

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Isis Ferraz de Moura

O LÚDICO NO HOSPITAL:
um estudo teórico sobre atividades com crianças

Rio de Janeiro

2013

Isis Ferraz de Moura

O LÚDICO NO HOSPITAL:
um estudo teórico sobre atividades com crianças

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção
do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marco Antônio Carvalho Santos
Coorientador: Prof^a. Me. Cristina Maria Toledo M. Morel

Rio de Janeiro
2013

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

M9291 Moura, Isis Ferraz de
 O lúdico no hospital: um estudo teórico sobre
 atividades com crianças / Isis Ferraz de Moura. -
 Rio de Janeiro, 2013.
 89 f.

Orientador: Marco Antônio Carvalho Santos
Co-orientador: Cristina Maria Toledo M. Morel

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
2013.

1. Saúde da Criança. 2. Criança Hospitalizada.
3. Promoção da Saúde. 4. Jogos e Brinquedos.
I. Santos, Marco Antonio Carvalho. II. Morel,
Cristina Maria Toledo M. III. Título.

CDD 362.7

Isis Ferraz de Moura

O LÚDICO NO HOSPITAL:
um estudo teórico sobre atividades com crianças

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção
do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 06/09/2013

BANCA EXAMINADORA

PROF. DR. MARCO ANTÔNIO CARVALHO SANTOS (EPSJV)

PROF.^a Me. CRISTINA MARIA TOLEDO MASSADAR MOREL (EPSJV)

PROF.^a DR.^a MARTHA CRISTINA NUNES MOREIRA (IFF)

PROF.^a DR.^a MARIA CECÍLIA DE ARAÚJO CARVALHO (EPSJV)

*Para o meu sobrinho Flávio
que tanto peregrinou por hospitais
em tão pouco tempo de vida.*

AGRADECIMENTOS

Meu carinho aos orientadores Marco Antônio e Cristina, pela dedicação e generosidade no processo de elaboração deste trabalho.

A meus pais, que torcem por mim sempre, mesmo sem entender, como eles mesmos dizem, por que eu estudo tanto.

Meu agradecimento especial a meu namorado Gustavo, que me apoiou em todos os momentos sem nenhuma reclamação. Pelo interesse contínuo por minha pesquisa, pela paciência, tendo sido o meu porto seguro, durante a elaboração deste trabalho, e será por toda a minha vida.

Meus agradecimentos aos amigos do mestrado, aos amigos de infância, da igreja, aos amigos do trabalho, do samba e da vida, que sempre tiveram palavras de incentivo. À Daniela Falci, pela amizade incondicional, à minha tia Zélia, pelas orações, e à Karina e a meu tio Eron, pela torcida.

À minha sogra Vera Lúcia, pela ajuda nas pesquisas em base de dados.

À minha Portela, meu amor inexplicável.

Às queridas Fafá, Rosa e Carmen, pelas dicas fundamentais, pelos sambas e pelo carinho.

Às crianças da minha vida: Flávio, Diogo, Pedrinho, Antônio Inácio, Ana Beatriz, Clarinha, Malu, Emanuel, Isabela e Mariana.

À intercessão de minha mãe Maria e a do Arcanjo Miguel, junto a meu bom Deus.

A meu Deus, por ter ouvido as minhas preces e colocado no meu caminho a Politécnica, o Marco, a Cris, a Micheli e o carinho dos colegas Flávia, Ana Maria, Marcos, Amanda, Juliana, Fátima Virginia, Maria de Fátima, Sarita, Carmen e Betty.

*Não é deslocando a direção do nosso olhar iludido que
consequimos torná-lo lúcido e calmo.*

É criando em nós um novo modo de olhar e de sentir.

Fernando Pessoa

RESUMO

Esta dissertação discute até que ponto as atividades lúdicas realizadas em hospitais contribuem para a saúde de crianças hospitalizadas. A motivação para a pesquisa surge da contradição entre ações que buscam garantir melhor atendimento às crianças hospitalizadas, pois se constata que, por vezes, causam estranhamento e resultam na negação das crianças em participar das brincadeiras. Objetiva-se inclusive discutir o desenvolvimento destas ações sob uma perspectiva da mudança de modelo de atenção. Para isto, são apresentadas duas políticas de saúde como marcos que também colaboram para a discussão da presença do lúdico no hospital: as Políticas Nacionais de Promoção da Saúde e de Humanização. A literatura analisada parte das seguintes questões: como o brincar e a arte são utilizados em atividades com crianças? Como as políticas de Promoção da Saúde e Humanização podem contribuir na realização das atividades artísticas e do brincar?

Palavras-chave: Brincar. Arte. Criança e hospitalização.

ABSTRACT

This paper discusses the extent to which recreational activities in hospitals contribute to the health of hospitalized children. The motivation for the research stems from the contradiction between actions that seek to ensure better care for hospitalized children, because it turns out that sometimes cause confusion and result in the denial of children participate in the games. The objective is to even discuss the development of these actions from the perspective of changing the model of care. To do so, two health policies are presented as markers also collaborate to discuss the presence of playfulness in hospital: National Policies for Health Promotion and Humanization. The literature reviewed some of the following questions: how play and art are used in activities with children? Since policies for Health Promotion and Humanization can contribute in achieving the artistic activities and play?

Keywords: Play. Art. Child and hospitalization.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva

ATSCAM Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno

BVS Biblioteca Virtual da Saúde

CEBES Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CGPNPS Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde

CONASEMS Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CNDSS Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde

CONANDA Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente

DLIS Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável

ECA Estatuto da Criança e do Adolescente

EUA Estados Unidos da América

GTH Grupos de Trabalho de Humanização

IFF Instituto Fernandes Figueiras

IPPMG Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira

MS Ministério da Saúde

ONG Organização Não governamental

OPAS Organização Pan Americana da Saúde

PNH Política Nacional de Humanização

PNPS Política Nacional de Promoção da Saúde

PNUD Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PS Promoção da Saúde

PSF Programa Saúde da Família

SUS Sistema Único de Saúde

UFRJ Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1 AS POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E DE HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE BRASILEIRA	14
1.1 Promoção da Saúde: Do debate internacional à criação de uma política brasileira.....	17
1.2- Do conceito à Política Nacional de Humanização.....	24
1.3 Mudanças no modelo de atenção: técnicas, metodologias, instrumentos e cuidado em saúde.	28
2 O BRINCAR E A ARTE.....	36
2.1- O brincar	36
2.2 A arte como expressão	42
2.3 - A arte e a criança	45
2.4 – Arte como criatividade, diversão, entretenimento e a cultura lúdica.....	50
3 A CRIANÇA E A HOSPITALIZAÇÃO	54
3.1 O debate sobre o conceito de infância e seu lugar nos estudos da sociologia	54
3.2 A criança sob o olhar da política de saúde, a hospitalização e estratégias para o cuidado da criança	61
3.3 Desafios e questões: reflexões sobre mudança do modelo de atenção à criança hospitalizada, através de atividades com artes e o brincar.....	69
CONCLUSÕES	80
REFERÊNCIAS	85

INTRODUÇÃO

Em 2008, ao ingressar na Pós-graduação lato sensu em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, no período da especialização, apresentou-se uma aproximação aos estudos relativos à Promoção da Saúde. O primeiro contato com enfoque nas atividades artísticas na área se efetuou na observação do trabalho de voluntários de um determinado hospital do Rio de Janeiro. A necessidade de ampliar o conhecimento conduziu ao ingresso no mestrado em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

Esta dissertação surge da experiência como profissional de saúde, realizada de 2001 a 2011, em diversos hospitais que destacam ações voltadas para beneficiar crianças internadas quanto à aceitação de sua condição e do tratamento médico. Este fenômeno, que trazia dentre as oportunidades oferecidas o brincar, bem como atividades artísticas, é face central do tema deste estudo, que abrange também promoção da saúde e humanização. A motivação para esta pesquisa surge, entretanto, de uma contradição: a identificação das atividades lúdicas apresentadas como garantia de melhor adesão ao tratamento e a constatação de que, por vezes, tais ações causavam estranhamento e resultavam na negação das crianças em participar. A redução da função do brincar a melhorar a adesão ao tratamento será objeto de discussão mais adiante neste trabalho.

Questionar a efetivação dessas atividades, num primeiro momento, pareceu um contrassenso, já que visavam proporcionar bem-estar aos participantes. Para alguns profissionais de saúde e até mesmo para colegas do mestrado, a resposta estava pronta: as atividades lúdicas são sempre benéficas, pois o brincar é básico e imprescindível à infância.

Levando a discussão para o ambiente hospitalar, porém, a afirmação já não obtinha tanta aprovação. O brincar era necessário, mas deveriam ser priorizados os cuidados com a doença e controle de infecção, a brinquedoteca deveria ficar fechada na hora das refeições, de curativos, de banhos ou quando os profissionais de saúde precisassem usá-la para reuniões. Surgiram questões, tais como: a criança restrita ao leito poderia brincar? E no CTI? Crianças em tratamento ambulatorial têm menos necessidade de atividades lúdicas, em função da maior eficácia de seu tratamento?

Ocorreram outros questionamentos entre os colegas, como o tempo a ser destinado para as atividades lúdicas. E ainda, quem brincaria com as crianças, os acompanhantes, os

profissionais de saúde? Haveria tempo para o brincar no horário de trabalho? Brincar é trabalho?

Importa acrescentar também que dentre as ações utilizadas para “promover a saúde de crianças hospitalizadas”, observadas pela autora desta dissertação, algumas, contudo, nem sempre atingiam bons resultados.

Ainda sobre estas inquietações iniciais foi questionada a importância das atividades lúdicas nas instituições hospitalares, o incentivo (ou não) à criação de espaços a elas destinados, à aquisição de mobiliário adequado, à arquitetura, à formação de profissionais e o tempo dedicado à discussão do tema.

Assim, foram se agregando questionamentos que suscitaram embasamento teórico acerca do desenvolvimento de atividades lúdicas com crianças hospitalizadas. Deste modo, a constatação do crescimento do número de trabalhos lúdicos, envolvendo ONGs e voluntários, nas unidades hospitalares e o aumento de pesquisas científicas que garantem que o brincar e a arte podem contribuir no processo de recuperação da criança enferma constitui outra motivação deste estudo.

O projeto inicial avaliado pela banca de qualificação apontava para uma pesquisa de campo, de forma a aprofundar as questões levantadas a partir da análise de uma experiência que envolvesse o brincar e a arte com crianças em situação de hospitalização. Contudo, as exigências da instituição proponente e de pesquisa e o prazo para a defesa da dissertação inviabilizaram a proposta inicial. Após mudança na metodologia, este trabalho passa à pesquisa bibliográfica para analisar as possibilidades da arte e do brincar com crianças hospitalizadas.

Para nortear o estudo, a literatura foi analisada a partir da seguinte questão: como o brincar e a arte são utilizados em atividades com crianças? Para isso, identificam-se aspectos importantes para o tema, como a liberdade da criança em escolher participar ou não da atividade e a necessidade, da parte dos dirigentes das ações, de conhecer o público de crianças envolvido.

Outra pergunta norteadora da pesquisa foi: como as políticas de Promoção da Saúde e Humanização podem contribuir na realização das atividades artísticas e do brincar? A partir de tal indagação identificaram-se conceitos fundamentais para ambas as políticas, tais como a participação dos sujeitos envolvidos, a autonomia, o protagonismo, a responsabilização, a criação de ambientes favoráveis à saúde e ações acolhedoras.

