **Aprendizagem, desenvolvimento e linguagem**. São Paulo: Icone, 1991.

WALLON, H. **As origens do pensamento na criança**. São Paulo: Manole, 1989.

WEISS, E.M.G. **O cuidado na educação infantil: contribuições da área da saúde**. Perspectiva: revista do centro de ciências da educação. Santa Catarina: Ed.UFSC, 1999. v.17 p.99 –108.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

\_\_\_\_\_. **Explorações psicanalíticas**. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1994.

YUNES, M. A. M. Pretense and Reasoning: The effects of pretense on young children's capacity to ignore interfering information. **Revista Interamericana de Psicologia**. Venezuela: , v.33, n.1, p.133 - 149, 1999.

YUNES, M.A.M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção de conceitos afins e considerações críticas, p.13-42. In: TAVARES, José (org). **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, 2001.

YUNES, M. A. M. **A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda**. Tese de Doutorado não-publicada. Programa de estudos pós-graduados em Educação: Psicologia da Educação. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, 2001.

YUNES, M. A. M. As teorias implícitas de trabalhadores sociais sobre as práticas educativas em famílias de baixa renda. Trabalho apresentado no **I Congresso Brasileiro de Psicologia: Ciência e Profissão**, São Paulo, SP: FNEPB, 2002.

YUNES, M. A. M.; MIRANDA, A. T.; CUELLO, S. E. S. Um olhar ecológico para os riscos e as oportunidades para o desenvolvimento de crianças e adolescentes institucionalizados In: **Ecologia e desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo : Casa do Psicólogo, p. 193-214, 2004.

ZAMO, C.da G.de S; ALMOARQUEG, S.R.; SCHENKEL, S. S. O cuidado: a terapia de enfermagem na pediatria. In: CECCIM, R.B.; CARVALHO, P. R.A. (org). **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 1997.

ZEPPONE, R.M.O. **Educação Ambiental: teorias e práticas escolares**. São Paulo: JM Editora, 1999.

## ANEXO 1

Data: \_\_\_\_\_

### AOS RESPONSÁVEIS

*Grau de parentesco: mãe, pai, tio, tia, avó, avô, vizinho ou outro* \_\_\_\_\_

Está internado por qual motivo (identificar a patologia).

Período de Internação (dias) \_\_\_\_\_

É a primeira internação para tratamento desta doença?

A criança já teve outras internações?

O que a criança sabe sobre a sua doença? O que foi dito? Ela pergunta?

Como ficou o paciente após a internação?

Quais os sentimentos da criança com relação à doença? O que você percebeu, ou o que ela manifestou ?

Como você acha que a criança se sente em relação aos profissionais, médicos e enfermeiros? Que sentimentos ela tem ou demonstra?

Na sua opinião, o que é brincar?

Você brinca com seu filho em casa? De quê?

E no hospital? De quê? Em que local(is) (quarto, corredor, Sala de brincar, etc.)?

Qual a importância, na sua opinião, do brincar na vida da criança? É importante? Por quê?

E no hospital, você acha importante a criança brincar?

Qual a sua opinião sobre o trabalho realizado na Sala de brincar aqui do hospital?

Que sugestões você tem para mudar a pediatria ou o hospital em benefício das crianças?

Qual a sua opinião sobre as brincadeiras que envolvem movimento mais intenso aqui dentro do hospital? Como, por exemplo, correr, trotar, dançar, pular, etc...

**ANEXO 2**

**Data:** \_\_\_\_\_

**AOS PACIENTES PEDIÁTRICOS**

**NOME:** \_\_\_\_\_

**IDADE:** \_\_\_\_ **SEXO:** ( ) MASC. ( ) FEM

Por que você está aqui?

O que você acha de estar aqui no hospital?

O que você não gosta daqui do hospital?

Como você gostaria que fosse este hospital?

Do que você brinca fora do hospital?

Você gostaria de brincar disso aqui dentro do hospital? Aonde?

Das brincadeiras daqui da Sala qual/quais mais gosta?

Quem brinca com você aqui dentro do hospital? Quando?

Quando a Sala do brincar ou escolinha não está aberta, o que você faz?

O que você acha da Sala ou escolinha do hospital?