Nesta pesquisa são estudadas algumas ações que pretendem contribuir para o processo de recuperação de crianças hospitalizadas. Experiências relatadas em trabalhos acadêmicos, como o de Rockenbach (2006), mostram resultados positivos no restabelecimento de crianças hospitalizadas que participavam de atividades envolvendo expressões artísticas. Rocha e Carvalho (2010) sinalizam, dentre seus objetivos, a “promoção da saúde da criança hospitalizada”. Para análise das ações de Promoção da Saúde destaca-se o estudo de Matraca *et al.*, que apresenta uma concepção de saúde diferente daquela que define a saúde como ausência de doenças ou de completo bem-estar (OMS, 1946):

Saúde entendida como um recurso para vida e não como um objetivo para viver; promoção da saúde como uma reação positiva que leva a uma percepção ampliada, integrada e complexa e intersetorial; articula ambiente, educação, pessoas, estilo e qualidade de vida (MATRACA *et al.*, 2011, p.4127).

No caso de atividades de Promoção da Saúde existem outras questões que permitem avaliar os resultados alcançados. Assis (2004), citando Goodstadt *et al.*, mostra a importância de considerar os seguintes pontos: 1) ter metas que vão além da prevenção da morbidade, incluindo a melhoria da saúde e do bem-estar; 2) ter como foco a saúde positiva, saúde holística, justiça social, equidade e participação; 3) usar o *empowerment*¹ como mecanismo central; 4) responder aos determinantes da (ou pré-requisitos para) saúde: fatores de nível macro social; e 5) ter ações nas áreas prioritárias da Carta de Ottawa: fortalecer a ação comunitária, construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes de suporte, desenvolver habilidades pessoais e reorientar os serviços de saúde.

Tem-se na própria literatura restrita a este assunto materiais, referências e indicadores para fazê-lo. Para Ayres (2004), a Promoção da Saúde tem como principais constituintes “a ênfase na integralidade do cuidado e prevenção, o compromisso com a qualidade de vida e a adoção da participação comunitária como peça fundamental do planejamento e avaliação dos serviços” (AYRES, 2004, p.583).

Ainda segundo este autor, a questão do cuidado é de suma importância para a avaliação em Promoção da Saúde, sendo o cuidado definido como o “encontro terapêutico, isto é, da citada natureza compreensiva e construtiva do diálogo mediado pela técnica e pela ciência nas práticas de saúde, em quaisquer de suas aplicações e escalas” (AYRES, 2004,

¹ Significa empoderamento. Maria Glória Gohn é uma das autoras que apresenta um debate sobre o conceito de *empowerment*. GOHN, MG. *Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. Saúde e Sociedade*, v.13, n.02, p.20-31, maio-ago. 2004.

p.585). É este conceito que Ayres traz como fundamental para avaliação em Promoção da Saúde.

Para atingir um dos objetivos desta pesquisa são apresentadas as Políticas de Promoção da Saúde e de Humanização, marcos que também oportunizam o trabalho com atividades lúdicas no interior de hospitais. O propósito destas políticas é contribuir para

[...]a construção de ambientes saudáveis, com base na ética, respeito, afeto, e diálogo nas relações do sujeito com o outro e com o meio ambiente e possibilitar maior compreensão de diferentes identidades culturais que perpassam e constroem a convivência comunitária do homem nos diversos núcleos sociais de seu convívio (BRASIL, 2007, p.24).

A abordagem de análise bibliográfica como metodologia inclui também buscas em bases de dados, como Scielo, Bireme, BVS; em bibliotecas virtuais, como a da Universidade de São Paulo e da Universidade Federal da Bahia². Buscou-se identificar bibliografias a partir do ano 2000 até os dias atuais, sobre relatos de experiências relativas à temática desta dissertação: atividades artísticas, o brincar, promoção da saúde e humanização.

Na investigação bibliográfica, diversas atividades realizadas com crianças foram apontadas: 1. Biblioteca Viva - um programa de incentivo à leitura através não só de livros, como do audiovisual, da música, de filmes, teatro, dança e de outras linguagens que contribuam para a formação de leitores; 2. Classe Hospitalar - é a escola na enfermaria; 3. Atividades com Palhaços e o Programa Saúde Brincar-Programa de Atenção Integral à Criança Hospitalizada. Este programa, desenvolvido há 20 anos no Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz, foi a mais antiga iniciativa neste campo identificada por esta pesquisa.

As experiências levaram então à procura de bibliografias específicas que não se restringem ao tema somente, indo além, tais como teorias sobre a infância e o brincar; o debate relativo a atividades artísticas em hospitais; a discussão conceitual acerca da Promoção da Saúde e o acesso às Políticas Nacionais de Humanização e Promoção da Saúde, legislações que estão associadas às atividades voltadas para crianças hospitalizadas.

A pesquisa se desenvolve, portanto, a partir de questionamentos acerca das contribuições do lúdico para a transformação do modelo da atenção à criança hospitalizada. Pretende-se analisar, com fundamento nas referências teóricas listadas ao final da dissertação, o valor do brincar e da arte em beneficiar o tratamento, visando discutir tais atividades sob a perspectiva da mudança do modelo de atenção e cuidado a crianças hospitalizadas.

² Estas duas bibliotecas virtuais foram as que mais apresentaram estudos na área.

Este trabalho está organizado em três capítulos. No primeiro, é discutido o tema das políticas de Promoção da Saúde e de Humanização no contexto da saúde brasileira. Apresenta-se inicialmente um debate sobre a conjuntura da saúde pública no Brasil e posteriormente sobre Promoção da Saúde e Humanização. Este último assunto se desenvolve a partir de duas linhas: uma, que é a nascida do movimento canadense, voltada para análise dos determinantes sociais de saúde; e outra comportamental, que associa Promoção da Saúde a hábitos individuais de vida.

Após esta exposição, apresentam-se as Políticas Nacionais de Promoção da Saúde e Humanização, constantemente citadas por trabalhos voltados para crianças hospitalizadas, sendo analisadas as contribuições das mesmas para a execução de ações lúdicas em hospitais. As referências são as cartas de promoção de saúde, a articulação entre políticas e tecnologias e a reorientação de serviços de saúde preconizados por ambas. Estão aqui selecionados conceitos fundamentais na teoria da Promoção da Saúde, tais como a intersectorialidade, a participação, a equidade e a inclusão social, a sustentabilidade e a adequação e correspondência ao entorno.

Ainda no primeiro capítulo são apresentados os novos modelos de atenção à saúde e, dentre eles, a Promoção da Saúde como forma de se repensar as ações voltadas para crianças hospitalizadas.

O segundo capítulo traz a discussão sobre o brincar e a arte. Através de um estudo que tem como principais referências Brougère (1995), Huizinga (1980), Lowenfeld e Brittain (1977), reflete-se sobre tais conceitos, que fundamentam as atividades lúdicas com crianças em hospitais.

O terceiro e último capítulo, que trata da criança e da hospitalização, analisa a hospitalização infantil a partir das contribuições já levantadas nos dois capítulos iniciais. Apresenta-se também uma discussão histórica sobre o conceito de infância, o debate sobre o tema na visão da sociologia e o enfoque dado à saúde da criança, a partir das políticas de saúde, da questão da hospitalização deste público e estratégias para o cuidado do mesmo.

Nas conclusões, alguns argumentos que mostram como as atividades com arte e o brincar podem contribuir com o cuidado da saúde da criança. Longe de pretender esgotar o tema, esta pesquisa mostra a necessidade do envolvimento da criança nas atividades voltadas para elas, assim como o estímulo do debate de outras formas de cuidar entre os profissionais de saúde.

1 AS POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E DE HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE BRASILEIRA

A assistência precária à saúde da população é consequência do modelo social brasileiro, marcado por profundas desigualdades. Dentre as características deste modelo nos anos de 1970, período em que alguns movimentos sociais discutem reformas para a saúde, estão as dificuldades em atender novas demandas criadas pelo desenvolvimento econômico e pela grande quantidade de pessoas que se concentravam nas regiões urbanas. A partir deste fenômeno populacional e sem a contrapartida de uma infraestrutura adequada, acentuam-se situações características do modo de produção capitalista.

Baptista (2005) apresenta características da saúde do período supracitado. Doenças como sarampo, cólera, difteria eram constantes. Não havia ações ou eram raras as políticas públicas voltadas para o enfrentamento das mesmas. A autora descreve ainda situações como a fragilidade na vigilância sanitária, falta de cuidados adequados a pacientes asilados e de condições mínimas para assistência à saúde da população.

A grande exploração da mão de obra e a degradação da qualidade de vida da população brasileira fizeram surgir, a partir deste período, movimentos que questionam as concepções e práticas de saúde. Questionam-se a prioridade das ações curativas em detrimento das preventivas, o uso intensivo de tecnologias e a crescente especialização da prática médica, a assistência médica em torno do hospital e as formas de lidar com situações amplas como processos demográficos, epidemiológicos e até culturais.

O Movimento Sanitário foi um marco na trajetória da saúde pública e na análise crítica das práticas médicas. Escorel (1999) define o movimento como conjunto de pessoas vinculadas à área da saúde que lutam pela saúde da população como direito de cidadania. Para Baptista (2005), tal movimento buscava também uma mudança na assistência à saúde brasileira. Dentre as bandeiras do movimento, a autora destaca as seguintes: a saúde como direito independente de contribuição financeira e sem discriminação; ações integradas preventivas ou curativas em um sistema único de saúde para toda população; ações descentralizadas em nível de gestão e a promoção da participação e do controle social.

Ao apresentar uma concepção de saúde não mais centrada no modelo médico-hegemônico, tal movimento trouxe à tona o conhecimento das diversas categorias envolvidas neste setor. A mobilização da sociedade em torno de uma saúde para todos ajudou a construir

um conceito ampliado. Lima (2007) apresenta o seguinte, sobre a definição acerca do tema, que tem influências do pensamento marxista:

[...] como resultado das relações sociais que os homens estabelecem em sociedade e destes com a natureza, no processo de produção de sua existência. Como produto das relações que os homens estabelecem com as formas de organização social da produção material, que permitem ou não maior qualidade de vida, acesso à alimentação saudável, à moradia, à educação, ao trabalho, ao lazer, a serviços de saúde, entre outros. Essa concepção de saúde define um processo no qual a própria doença não pode mais ser pensada ou reduzida ao corpo biológico, sendo imprescindível considerar também o corpo socialmente investido, isto é, verificar como o corpo do homem se dispõe em sociedade antes de tudo como agente de trabalho, pelo fato de o trabalho definir o sentido e o lugar dos indivíduos na sociedade (LIMA, 2007, p.2).

O Brasil, a partir da década de 1970, passou por um processo de mudanças no que diz respeito à mobilização popular e política tanto por mudanças na área da saúde quanto pela democratização do regime político vigente. Na área da saúde destaca-se a criação de instituições importantes para o fortalecimento da luta para a democratização do sistema de saúde, tais como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES, no ano de 1976 e a Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva- ABRASCO, no ano de 1979.

As conferências são marcos para instituição de mudanças que já são pautas de debates realizados por setores da sociedade organizada. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata no Cazaquistão (1978), foi um destes marcos que propôs caminhos para a saúde mundial. Desta conferência originou-se a Declaração de Alma-Ata, documento considerado pioneiro na ênfase à atenção primária. Tal documento critica, entre outras questões, as ações de saúde verticalizadas e a assistência à saúde centrada no hospital. Reorienta as ações para um cuidado integral da saúde, a valorização de saberes populares e a saúde como processo para melhoria da condição de vida da população.

Ao longo da história da saúde pública brasileira foram desenvolvidas formas de cuidados, tendo como referência a medicina física, comunitária, preventiva, de grupo, todas centradas na doença e focadas em algumas poucas disciplinas, tendo no topo da hierarquia o saber médico. A abertura para outro tipo de modelo de atenção à saúde não mais centrada no saber médico acontece a partir década de 1980, quando começa a discussão de diretrizes necessárias para a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, além de mudanças no que diz respeito à organização dos serviços, às demandas e necessidades de saúde da população.

O processo de criação do SUS deu-se a partir de uma conjuntura de crise política e social da década de 1980 e pelo clamor de redemocratização do Estado. A criação do sistema é trazida aqui através do trabalho de Baptista (2005):

O SUS insere-se em um contexto mais amplo de política pública – a seguridade social – que abrange além das políticas de saúde, as políticas de previdência e assistência social. A definição do modelo de seguridade social no Brasil significou a formulação, pela primeira vez na história do país, de uma estrutura de proteção social ‘abrangente’ (universalidade da cobertura e do atendimento), ‘justa’ (uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais), ‘equânime’ (equidade na forma de participação do custeio) e ‘democrática’ (caráter democrático e descentralizado na gestão administrativa), na qual cabe ao Estado a provisão e o dever de atenção (Brasil, 1998, art.194) (BAPTISTA, 2005, p. 32).

De acordo com a descrição anterior trazida por Baptista (2005), o Estado deve garantir que o SUS cumpra suas diretrizes com ênfase nas ações de promoção e prevenção. Cabe lembrar que o processo que culminou na criação do Sistema Único de Saúde traz também o debate sobre a mudança no modelo de atenção, análise das relações/modelos hegemônicos de cuidado e gestão dos serviços.

Uma das estratégias de mudança no modelo de atenção à saúde no Brasil consiste na criação do Programa Saúde da Família³. O PSF transformou-se num instrumento para a universalização da cobertura da atenção básica e assim reorganizou o processo de trabalho na área. A mudança em tela diz respeito ao deslocamento do modelo assistencial hospitalocêntrico, que visa o doente, para o modelo focado na família no seu local de moradia, o que possibilita entender melhor a relação saúde-doença. Outro aspecto importante sobre o tema é a inclusão de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos.

A seguir será abordado o surgimento de uma outra proposta de mudança no modelo de atenção: a Promoção da Saúde.

³ O PSF foi substituído pela Estratégia da Saúde da Família, deixando de ser considerado um programa.

1.1 Promoção da Saúde: Do debate internacional à criação de uma política brasileira

Deste novo olhar sobre a saúde surge também o movimento de Promoção da Saúde. Este possui uma trajetória histórica que envolve aproximadamente duas décadas, a partir de iniciativas presentes em países como o Canadá, Estados Unidos e parte da Europa⁴.

Buss (2003) lista alguns autores que foram pioneiros neste tema, assim como Winlow (1920), que traz uma definição de saúde pública através de ações voltadas para prolongar a vida, promover saúde física e mental, ação comunitária pelo saneamento, serviços de prevenção e o aperfeiçoamento da máquina social para assegurar um padrão de vida adequado para manter a saúde. E também Sigerist (1946), que seleciona quatro tarefas essenciais da medicina: promoção da saúde, prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Leavell e Clark (1965) também utilizaram o conceito de Promoção da Saúde para apresentar os níveis de prevenção, presentes no modelo de história natural da doença (BUSS, 2003, p.17). Para Teixeira e Sollas (2006), o debate da Promoção da Saúde nos dias de hoje contribui para a retomada dos referenciais da Reforma Sanitária Brasileira, ultrapassando o objetivo de construção do SUS.

A Promoção da Saúde (PS) é definida como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo. Assim, “Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente” (CARTA de OTTAWA in: BRASIL, 2002).

O movimento referido anteriormente é carregado de posições contrárias às lógicas hospitalocêntricas ou de medicalização da população. Tal afirmação aparece claramente nas Conferências de Promoção da Saúde. Estas Conferências são marcos internacionais que dão suporte às políticas, às ações e aos estudos desenvolvidos sobre o tema até hoje.

Sobre as Conferências de Promoção da Saúde a principal foi realizada em 1986, em Ottawa, que traz a definição do conceito de PS, a defesa da equidade em saúde, a importância dos determinantes sociais de saúde e defende que a concepção de estilos de vida ou de bem-estar vai além da responsabilidade do indivíduo ou da área da saúde. Ainda sobre Ottawa é importante destacar estratégias fundamentais de PS, como a capacitação e a mediação, e os cinco campos centrais defendidos no documento: a elaboração e implementação de políticas

⁴ O movimento de Promoção da Saúde começa no Canadá e só depois da II Guerra Mundial é que se torna um movimento internacional.

públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde.

A identificação destas estratégias nas atividades com arte e o brincar, voltadas para crianças hospitalizadas, ajudará a compreender um dos objetivos deste trabalho, assim como a visualizar um conjunto de valores: “vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parcerias, entre outros” (BUSS, 2003, p.16). Para este autor, a valorização do conhecimento popular e da participação social constitui a base da formulação do conceito da Promoção da Saúde. Segundo publicação em 2007 do Ministério da Saúde (MS), os programas ou as ações de PS têm as seguintes características:

[...]a amplitude e complexidade do conceito de saúde; a discussão acerca da qualidade de vida; o pressuposto de que a solução dos problemas está no potencial de mobilização e participação efetiva da sociedade; o princípio de autonomia dos indivíduos e das comunidades e o reforço do planejamento e poder local (BRASIL, 2007, p.7).

Para Teixeira e Sollas (2006), a teoria da PS vem apresentando mudanças conceituais através dos estudos de vários autores e das discussões realizadas nas conferências sobre o tema. Na Conferência de Ottawa (1986), a PS toma uma conotação política e técnica para entender e também atuar no processo saúde e doença. Nas demais conferências⁵ as ideias enfatizadas foram: “cidades saudáveis, a possibilidade de formulação de políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de ações intersetoriais para melhoria da qualidade de vida” (TEIXEIRA e SOLLAS, 2006, p.87).

No Brasil a discussão da Promoção da Saúde foi incorporada pelo Ministério da Saúde (MS) através da criação de um projeto sob a responsabilidade da Secretaria de Políticas da Saúde, em 1998, responsável por ações e pela publicação de uma revista sobre o tema. Hoje, além da criação da Política Nacional de Promoção à Saúde (2006) – (PNPS), órgãos como o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) incluem a discussão na sua agenda política.

A criação da PNPS é um dos avanços na área da saúde. Tal política pode ser utilizada como estratégia no cuidado a crianças hospitalizadas através do “modo de pensar e de operar, articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde” (BRASIL/MS, 2006, p.10). A PNPS reforça o conceito ampliado de saúde, o direito à saúde, assim como os ideais de reforma sanitária brasileira e os princípios do SUS.

⁵ Adelaide (Austrália), Sundsvall (Suécia), Bogotá (Colômbia), Jacarta (Indonésia) e México.

A introdução das concepções de Promoção da Saúde no Brasil foi realizada através da criação do Programa de Controle do Tabagismo, que propiciou ao Brasil destaque mundial com participações no Tratado Internacional para Controle do Tabaco e a presidência, em 2000, do Órgão de Negociação Internacional. Também foram incorporados valores próprios da Promoção da Saúde aos programas do Ministério da Saúde (MS), como o de Controle da AIDS, Hipertensão e Diabetes, entre outros.

No ano de 2005, foi criado o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS) e a partir da formulação feita por este, o MS formaliza a PNPS no SUS. Buss e Carvalho (2009) apresentam as diretrizes da política, que são:

A consolidação da PNPS na agenda do MS, articulando a política ao SUS; a coordenação com os demais setores em nível municipal e estadual através da elaboração de planos de PS; o monitoramento e avaliação da implementação da PNPS; o reconhecimento da PS para a equidade; o estímulo às ações intersetoriais e o fortalecimento da participação social; a adoção das práticas de gestão e de redes intersetoriais; o incentivo da pesquisa e a avaliação da PS; viabilizar a PS para trabalhadores e usuários do SUS, através de metodologias participativas e que incentivem o saber popular (BUSS e CARVALHO, 2009, p. 2307).

Ainda nos anos de 2005 e 2006 são criadas, respectivamente, a Comissão de Determinantes Sociais de Saúde, pela OMS, e um ano depois, no Brasil, instituída pelo presidente da república, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Esta última, formada por pessoas de diversas áreas, envolveu dezesseis ministérios das áreas econômicas e sociais, de Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e da OPS/Brasil. Em 2008 expõe um relatório final que tem como título “As causas sociais das iniquidades de saúde no Brasil”. Como orientações do relatório, Buss e Carvalho (2009) apresentam as principais recomendações da CNDSS, que incluem:

A criação de uma Câmara de Políticas Sociais no Gabinete Civil da Presidência da República para realizar a necessária articulação intersetorial, no plano federal, das políticas públicas que têm reconhecidas influências sobre a saúde. Uma secretaria executiva – na forma de secretaria Nacional de Promoção da Saúde e Atenção Básica – seria criada pelo MS, outorgando a este a devida prioridade. De fato a coordenação da área da PS tinha sua localização na divisão de “doenças crônicas não transmissíveis” no interior da Secretaria de Vigilância à Saúde, estrutura responsável no MS pela política de “controle de doenças”. Esta era, possivelmente, uma das causas para a baixa prioridade atribuída até então a PS no MS e uma visão reducionista que a mantinha restrita ao âmbito da prevenção de risco ou doenças (BUSS e CARVALHO, 2009, p. 2307).⁶

⁶ Para atualizar os estudos referidos anteriormente, cabe esclarecer que hoje a coordenação da área da PS ainda tem sua localização no interior da Secretaria de Vigilância à Saúde.

Outro momento de destaque para a PS foi o lançamento do “Programa Mais Saúde: Direito de todos 2008-2011⁷”, que inclui a PS entre os 07 eixos de intervenção. O programa prevê eixos prioritários de intervenção nas áreas de Promoção da Saúde e intersectorialidade, atenção à saúde, complexo industrial e inovação da saúde, força de trabalho em saúde, inovação da gestão, participação e controle social e cooperação internacional.

Os estudos de Teixeira e Sollas (2006) mostram que inicialmente a PS no SUS estava sob responsabilidade da Secretaria Executiva do MS:

[...]órgão responsável pela articulação de iniciativas um tanto dispersas na instituição, quer no âmbito da Secretaria de Vigilância da Saúde, particularmente o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, quer no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde, particularmente a Coordenação Geral de Vigilância Ambiental, a Secretaria de Gestão Participativa, especialmente o Departamento responsável pelas ações de Educação Popular em saúde e a Secretaria de Ciência e Tecnologia, que através do DECIT incluiu a questão da Promoção da Saúde na Agenda de Prioridades de Pesquisa na área (TEIXEIRA e SOLLAS, 2006, p.92).

Buss e Carvalho (2009) fazem uma análise do desenvolvimento institucional da PS num período de 20 anos após a Constituição de 1998. Para tal, os autores resgatam as discussões juridico-institucionais que dão aporte à institucionalização da PS no Brasil. A análise é iniciada por uma conjuntura de ampliação da atenção básica e da implementação do Programa Saúde da Família que, como já apontado anteriormente, propõe ações de saúde promotoras, preventivas, recuperadoras, reabilitadoras de doenças e agravos.