Quando você ouve a palavra brincar o que pensa?

### ANEXO 3

#### AOS PROFISSIONAIS

Data: \_\_\_\_\_

Setor / Função \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Na sua opinião, o que é brincar?

Como você vê o brincar durante o processo de hospitalização/recuperação da criança ?

Como você acha que a criança se sente em relação à equipe de saúde: médicos, enfermeiros, psicólogos ? Que sentimentos você acha que ela tem?

Você pode citar alguma reação de crianças que pode ser atribuída ao brincar?

Que sugestões você tem para mudar este ambiente em benefício da qualidade de vida das crianças?

Você faz uso do brincar com as crianças durante as suas intervenções ou durante o período de hospitalização?

Quando? Podes citar algumas situações? E como as crianças reagem?

Qual a sua opinião sobre a Sala do brincar aqui do hospital?

Qual a sua opinião sobre as brincadeiras que envolvem movimento mais intenso aqui dentro do hospital? Como por exemplo, correr, trotar, dançar, pular, etc...

## ANEXO 4

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado mãe e/ou responsável de \_\_\_\_\_, autorizo a realização de entrevistas gravadas e observações, minhas e de meu (minha) filho (a) para o desenvolvimento de pesquisa e posterior divulgação científica.

Rio Grande, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Assinatura:** \_\_\_\_\_



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RIO GRANDE  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Pesquisa: A influência do brincar no ambiente hospitalar pediátrico**  
**Pesquisadora: Ângela Adriane Schmidt Bersch**

*Natureza da pesquisa:*

Esta pesquisa tem como finalidade investigar a influência do brincar no ambiente hospitalar pediátrico.

*Participação na pesquisa:*

Solicitamos sua permissão para aplicar-lhe questionários e/ou entrevista acerca de suas experiências e concepções no que diz respeito ao processo de restabelecimento e permanência das crianças hospitalizadas na ala pediátrica do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

*Confidencialidade:*

Todas as informações obtidas nestas entrevistas são anônimas. No relatório dos resultados da pesquisa, os participantes serão identificados por nomes fictícios e todas as informações que possam levar à sua identificação serão omitidas. No final dos trabalhos, uma cópia dos resultados obtidos será encaminhada para conhecimento dos participantes.

*Benefícios:*

Objetivamos que esta pesquisa propicie informações importantes sobre o processo de hospitalização das crianças da ala pediátrica desta instituição e que, no futuro, a equipe de saúde, acadêmicos e demais profissionais possam fazer uso destes conhecimentos para oportunizar uma melhoria de qualidade de vida à esta população.

Tendo em vista os itens apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento e interesse em colaborar com esta atividade de pesquisa.

---

Nome do entrevistado

---

Local e data

---

Assinatura

---

Ângela Adriane Schmidt Bersch  
Responsável pela pesquisa

## **ANEXO 6**

### **PAUTAS DE OBSERVAÇÃO**

#### **Na Sala de brincar:**

- a criança interage com os pais? O que fazem?
- a criança interage com o(s) monitores(s)? de que forma?
- as interações entre as crianças: quais as atividades predominantes? Há diálogo? Sobre o que dialogam com maior frequência? Qual a idade das crianças?
- saídas para administrar medicamentos: quem vem chamar e como o faz? Qual a reação das crianças?
- Os profissionais – médicos, psicólogos e enfermeiros – interagem com as crianças? por quanto tempo? Qual a reação das crianças?

#### **No posto de enfermagem:**

Os profissionais – médicos e enfermeiros - e as inter-relações:

- há diálogo? Sobre o que conversam com maior frequência?
- relação dos profissionais com os responsáveis quando estes vêm ao posto de enfermagem solicitar auxílio.

#### **Nos quartos:**

Quando do atendimento dos profissionais aos pacientes:

- Ocorre diálogo? Sobre o que conversam?
- O profissional faz uso do brincar?
- Reação das crianças quando da entrada do(a) médico(a)
- E do (a) enfermeiro (a)
- Interação das crianças com seus responsáveis
- Interação das crianças com seus pares

#### **No Corredor:**

Atividade predominante das crianças

Inter – relações observadas neste espaço