Os autores seguem seu trabalho, destacando os 1998 e 1999 como anos de formalização da institucionalização da PS, através do projeto “Promoção da Saúde um novo modelo de atenção”. Neste, o Brasil em cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento inaugura o debate com a publicação da *Revista Promoção da Saúde* que em seus artigos introdutórios traz as Cartas da Promoção da Saúde.

A criação da PNPS em 2002 é um marco nesta trajetória. Contudo, Buss e Carvalho (2009, p.2306) criticam a “vigência integral real no interior do Sistema de Saúde”. Esta crítica refere-se à dificuldade da implementação das diretrizes propostas pelas políticas. Ações pontuais neste período foram realizadas, tais como: violência no trânsito, alimentação saudável, atividade física e de Promoção da Saúde na escola. Outras ações realizadas com apoio do PNUD⁸ referem-se ao programa “Comunidade Solidária”, parcerias interministeriais

⁷Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2ed.pdf. Acesso em: 15 jan.2013.

⁸ PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

através de experiências de Alfabetização solidária, Agricultura familiar e DLIS – Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável, entre outras.

Em 2004 o MS inicia, com base no documento “Análise da Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde” (2004), o Programa Pratique Saúde, desenvolvido a partir de temas prioritários para a saúde da população, tais como diabetes, hipertensão, obesidade, tabagismo, através de informações sobre riscos e complicações de doenças crônicas, como evitá-las ou retardá-las. O programa visa à incorporação dessas ações nas rotinas dos serviços de saúde, nas comunidades e na vida da população.⁹

Como modelo de implementação da política do sistema de saúde, esta pesquisa traz o exemplo do município do Rio de Janeiro. Este, desde os anos 1990, já contava com uma assessoria de Promoção da Saúde. A vantagem de uma assessoria era a transversalidade que contribuía de modo significativo com o que foi proposto nos documentos sobre PS. Em 2005 esta política passa por um processo de mudança. Em 2009, com a mudança da gestão municipal, foi criada uma Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção, com três superintendências: Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e Atenção Primária. O objetivo da subsecretaria foi dar à Promoção o mesmo *status* que tinham a Vigilância e a Atenção Primária¹⁰.

A experiência do município do Rio de Janeiro traz um avanço com relação ao lugar da Promoção da Saúde no SUS. Diferente do caminho percorrido no âmbito ministerial, como foi citado anteriormente através do trabalho de Buss e Carvalho (2009), a Promoção da Saúde não foi reduzida à prevenção de doenças.

Para Teixeira e Sollas (2006), a adoção do ideário de PS pelo governo brasileiro propiciou a discussão sobre mudança de modelo de atenção no Sistema Único de Saúde e assim, a busca pela implementação “de um modelo que contemple a articulação de um conjunto heterogêneo de práticas voltadas ao controle dos determinantes, dos riscos e dos danos à saúde individual e coletiva” (TEIXEIRA e SOLLAS, 2006, p.89). A discussão sobre mudança no modelo de atenção à saúde no Brasil tem como referenciais os princípios de integralidade, universalidade, participação e equidade, apresentados nas diretrizes do SUS, articulados com questões estruturais relacionadas à saúde da população.

Teixeira e Sollas (2006) trata tal discussão como ponto de vista teórico-conceitual e normativo na perspectiva da mudança no modelo de atenção. Para as autoras tal mudança

⁹Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=919. Acesso em: 15 jan.2013.

¹⁰ Dados fornecidos por Viviane Manso Castelo Branco ex-coordenadora de Promoção da Saúde do Município do Rio de Janeiro. Dados fornecidos em 18/jan./2013.

deve ser conduzida a partir da integralidade do cuidado através de inovações numa perspectiva de gerência organizativa e técnica-assistencial das questões de saúde. Ainda para a autora, este processo acontece de duas formas: inovações no conteúdo das práticas e na forma de organização. A primeira refere-se ao modo de direcionar as ações inovadoras para solucionar problemas, necessidades e demandas dos usuários. A segunda diz respeito à organização dos processos nos serviços, nos diversos níveis de complexidade e nas redes assistenciais.

Ainda sobre o debate de mudança de práticas a partir da Promoção da Saúde, a ênfase da autora é na “incorporação de propostas que dizem respeito a mudanças no conteúdo das práticas de saúde, contribuindo para a redefinição dos objetos das práticas, e dos meios de trabalho empregados no desenvolvimento de ações de vários níveis organizacionais” (TEIXEIRA e SOLLAS, 2006, p.101).

Rabello (2010) traz um resumo sobre a contribuição da PS para a discussão contemporânea da saúde:

[A promoção da saúde] Resgata de alguma maneira o papel dos determinantes sociais no processo saúde/doença, presente no ideário da medicina social do século XIX, defendendo ações que incorporem a articulação intersetorial, as abordagens interdisciplinares e a participação social. Ao considerar todos os fatores causais de saúde e doença, amplia o alcance das ações para além dos parâmetros tradicionais da saúde pública e de prevenção da doença. Realiza, em paralelo, uma síntese inovadora de conceitos originários de campos disciplinares como a sociologia, a psicologia, a ciência política, a economia, a epidemiologia e a ecologia, introduzindo novas idéias, linguagens e conceitos sobre a saúde e sobre a maneira de produzi-la (RABELLO, 2010, p.80, grifo nosso).

A discussão conceitual sobre o que é Promoção da Saúde, apresentada aqui por Rabello (2010), traz como reflexão o reduzido acúmulo teórico e o que alguns apontam como a não necessidade de uma teoria única sobre o tema. Esta última afirmação tem por referência a participação de teóricos de diversas áreas, como a educação, medicina, educação física, psicologia.

Rabello (2010) estuda o campo da PS e as diversas formas de se desenvolver trabalhos, segundo seus implementadores, a partir desta ótica. A autora sinaliza que uma dessas linhas busca fortalecer a lógica neoliberal. Isto aconteceria através do incentivo para que cada pessoa procurasse criar hábitos saudáveis e envolvendo diversos setores da sociedade na criação de ações e políticas saudáveis. Por trás deste discurso haveria a intenção de baixar os custos e desreponsabilizar o Estado, cada vez mais, da função de garantir acesso às políticas e aos serviços de saúde.

Outra crítica expressada por Rabello (2010) é o enfoque behaviorista voltado para a regulação de comportamentos a partir de um modelo de vida saudável. Para a autora uma lacuna importante em torno da discussão é a necessidade da construção de uma consciência crítica, dirigida para as questões da saúde. Outra lacuna seria a busca pela autonomia que, assim como a discussão sobre o que é saúde, o que é promover saúde ou o que são hábitos de vida saudáveis, envolve questões culturais, ideológicas, valores e crenças. A proposta de empoderamento ou de autonomia encontra dificuldades na falta de espaço para discussão tanto na sociedade¹¹ como nos próprios serviços de saúde.

Neste sentido, o exercício da cidadania na promoção da saúde implica estabelecer os limites entre o que é responsabilidade do Estado e responsabilidade dos cidadãos e cidadãs em relação ao seu próprio bem-estar – questão bastante complexa a ser tratada na prática dos serviços de saúde, sobretudo quando as pessoas estão em faixa de risco de vida, como através do uso de drogas, tabagismo excessivo, comportamentos de alto risco em termos sexuais, entre outros (RABELLO, 2010, p.74).

A autora sugere, como um caminho, a utilização do método de Paulo Freire nessas experiências. Tal proposta segue a ideia, para Rabello (2010, p.76), de “construir o aprendizado a partir das representações que as pessoas trazem, adquirindo, dessa forma, consciência em cada degrau dessa construção”.

Esta breve exposição mostra que a temática da Promoção da Saúde tem avançado a partir da sua inserção em propostas, programas, políticas e projetos de diversos países. O debate mundial tem sido fomentado através de conferências sobre PS ou como temas transversais em conferências não específicas, além da criação de comissões e grupo de trabalhos sobre o tema. Há ainda hoje divergências sobre as concepções de Promoção da Saúde que, para alguns, é uma concepção comportamental voltada somente para mudanças de estilo de vida. Para outro grupo, refere-se a condições e qualidades de vida com ênfase nos determinantes sociais de saúde. Um grande desafio principalmente para os países pobres é a desigualdade social e conseqüentemente as más condições de vida dessas populações.

BUSS (2000) assim conceitua a Promoção da Saúde:

[...]partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação dos saberes técnicos e

¹¹ Como os conselhos e as conferências, que são espaços de participação e de discussão. Contudo, não há em nossa sociedade uma cultura de participação nestes espaços que foram criados a partir da Constituição de 1988, após um longo período de ditadura militar.

populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000, p.165).

No próximo subcapítulo serão apresentados estudos sobre o tema humanização e o debate sobre a Política Nacional de Humanização que, assim como a Promoção da Saúde, tem como um de seus objetivos a mudança no modelo de atenção em saúde.

1.2- Do conceito à Política Nacional de Humanização

O termo humanização é recorrente em debates teóricos e na realidade das instituições de saúde tanto públicas quanto privadas. Contudo, por vezes é utilizado com certa confusão ou falta de conhecimento sobre o debate que envolve o tema.

Segundo Rios (2009), o termo surge de um movimento para recuperar valores humanos a partir de discussões que incluem a ética no cuidado e na relação com o outro. A autora apresenta uma discussão teórica baseada inicialmente nos estudos de Anderson (1999) e Lyortard (2002) acerca da pós-modernidade, que tem entre suas características mudanças sociais consequentes da globalização econômica e do capitalismo multinacional. Mudanças como a queda de projetos voltados à construção de um mundo melhor, a descrença na política e em ideais revolucionários, a falta de referências em grupos/movimentos sociais que começam a dar lugar a uma cultura individualista.

Para Rios (2009) as mudanças referentes às relações dizem respeito à perda de suportes sociais e éticos que

[...]somada ao modo narcísico de ser, cria condições para a intolerância à diferença, e o outro é visto não como parceiro ou aliado, mas como ameaça. Tal disposição, associada à rapidez e pouco estímulo à reflexão sobre os aspectos existenciais e morais do viver humano, faz com que a violência [...] – que é parte do nosso cotidiano – se apresente também como modo de resolver conflitos (RIOS, 2009, p. 08).

Movimentos e estudos na área dos direitos humanos, da bioética, da cidadania e da proteção ambiental foram criados a partir do meado do século, como forma de enfrentar situações violentas para resolver conflitos. A discussão de humanização surge como resposta às situações deste tipo, que envolvem os serviços de saúde. Para Rios (2009) o termo tem provável origem na área da saúde mental, a partir da luta antimanicomial e também na área da saúde da mulher, desde o movimento de humanização do parto e do nascimento.

As iniciativas “humanizadoras” se iniciam nos hospitais públicos. Ações com este nome geralmente eram as atividades que tinham qualquer caráter lúdico, de lazer ou arte. Daí a confusão que se faz até nossos dias, de que as ações na área de humanização, por exemplo, são aquelas que propiciam o entretenimento de pacientes. A diferença é que tais atividades não buscavam o que Rios (2009) apresenta como

[...]abalar ou modificar substancialmente a organização do trabalho ou o modo de gestão, tampouco a vida das pessoas, mas faziam o papel de válvula de escape para diminuir o sofrimento que o ambiente hospitalar provocava em pacientes e trabalhadores. Pouco a pouco a ideia foi ganhando consistência, resultando alterações de rotina (por exemplo, visita livre, acompanhante, dieta personalizada) (RIOS, 2009, p.9).

Ainda para Rios (2009) vários estudos que começaram a ser desenvolvidos sobre a temática trazem as seguintes questões que ajudam a definir as ações humanizadoras na área da saúde: “Princípio de conduta de base humanista e ética; movimento contra violência institucional na área da saúde; política pública para atenção e gestão no SUS; metodologia auxiliar para gestão participativa; tecnologia do cuidado na assistência a saúde (RIOS, 2009, p.10)”. Humanização é assim definida pela autora, como: “respeito e valorização da pessoa humana e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à Saúde e de gestão de serviços” (RIOS, 2009, p.10).

Não se trata, como muito se fala, em “humanizar o humano”, mas sabendo de situações de ausência de materiais, de leitos, superlotação, além do cotidiano estressante do trabalho em saúde, que lida com questões como sofrimento e com a morte, reconhecer a natureza humana passível de conflitos faz necessária “a elaboração de acordos de cooperação, de diretrizes de conduta, de atitudes de profissionais éticas, de atitudes profissionais condizentes com valores humanos coletivamente pactuados” (RIOS, 2009, p.11).

Teorias como o Humanismo e a Psicanálise também são trazidas pela autora para apresentar o tema. A primeira, conhecida como uma corrente filosófica, refere-se ao valor e à dignidade do homem, reconhecendo, a partir de sua natureza humana, limites, interesses e potenciais. A compreensão do próprio homem e a criação de meios para que os homens se compreendam são características do humanismo. Na concepção da psicanálise, humanização refere-se às dimensões humanas “históricas, sociais, artísticas, subjetivas, sagradas ou nefastas e a possibilitar escolhas conscientes e responsáveis” (RIOS, 2009, p.11). Ainda segundo Rios (2009), questões importantes para humanização são: participação, autonomia,

responsabilidade e atitude solidária como valores que devem fazer parte da atenção em saúde. Valores estes que levarão a melhor qualidade no trabalho e no atendimento e conseqüentemente à junção de duas competências: a técnica e a tecnológica; a ética e a relacional.

Diante deste cenário das experiências já existentes e após um extenso debate o Ministério da Saúde apresenta como proposta o PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (2000), que estimulou a propagação das ações humanizadoras na transformação das relações interpessoais.

O referido programa (PNHAH) teve como proposta ações integradas para mudança nos serviços de assistência ao usuário em unidades públicas de saúde. Como objetivo, o aprimoramento das relações entre os profissionais de saúde e desses profissionais com os usuários; do hospital com a localidade e, por fim, o alcance destas relações como propostas de modernização. A política traz como significado de humanização o resgate do respeito à vida humana através de dimensões sociais, éticas, de educação e psíquica, que constituem as relações entre pessoas.

Dentre as muitas complexidades envolvidas no termo “humanização” está à dimensão subjetiva, pois esta se associa às questões singulares por tratar-se de pessoas e por isso não há como projetar um protocolo fechado, visto que cada sujeito apresenta características próprias e comportamentos distintos em situações iguais. Assim, há necessidade de pensar as ações que serão executadas nas unidades de saúde, o que abre também um espaço de criação para o atendimento. “Humanizar é, portanto, alcançar benefícios mútuos para a saúde do usuário e do profissional” (MS/PNH, 2004, p.53).

A partir dessas primeiras iniciativas do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e também da implementação do Programa Nacional de Atenção ao Parto e ao Pré-Natal, é criada, no ano de 2003, a Política Nacional de Humanização - PNH. Esta surge englobando os programas já existentes com o princípio de indissociabilidade entre atenção e gestão. Segundo a PNH entende-se que humanizar “é, então, ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (MS/PNH, 2004, p. 6).

Quando se fala em humanizar não significa uma ação caridosa nem de um programa isolado. O Humaniza SUS, como também é chamada a PNH, é uma política vertical que deve estar presente em todos os níveis do sistema. Deve ser operada nas relações entre profissionais, entre profissionais e usuários e nas diversas instâncias que formam o SUS.

Objetiva a promoção de ações participativas, o fomento da autonomia, do protagonismo e a corresponsabilidade na produção de saúde, envolvendo os profissionais, usuários e gestores.

Há então duas ferramentas estratégicas para o trabalho com crianças hospitalizadas. A Política Nacional de Promoção da Saúde, que surge a partir de um movimento internacional e o Humaniza SUS, que é uma iniciativa brasileira. A primeira traz diretrizes macro, que dizem respeito tanto a transformações societárias como às ações locais. Associar os trabalhos com crianças hospitalizadas à PNH cria um terreno fértil no que se refere à mudança de cultura nas ações de saúde:

Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com o usuário, é garantir os direitos dos usuários e de seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como cogestores de seu processo de trabalho (MS/PNH, 2004, p.7).

No caminho de produção de saúde devem estar presentes as dimensões sociais e subjetivas. Estas por vezes são esquecidas, como se o processo que envolve pessoas fosse voltado para máquinas. Um processo por vezes engessado, aparentemente imutável, determinado por anos de práticas voltadas para a cura de doenças e sem olhar a pessoa enferma e o complexo de questões que envolvem sua vida. Olhar o usuário da saúde como um ser com as suas questões singulares, mas também como um ser que está inserido numa determinada sociedade. A criação de ações acolhedoras adequadas à cultura local, a ampliação da atenção integral, o estímulo a diferentes práticas terapêuticas são alguns dos princípios da PNH.

A PNH traz uma nota sobre “ações acolhedoras”, ou “acolhimento”, que muitas vezes não são entendidas como proposta de trabalho, como direito, mas como um favor oferecido ao usuário. A política apresenta o acolhimento como uma diretriz ética e política “constitutiva dos modos de produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços de saúde” (BRASIL, 2006b, p.18).

A escuta é outro método que contribui para o desenvolvimento de questões relativas à humanização na área da saúde, pois é considerada como “recurso técnico para diagnóstico e adesão terapêutica” (RIOS, 2009, p.11), por isso, faz-se necessária a criação de espaços que facilitem a escuta.

Outra tendência das chamadas ações de Humanização é a transferência para a esfera privada do que deveria ser responsabilidade do Estado, como as políticas de educação e saúde. Na saúde, por exemplo, diversas ações que constam na PNH são desenvolvidas por voluntários e não envolvem a participação de usuários, profissionais e gestores. Serviços de apoio religioso, ou até mesmo trabalhos com a arte e o brincar, voltados para criança, são ofertados por voluntários. Não há o que a PNH preconiza como princípio de indissociabilidade entre atenção e gestão, promoção de ações participativas, o fomento da autonomia, do protagonismo, a corresponsabilidade na produção de saúde, envolvendo os profissionais, usuários e gestores.

Archanjo e Barros (2009) apontam questões sobre essa discussão que podem ser desenvolvidas nos Grupos de Trabalho de Humanização – GTH ou nos colegiados gestores dos serviços de saúde:

Em muitas unidades o acolhimento ainda tem sido entendido como uma prática que se limita a tratar bem o paciente e sua implementação tem acontecido de forma verticalizada, sem participação e discussão dos trabalhadores. O GTH tem assumido uma função de promoção e organização de datas comemorativas, aniversários e bazar. Que mudanças estes dispositivos estão acionando para promoção da saúde e de um SUS resolutivo? Como tais dispositivos têm viabilizado a aposta do SUS? (ARCHANJO e BARROS, 2009, p.7).

Para a implementação da PNH o texto da política também apresenta estratégias transversais como a inserção de suas diretrizes em políticas e planos estaduais e municipais, no ensino de instituições formadoras na área de saúde, na assistência direta e nas relações entre profissionais.

1.3 Mudanças no modelo de atenção: técnicas, metodologias, instrumentos e cuidado em saúde.

As mudanças relacionadas à prática da medicina nas últimas décadas, relativas aos avanços tecnológicos e à maior utilização destes para diagnóstico de doenças, apresentam efeitos nem sempre positivos na assistência ao indivíduo e em suas necessidades em saúde. A utilização de alguns exames especializados, como a tomografia, facilita o diagnóstico de algumas doenças e conduz a um tratamento mais adequado. Na contramão das conquistas tecnológicas há crítica ao uso excessivo das mesmas, que deixam de lado procedimentos necessários, como a escuta atenta às causas de um determinado problema de saúde.

O que é chamado neste subcapítulo de técnicas, metodologias, instrumentos e o cuidado em saúde faz parte de um conjunto de ferramentas e ações que contribuem para a mudança do modelo de atenção verticalizado, médico-centrado e hospitalocêntrico. Como já foi apontado na Introdução, algumas políticas também podem contribuir para esta mudança. Os parágrafos a seguir apresentam mais detalhadamente a discussão.

Superar o modelo biomédico é uma das bandeiras do movimento de reforma sanitária, assim como dos movimentos sociais que contribuíram para a institucionalização do SUS. Para tanto, surgem estudos que analisam criticamente os padrões hegemônicos vigentes, propondo outra forma de cuidar da saúde. Dos estudos referidos anteriormente, surge uma área de pesquisa que se propõe a entender, analisar e socializar modelos de atenção à saúde.

A contribuição na área dos estudos de modelos de atenção acontece a partir da análise dos processos de trabalho, da forma de organização e de produção social dos serviços de saúde que incluem análise legal a partir das legislações, das políticas e de financiamento.

As propostas citadas anteriormente são algumas das linhas existentes. O que é importante destacar é que nenhuma dá conta isoladamente, pois envolvem questões relativas às relações profissional de saúde-usuário, do processo de trabalho em saúde e as questões relativas à gestão, que por vezes são analisadas separadamente. É necessário solucionar estas situações num sentido amplo e entendendo que as mesmas estão inseridas numa conjuntura politicoinstitucional dentro de uma determinada região e devem levar em conta também fatores sociais, econômicos e culturais.

Outras experiências avançavam no país com prioridade para questões como a introdução de serviços que atendessem a uma demanda específica da população. Práticas como nas áreas de prevenção e promoção da saúde, voltadas para grupos como gestantes, diabéticos, hipertensos, idosos foram introduzidas no cotidiano dos serviços. As décadas que se sucedem à implementação do SUS experimentam diversas formas de fazer saúde. A contribuição de pesquisadores e do saber popular mostra como se pode fazer saúde a partir de uma atuação multidisciplinar.

Modelos de atenção são um dos componentes dos serviços de saúde. Para melhor compreender esta discussão, Paim (2003) mostra que estes modelos podem ser entendidos como saberes teoricotécnicos utilizados para solucionar problemas ou resolver demandas da população usuária. Teixeira e Sollas (2006) propõem uma concepção mais ampliada que inclui três dimensões: a gerencial, referente às ações e serviços; a organizativa, relativa aos

serviços prestados entre unidades de saúde e a técnicoassistencial, referente aos saberes aplicados no processo de trabalho.

Mudanças nas dimensões organizativas, desde a composição dos serviços até as relações do processo de trabalho, podem contribuir para um resultado que se ajuste às necessidades de seus usuários. Teixeira e Sollas (2006) mostram que é preciso incluir ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde.

Para Teixeira e Sollas (2006):

O processo de mudança do modelo de atenção à saúde é extremamente complexo, exigindo um conjunto heterogêneo de iniciativas “macro” sistêmicas, quais sejam, a formulação e implementação de políticas que criem condições para mudanças ao nível “micro” (TEIXEIRA e SOLLAS, 2006, p.29).

A reorientação dos serviços com base na Promoção da Saúde também é uma estratégia de mudança no modelo de atenção e tem como referência principal a Carta de Ottawa 1986. Tal documento apresenta uma concepção política e técnica em torno do cuidado em saúde que ultrapassa a associação entre Promoção da Saúde e atenção primária e associa a responsabilização destes cuidados ao indivíduo, coletividade e ao Estado.

Teixeira e Sollas (2006) justificam a inserção da Promoção da Saúde no debate sobre modelo de atenção:

Sua inclusão nesse debate, a meu ver, se justifica, porém, pela renovação de perspectivas e pela abertura de um diálogo que tende a extrapolar o espaço de governabilidade das instituições gestoras do sistema de saúde e aponta, seja no nível federal, estadual ou municipal, para a possibilidade de reorientação de práticas que incidam sobre as condições e modos de vida da população, produzindo efeitos diretos e indiretos sobre o perfil de necessidades e demandas que venham a se apresentar ao sistema de serviços no futuro (TEIXEIRA e SOLLAS, 2006, p.47).

O modelo de atenção na perspectiva da Promoção da Saúde deve alcançar ações referentes à educação, à comunicação e à mobilização, todas voltadas para o empoderamento de usuários e grupos, contribuindo para o desenvolvimento de práticas que promovam, protejam e defendam suas condições de vida e saúde.

Teixeira e Sollas (2006) mostram também que a mudança do modelo de atenção na perspectiva da Promoção da Saúde vai além da atenção básica, pois para o senso comum as ações de PS se restringem somente a este nível de atenção:

A adoção da perspectiva da Promoção da Saúde pode ser articulada a outras práticas, como é o caso das práticas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica, voltadas ao controle de riscos específicos, bem como às ações de assistência individual, seja no nível ambulatorial, laboratorial e farmacêutica. Mais do que um “momento” de um processo de construção da integralidade do cuidado, [...] as ações de Promoção da Saúde podem ser entendidas como “transversais” ao modelo de

atenção, podendo (e devendo) ser desenvolvidas em qualquer “momento” e em qualquer nível organizacional do sistema (TEIXEIRA e SOLLAS, 2006, p.101).

Teixeira e Sollas (2006) apresentam algumas propostas de mudança do modelo de atenção: o modelo em defesa da vida, o de ações programáticas e o de vigilância a saúde. O primeiro refere-se a fundamentos teóricos do marxismo, existencialismo, da psicanálise e da análise institucional e tem como principal objetivo o processo de trabalho em saúde e seu propósito intelectual e político, além de criar uma metodologia instituinte de gestão para reorganizar o trabalho que resulte em novas relações entre gestores, usuários e trabalhadores pela busca de autonomia e reconstrução de subjetividades. A metodologia do modelo em defesa da vida privilegia o acolhimento e o vínculo.

O acolhimento e o vínculo são algumas técnicas utilizadas na assistência à saúde que contribuem para melhor qualidade na atenção. Ambas as técnicas podem ser utilizadas, por exemplo, nas relações entre profissionais de saúde, entre profissionais e usuários, para melhoria do processo de trabalho e a compreensão das demandas trazidas pelos usuários dos serviços.

Outra questão relevante é a de programar estratégias que garantam o acesso à humanização do serviço. Acolher, estabelecer vínculos e responsabilização compartilhada são partes fundamentais deste processo. Teixeira e Sollas (2006) apresentam o acolhimento como garantia de acesso a um atendimento humanizado que diz respeito à escuta dos problemas do usuário. A escuta busca qualificá-los e dar resposta aos mesmos, a responsabilização com os problemas garante a criação do vínculo entre a instituição e a população. O esforço em torno do acolhimento e do vínculo, segundo a autora, contribui para a humanização do atendimento marcada pelo cuidado em saúde voltado para a questão tecnológica.

Problematizar o acolhimento é uma forma de levar para dentro da unidade tal discussão. Da recepção ao acesso dos usuários é uma postura que deve ser aceita por toda a equipe de saúde e por todos os níveis de atenção do SUS. Enquanto técnica é uma ferramenta utilizada também para mudar o processo de trabalho e na forma de organização dos serviços.

Assim, o ‘acolhimento’ é mais do que uma triagem qualificada ou uma ‘escuta interessada’, pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais (TEIXEIRA e SOLLAS, 2006, p.217).

Uma agenda nacional criada em torno da construção do SUS propiciou o debate que anunciava mudanças nos modelos de gestão dentro das unidades de saúde. Tais modelos priorizavam diretrizes como a universalidade, a integralidade e a equidade no cuidado.

As necessidades de saúde da população se apresentam de formas complexas, exigindo cada vez mais dos profissionais da área e das formas de cuidado que vêm passando por diversas transformações. Estas se dão principalmente devido aos avanços tecnológicos. Schraiber (1997) chama de crise de confiança a forma de cuidar da saúde fruto dos avanços tecnológicos da medicina e do excessivo uso de exames especializados para diagnósticos, o que acarretou um alheamento dos aspectos psicossociais do adoecimento.

Uma maneira de enfrentamento desta crise de confiança é que ações na área de humanização vêm contribuindo para mudar este cenário. A PNH apresenta, através de seus princípios, formas de enfrentamento das questões citadas anteriormente, dentre eles a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão.

Da discussão sobre o cuidado em saúde, Ayres (2004) apresenta o tema através de algumas tradições filosóficas e também sob a perspectiva da humanização. O autor busca superar a perspectiva do senso comum que associa o cuidado no sentido biológico relacionado à cura. O que se pretende é apresentar o cuidado a partir de uma perspectiva definida como “uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante do sentido que as questões de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama” (Ayres, 2006, p.55).

Ayres (2004, p.74) descreve outra definição de cuidado como “um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento.” Ou ainda “interação entre dois ou mais sujeitos, visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para esta finalidade” (p.74).

O autor elenca alguns desafios da reconstrução das práticas de saúde na perspectiva do cuidado. Mostra-os num sentido reconciliador e elege três dos mais recorrentes: o de voltar-se para a presença do outro; o de otimizar a interação e o de enriquecer horizontes. Apresenta o primeiro desafio através de tecnologias disponíveis além dos saberes biomédicos. Ayres não nega a importância destes saberes nem seus avanços, mas chama atenção para a necessidade de outras perspectivas que traduzam as identidades e aspirações de pessoas e grupos de forma a cuidar não somente das questões do corpo. Acrescenta também saberes como da psicologia, da antropologia e da sociologia como necessários para a compreensão dos sujeitos.

Para atingir a segunda proposta de reconstrução de prática, por ele nomeada de otimizar a interação, o autor mostra o espaço das tecnologias leves como privilegiado. Abrir

meios de conversação é uma proposta que se realiza através de técnicas como o acolhimento. Outros meios são o vínculo e a responsabilização. Para Ayres:

[...]quanto mais tais redes de conversação forem percebidas e trabalhadas, tanto mais as vozes e demandas dos sujeitos técnicos farão ouvir também, pois, do mesmo modo que os indivíduos e populações “alvo”, também os operadores da técnica veem-se limitados em sua expressão subjetiva por tecnologias instruídas por categorias excessivamente universais, abstratas e rígidas (AYRES, 2004, p.89).

Por fim, o último desafio elencado para reconstruir as práticas de saúde, denominado como enriquecer horizontes, diz respeito à forma de cuidar através da participação ativa do outro. As relações intersubjetivas devem acontecer de forma ampla e de modo a avivar as relações entre profissionais e usuários dos serviços, superando o cuidado de forma individual, atingindo também grupos, facilitando construções de redes, abrindo-se a novos saberes e tecnologias. O autor também fala da necessidade de abertura de espaços para “interações dialógicas por meio de linguagens outras, como a expressão artística, o trabalho com linguagens corporais e até mesmo as racionalidades terapêuticas” (AYRES, 2004, p. 89).

Ayres (2004) mostra-se otimista para a implementação de tais propostas, pois as mesmas já são apresentadas através de ações da Estratégia de Saúde da Família com atividades intersetoriais e a introdução de novas linguagens na assistência à saúde de seus usuários. Outras proposições acontecem através de ações de PS e seu público alvo em questões como os aspectos sociais e culturais do processo saúde-doença e da vigilância sanitária, que agrega o protagonismo de grupos na construção de suas ações.

Os estudos sobre o cuidado mostram que esta é uma tecnologia a ser utilizada para a reorganização do processo de trabalho em saúde. Merhy (1998) é um dos autores que apresenta a discussão voltada à necessidade de reformar o modo de produzir saúde no Brasil. Para o autor, o modelo atual perdeu o objetivo maior das práticas de saúde, que é a defesa radical da vida individual e coletiva. Trata-se de problematizar o ato de cuidar e refletir que é através deste processo que se pode atingir a cura e a saúde:

Quanto maior a composição de ferramentas (que aqui é entendida como o conjunto de saberes que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde) utilizadas para a conformação do cuidado pelos trabalhadores de saúde, individualmente ou em equipes, maior será a possibilidade de se compreender o problema enfrentado e a maior capacidade de enfrentá-lo de modo adequado, tanto para o usuário do serviço quanto para a própria composição dos processos de trabalho (MERHY, 1998, p.1).

Ainda segundo o autor:

A visão já muito comum de que a tecnologia é uma máquina moderna tem dificultado bastante a nossa compreensão de que: quando falamos em trabalho em

saúde não se está referindo apenas ao conjunto das máquinas, que são usadas nas ações de intervenção realizadas, por exemplo, sobre os “pacientes” [...]. Nós, enquanto usuários, podemos ser operados, examinados, etc., sem que com isso tenhamos necessidades/direitos satisfeitos (MERHY, 1998, p.3).

Diante desta configuração do trabalho em saúde, Merhy (1998) defende uma relação adequada entre tecnologias “duras, leve-duras e leves”. A tecnologia dura, segundo o autor, compreende os equipamentos, o instrumental utilizado nos procedimentos em saúde. A leve-dura é o saber profissional e a leve é o resultado da relação entre profissional e paciente, como a escuta, o vínculo, a fala. Tais procedimentos são defendidos como conformações capazes de produzir maior qualidade no sistema. Expressam-se em termos de resultados, da seguinte forma: “maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar o seu problema e desenvolver ações que viabilizem produzir um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo” (MERHY, 1998, p. 03).

Ayres (2006) traz a discussão sobre a maneira como as tecnologias são administradas para se atingir a necessidade de bem-estar físico e mental dos indivíduos. Elas devem ser usadas como base para a intervenção e para o tratamento, não como fim. Para o autor “precisamos estar atentos para o fato de que nunca, quando assistimos à saúde de outra pessoa, mesmo estando na condição de profissionais, nossa presença frente ao outro se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos” (AYRES, 2006, p.67).

As estratégias descritas anteriormente são caminhos que podem alterar o modelo de atendimento dominante às crianças hospitalizadas. Um modelo de cuidado que não trata a criança como portadora de direitos e como partícipe nos cuidados com a sua saúde. Morsch e Aragão (2006) apontam que a ideia de humanização e cuidados pediátricos esteve, por muito tempo, ligada à possibilidade de os pais acompanharem seus filhos. E Mitre (2006, p.285) sublinha estratégias que “contemplem as necessidades da criança em sua complexidade, vendo-a não apenas como um corpo que precisa de cuidado”.

As diversas metodologias, conceitos e práticas dos novos modelos de atenção podem ser associados, desde que sejam respeitados seus limites e possibilidades, já que as propostas por si só não vão responder todas as lacunas e necessidades do Sistema de Saúde. Teixeira e Sollas (2006) trazem como proposta para tal comunhão que seja traçada uma abordagem com base em cada realidade, seja município ou estado, levando em conta as diversidades de cada região. Mostra também que não é apropriado tomar um só modelo como padrão e sugere o estabelecimento de princípios e diretrizes que se adaptem às realidades e que na prestação de serviços tenham como foco a integralidade, a universalização e a equidade.

Acerca da questão da integralidade, cabe apresentar que sua definição vai além do concernente aos serviços, pois existe outra dimensão necessária que se refere à articulação entre as ações nos diversos níveis do sistema de saúde. Este esclarecimento é imprescindível, pois, para autores como Pinheiro e Mattos (2001; 2003), citados por Teixeira e Sollas (2006), a integralidade é o eixo central na formulação, criação e implementação de novos modelos de atenção em saúde.

Considerada como pilar para os modelos de atenção, a integralidade encontra barreiras a serem enfrentadas. Entre elas estão as demandas econômicas e politicoideológicas impostas, por exemplo, por multinacionais de medicamentos e equipamentos em saúde. A influência destas instituições e o papel que o Estado exerce na regulação deste setor refletem no tipo de modelo que ainda hoje se estabelece na área de saúde: medicoassistencial e centrado no hospital.

Sendo assim, as mudanças nos modelos de atenção em saúde que podem contribuir com resoluções para as demandas de seus usuários, ao mesmo tempo, contribuem para a melhoria de suas condições de vida, para a redução de desigualdades e para o bem-estar dos mesmos. Transformações que só se fazem junto com a sociedade, com esforço político, jurídico e institucional para mudanças na gestão das práticas de saúde.

No próximo capítulo será apresentada uma discussão teórica sobre o brincar e a arte como expressão.

2 O BRINCAR E A ARTE

As atividades oferecidas para a criança hospitalizada, seja através da arte ou do brincar, muitas vezes asseguram melhor qualidade do processo de internação ou contribuem para o seu tratamento. É a partir destas questões que este capítulo se desenvolve.

2.1- O brincar

Cabe aqui relatar que dentre as dificuldades encontradas para a elaboração desta pesquisa está entender as diversas formas de ações realizadas nas enfermarias pediátricas, apresentadas através de jogos, do brincar, da música, da contação de história, do teatro, entre outras.

Para refletir sobre o fato de que estas distintas ações podem ser identificadas com o universo lúdico infantil, é preciso discutir sobre a terminologia empregada. Para isso, utilizaram-se estudos, como o de Dantas (2011), que abordam o uso do termo brincar na literatura internacional. A autora esclarece que, diferentemente do que ocorre na língua portuguesa, em outras línguas como o inglês e o francês, uma mesma palavra pode designar tanto o brincar quanto o jogar.

Santa Roza (1993) pesquisou o assunto a partir da filosofia, da linguística e da semiótica, o que amplia o entendimento sobre o tema. A autora apresenta o brincar como “um conjunto de atividades que compõem a noção de jogo” (SANTA ROZA, 1993, p. 24). Cabe ainda um esclarecimento sobre a diversidade de jogos e a originalidade que envolve o fato. Santa Roza, assim como Dantas (2011), entende que a originalidade se estende ao termo brincar, pois não existe uma palavra equivalente no alemão (*spielen*), no inglês (*to play*), no francês (*jouer*) e no espanhol (*jugar*). Tais palavras significam tanto brincar como jogar e podem definir atividades como a interpretação tanto teatral como musical.

As características do brincar serão aqui abordadas a partir dos trabalhos de Huizinga (1980) e Brougère (1995; 2011). A obra *Homo ludens: o jogo como elemento da cultura*, de Huizinga, publicada em 1938, é considerada uma das mais importantes sobre o tema. Brougère (1995; 2011) é um especialista nos estudos sobre o brincar na atualidade. Suas pesquisas têm início nos anos de 1970 e vão até a presente data.

A escolha dos autores se deu porque ambos estudam o brincar sob a perspectiva histórica e abordam a teoria do jogo/brincar como fenômeno cultural. A função do jogo, a partir das concepções dos jogadores, é uma questão relevante para o trabalho com crianças hospitalizadas. Conhecer a cultura das mesmas e o tipo de atividades infantis às quais estão habituadas é uma forma de entender o significado que as crianças atribuem ao jogo.

A análise de Huizinga (1980) sobre o jogo é a base de muitos estudos sobre o brincar¹². O foco de seu estudo é o jogo como função social, a partir da concepção dos jogadores, do significado dado por eles e não os impulsos ou hábitos que condicionam o jogo. Em *Homo ludens: o jogo como elemento da cultura* ele afirma que os animais brincam, assim como os homens, mostrando o jogo além do fenômeno fisiológico ou psicológico. Para o autor, o jogo “ultrapassa limites da atividade puramente física ou biológica. É uma função significativa, isto é, encerra um determinado sentido” (HUIZINGA, 1980, p.3).

Sobre o significado do jogo, Huizinga (1980) afirma que sempre “existe uma coisa em jogo” que dá sentido à ação. Para o autor, chamá-lo de instinto, espírito ou vontade não o explica. É na intensidade e pelo poder de fascinação que se pode identificar a qualidade distintiva fundamental do jogo. Para Huizinga, assim como para Brougère (1995), o “divertimento do jogo” é a sua essência.

Uma característica do jogo é ser uma atividade voluntária. Para Huizinga (1980), quando esta atividade está sujeita a ordens, deixa de ser jogo. Os adultos o veem como algo supérfluo, contudo, à medida que se evoca o prazer, transforma-se em necessidade. Pode-se adiá-lo ou suspendê-lo, mas não pode ser imposto. O jogo também tem seu caráter livre, característica esta diretamente ligada à citada anteriormente. Huizinga apresenta o jogo como “uma evasão da vida real para uma esfera temporária de atividade com orientação própria” (HUIZINGA, 1980, p.10).

As características apresentadas enfatizam o fato de o jogo ser desinteressado. Por não pertencer à vida comum, situa-se fora das carências e desejos de satisfação imediata. Brougère (1995) chama de frivolidade esta ação desinteressada, sem consequências para a vida cotidiana, porém, ela permite que o indivíduo possa experimentar, através da brincadeira, situações da sua vida. Desta forma, o jogo apresenta-se como atividade temporária com finalidade autônoma e com objetivo de uma satisfação que é a própria realização. Huizinga (1980) apresenta o jogo como intervalo da vida cotidiana.

¹² Como, por exemplo, os estudos de Mitre (2006) e Santa Roza (1997).

Outra característica do jogo diz respeito à questão do tempo e do lugar. Os processos que acontecem durante o jogo se alternam, por exemplo, em movimento, mudança, associação e separação, em terrenos delimitados como o campo de futebol, a mesa de ping-pong, o palco, entre outros. A repetição também faz parte deste processo, sendo através dela que o jogo é passado para outras pessoas e se torna tradição. Brougère (1995) destaca ainda mais uma dimensão, a aleatória, pois uma vez iniciada a brincadeira não há como prever seu término. A liberdade do jogo permite ao jogador que ele mude o caminho ou desista do mesmo.

Huizinga¹³ (1980) resume as funções essenciais do jogo:

Uma atividade livre, conceitualmente tomada como “não séria” e exterior à vida habitual, mas ao mesmo tempo capaz de absorver o jogador de maneira intensa e total. É uma atividade desligada de todo e qualquer interesse material, com a qual não se pode obter qualquer lucro¹⁴, praticada dentro de limites espaciais e temporários próprios, segundo uma certa ordem e certas regras. Promove a formação de grupos sociais com tendência a rodearem-se de segredo e a sublinharem sua diferença em relação ao resto do mundo por meio de disfarces ou outros meios (HUIZINGA, 1980, p.16).

Brougère (1995), por outro lado, identifica o brincar como um fenômeno cultural. Segundo o autor, para que este seja definido como jogo deve ser entendido como tal pelos participantes do processo. Em *O brinquedo e a cultura*, Brougère (1995) apresenta um breve histórico sobre a brincadeira, para questionar o valor positivo dado *a priori* ao brincar, a hipótese primeira de que brincar é sempre bom. Esta concepção comum, por exemplo, na área da educação, acarreta a realização de atividades para crianças sem nenhum tipo de reflexão. Afinal, brincar é sempre bom? Toda brincadeira imposta à criança alcançará objetivos como, por exemplo, a adesão de crianças hospitalizadas ao seu tratamento?

Para responder tais questões recorre-se aqui aos estudos de Brougère (1995) que discute como o brincar pode ter valor na educação. O processo de associação da brincadeira como uma atividade sempre boa é apresentado pelo autor a partir de uma concepção ideológica, tanto do período histórico marcado pelo romantismo quanto dos estudos da etologia, que exaltam a criança e seu desvendar o mundo de forma espontânea. Brougère mostra que a valorização da brincadeira como parte da natureza infantil se apoia

¹³ Roger Caillois (1967) afirma que há limitações na definição de atividade lúdica de Huizinga (1980). Para o autor a definição seria muito genérica, e não levaria em conta a variedade de tipos de jogos existentes. (Cf. em CAILLOIS, R. *Les jeux et les homes*. Paris: Gallimard, 1967).

¹⁴ HUIZINGA não considera certas variedades do jogo como a profissionalização do esporte e jogos de cartas como o pôquer nos quais pode haver interesse material e lucro.

[...]no mito de uma criança portadora de verdade. Romances e (auto) biografias tornaram-se, amplamente, porta-vozes de tais conceitos que delinearão a imagem dominante da criança. E.T.A. Hoffmann, que popularizou a filosofia romântica, associou intimamente essa imagem da criança, naturalmente portadora da verdade, com a valorização da brincadeira no seu conto “L’enfant étranger” (BROUGÈRE, 1995, p.91).

Esta valorização da brincadeira no processo de educação da criança foi tomada como uma verdade natural a ser incentivada. Após este movimento, a psicologia também se apropria do brincar da criança em seu processo de aprendizagem para estudá-lo. Esta forma de valorização do brincar nem sempre incorpora sua dimensão social, o que é importante tanto para a teoria de Brougère (1995) quanto para a teoria de Huizinga (1980).

A origem dos estudos sobre o tema está associada ao brincar dos animais, justificando que a brincadeira tem um caráter biológico que guia o processo de aprendizagem infantil. Brougère (1995) critica esta associação através de revisão de literatura, que mostra que não é possível apresentar de forma segura a brincadeira como natural e que traga benefícios para a educação de crianças. Refere-se ao fato de que a não comprovação não exclui a possibilidade de existirem ganhos. O que o autor deseja é contradizer a teoria da evolução para a qual “todo comportamento mantido é acompanhado de benefício superior ao seu custo” (BROUGÈRE, 1995, p.94).

O brincar não é idêntico, apresentando-se de acordo com a cultura na qual é inserido. Brougère (2011) mostra, por exemplo, que o modo de pensar o brincar, trazido pelo romantismo, considerava-o oposição a trabalhar. O primeiro termo era associado à futilidade e o segundo ao que era sério. Somente quando outras pesquisas apresentaram mudanças relativas ao tema é o que o brincar deixa de ter esta associação negativa de oposição às tarefas cotidianas. A ideia da atividade lúdica espontânea da criança perde força ao mesmo tempo em que os movimentos românticos e etológicos também enfraquecem. A partir de então os estudos sobre o brincar começam a questionar a verdade dessas teorias.

Como já assinalado, Brougère (1995), assim como Huizinga (1980), associa o brincar com a cultura, pois ambos podem variar de acordo com o meio social. Brougère (1995, p.26) fala de uma “cultura lúdica¹⁵”, em que a criança introjeta regras de acordo com o ambiente em que vive. Daí o autor afirmar que não existe na criança uma brincadeira natural, pois o

¹⁵ A expressão “cultura lúdica” é trazida por BROUGÈRE (1995, p.26) para definir um conjunto de ações que tornam o jogo possível: “A criança constrói a cultura lúdica brincando.” “[...] é das interações sociais que se constrói a cultura lúdica” (p.27).

comportamento é marcado pelo contexto sociocultural no qual se insere e por seus processos relacionais.

O autor levanta algumas questões necessárias à construção de uma cultura lúdica. Refere-se às relações entre o desenvolvimento e o brincar:

Essa experiência permite o enriquecimento do jogo em função evidentemente das competências das crianças, e é nesse nível que os substratos biológico e psicológico intervêm para determinar do que a criança é capaz. Os jogos de ficção supõem a aquisição da capacidade de simbolização para existirem. O desenvolvimento da criança determina as experiências possíveis, mas não produz por si mesmo a cultura lúdica (BROUGÈRE, 2011, p.27).

Composto por características, tais como aspectos fictícios, acordos entre os pares, repetição e inversão de papéis, o brincar se mostra através de uma cultura preexistente que o define. Ao assimilar estas características, a criança apropria-se da atividade lúdica. Deste modo, o brincar não nasce com ela e, sim, ela é que aprende a brincar, sendo apresentada ao jogo pelo adulto e por outras crianças, e o que aprende é moldado por suas descobertas. A criança aprende, segundo Brougère (1995, p.98), “justamente a compreender, dominar e depois produzir uma situação específica, distinta de outras situações”.

O brincar apresenta-se como uma forma de linguagem, pois através dele, quem brinca pode dar sentido à ação. Brougère (1995) mostra que há uma linguagem específica entre os participantes da brincadeira, que é uma forma de comunicação tanto com o mundo quanto em relação a seus pares. As formas de comunicação podem ocorrer através de linguagens verbais e não verbais. Para Brougère (2011), assim como para Huizinga (1980), a interpretação é uma importante característica da atividade lúdica. E o que caracteriza o brincar é mais o modo como se brinca do que o jogo em si. “É o fato de não dispor de nenhum comportamento específico que permitiria separar claramente a atividade lúdica de qualquer outro comportamento” (BROUGÈRE, 2011, p.21).

Outra característica do brincar, para este autor, é a capacidade de dar outro sentido ao que é realidade. As brincadeiras de faz de conta, por exemplo, dão sentido diverso a situações da vida, ao mesmo tempo em que se cria, através delas, uma nova forma de comunicação, assim “é o que permite distinguir a briga de verdade daquela que não passa de brincadeira” (BROUGÈRE, 1995, p.99). Toda atividade neste sentido pressupõe então comunicação e interpretação.

Para a criança hospitalizada, a característica do brincar, referida anteriormente, é fundamental, pois através desta dimensão a mesma pode expressar seus sentimentos em

relação à internação ou à sua doença. Existem situações, como no caso de hospitalização, em que o indivíduo se vê imerso num ambiente em que predominam normas e rotinas. Como trabalhar então a questão da autonomia e da livre escolha?

Brougère (1995) mostra que o educador pode utilizar a brincadeira como forma de atrair a criança. Sugere também que este poderá ser ajudado a obter os resultados almejados ao formar um espaço estimulante para a brincadeira. As normas institucionais não influenciam totalmente a livre expressão durante a atividade lúdica. Ao contrário, tal atividade pode ajudar a compreender este novo contexto. O autor refere-se ao psicólogo Jerome Bruner, para poder explicar situações como esta relatada anteriormente: "a brincadeira fornece a ocasião de tentar combinações de conduta que, sob pressões funcionais, não seriam tentadas" (BRUNER *apud* BROUGÈRE, 1995, p.103).

Os estudos de Huizinga (1980) e Brougère (1995) contribuem para a compreensão do brincar, para além do senso comum, de que toda a atividade lúdica seria em princípio, indispensável para o seu processo de desenvolvimento. Entender que a forma como a criança brinca é resultado de uma determinada cultura é fundamental para qualquer tipo de trabalho e, no caso específico desta pesquisa, no trabalho com crianças hospitalizadas.

Autores ligados à psicanálise e à psicologia também se interessam em refletir sobre o brincar. Bettelheim, em sua obra intitulada *Uma vida para seu filho* (1988), aborda a brincadeira como sendo uma ponte para a realidade. Segundo o autor, é através da brincadeira que a criança compreende o funcionamento das coisas, como poderá utilizar certos objetos e aprende regras para o brincar e até mesmo para a vida. Ainda segundo o autor, pode-se compreender através da brincadeira o que a criança tem dificuldade de colocar em palavras.

O não brincar pode gerar problemas para o desenvolvimento infantil, segundo Bettelheim (1988), pois através da brincadeira a criança exercita seus processos mentais. Outra contribuição destina-se ao desenvolvimento da linguagem, porque na brincadeira criam-se oportunidades de conversas prolongadas, já que neste momento a criança costuma estar mais receptiva.

Segundo Bettelheim (1988), a exploração do lúdico pode ser autocurativa. Além de contribuir para a expressividade e para entender o seu meio, a repetição da brincadeira permite a busca de soluções de alguns problemas:

Brincar é uma atividade com conteúdos simbólicos que as crianças usam para resolver, num nível inconsciente, problemas que não têm condições de resolver na realidade; através da brincadeira adquirem um sentimento de controle que no

momento estão longe de possuir. A criança sabe apenas que entra na brincadeira porque é agradável (BETTELHEIM, 1988, p.174).

As atividades realizadas com crianças em hospitais não se limitam ao brincar, incluem apresentações musicais, declamação de poesias, podem ser feitas através de contadores de história, do teatro, em representações de atores, palhaços, dentre outras. É por esta razão que esta pesquisa não se refere somente ao brincar no hospital, apresentando no próximo subcapítulo uma discussão sobre atividades artísticas para crianças hospitalizadas.

2.2 A arte como expressão

Identificou-se que as atividades realizadas com crianças em hospitais, que, por opção nesta pesquisa estão nomeadas como arte e brincar, apresentavam-se com diversas denominações e havia dificuldade para defini-las. Por vezes, como arte ou através de suas expressões, criações ou produções artísticas; outras, por recreação ou ainda como brincar, sendo estes os tipos de atividades que fazem parte do cotidiano de crianças hospitalizadas. Entretanto, todas mencionam buscar a adesão ao tratamento e contribuir com o processo de recuperação.

A arte pode ser estudada a partir de diversas concepções, dentre elas a estética, a filosofia da arte, a história da arte. Contudo, a opção feita nesta pesquisa é estudá-la como expressão, pois é este tipo de atividade que se apresenta em ações com crianças em hospitais.

É importante conceituar algumas questões referentes ao brincar e à arte. Winnicott (1975) aponta uma continuidade entre estes dois fenômenos, mostra que, para a criança, o brincar e a arte são vividos de modo semelhante: são explorações do processo criativo. Com isso, a arte não detém o monopólio do processo de criação, é apenas uma forma de exercê-lo.

Como referência principal deste subcapítulo, apresenta-se a pesquisa de Lowenfeld e Brittain (1977), que contribui para o entendimento do desenvolvimento infantil através das expressões artísticas. Para os autores, ressalta-se o modo frequente de se considerar a arte como forma de expressão do homem.

Em nossa sociedade a arte possui também outras funções, como para a publicidade, na promoção de algum produto ou de objeto de desejo, para colecionadores. Talvez estas funções possam ser marcas atuais da nossa cultura. Contudo, o que interessa para esta pesquisa é a arte como forma de expressão que contribua para o desenvolvimento e processo

de hospitalização da criança. Para isto, entre outros autores, estão selecionados os estudos de Lowenfeld e Brittain (1977) sobre o ensino da arte para crianças. Segundo os autores:

O foco da aprendizagem é a criança dinâmica, em desenvolvimento, em transformação, a qual se torna cada vez mais cônica de si própria e do seu meio. A educação artística pode proporcionar a oportunidade de aumentar a capacidade de ação, de experiência, de redefinição e a estabilidade que é necessária numa sociedade preta de mudanças, de tensões e de incertezas (LOWENFELD e BRITAIN, 1977, p.33).

Guattari (1992, p.17) apresenta a arte como uma ação que pode “em sua dimensão de criação em estado nascente transformar a natureza, transformar o mundo em que se vive, criar a própria existência, criar a si mesmo”.

Deleuze, segundo Laponte (2008), em sua obra *Crítica e clínica* (1993), faz uma associação da arte com a forma como a criança se expressa: “a arte atinge esse estado celestial que já nada guarda de pessoal nem racional. À sua maneira, a arte diz o que dizem as crianças” (DELEUZE *apud* LAPONTE, 2008, p.112). Assim, Deleuze contribui para a reflexão de que a arte pode ser utilizada como expressão infantil.

Vasconcellos e Giglio (2007) apresentam a arte como uma atividade para expressão da subjetividade. Os estudos sobre esta relação começaram a surgir a partir do século XIX, mas ganham força no século seguinte. Os autores citam diversos estudiosos, dentre eles Ferraz (1998) e sua obra *Arte e loucura*, na qual relata a experiência de interlocução entre arte, psiquiatria e psicanálise.

Autores como Mohr (1906) e Prinzohrn (1922), segundo Vasconcellos e Giglio (2007), desenvolveram estudos que relacionavam arte e saúde mental. Mohr publicou trabalhos sobre a produção gráfica de doentes mentais, além de influenciar a criação de testes projetivos sobre o tema. Já Prinzohrn destacou-se por sua obra *A expressão da loucura* (1922). Tal publicação contribuiu para a valorização dos trabalhos de doentes mentais e seu reconhecimento como produções artísticas.

Vasconcellos e Giglio (2007) apresentam experiências sobre aspectos terapêuticos da arte. Os autores citam o trabalho de Jung que a partir da década de 1920 introduz a arte como parte do processo de tratamento de seus pacientes, postulando que através dos símbolos presentes na arte, esta poderia ser utilizada como facilitadora da cura. Jung pedia que seus pacientes expressassem, através de desenhos, seus sonhos e sentimentos. Para Garcia (2004), Jung trabalhava da seguinte forma:

Jung via o homem como essencialmente social, não podendo este existir sem uma cultura. Quando as emoções e pensamentos não encontravam acolhimento social, estes se voltavam para dentro, formando um turbilhão de energia. Através da linguagem artística abre-se uma possibilidade de a pessoa organizar o seu caos interior, pois pode exteriorizar as suas demandas sem críticas. Ao interagir com suas imagens internas, pode modelá-las, transformando-se ao longo do processo. Além disso, passa a conhecer melhor seus aspectos, podendo experimentar inserir-se na realidade de uma maneira nova (GARCIA, 2004, p.6).

No Brasil, dois nomes se destacam na utilização da arte para o tratamento de pessoas hospitalizadas: Osório Cesar e Nise da Silveira. O primeiro desenvolveu obra a partir da teoria freudiana, com internos do Hospital Psiquiátrico do Juqueri, em São Paulo. Osório Cesar é considerado o pioneiro no trabalho terapêutico com arte no país. Nise da Silveira utilizou a perspectiva junguiana para o desenvolvimento do seu trabalho com pessoas internadas no Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro.

Pode-se considerar que a partir destas experiências no Brasil e no mundo, os trabalhos com arte começaram a se ampliar como proposta terapêutica para pessoas hospitalizadas de diversas idades e com diferentes patologias.

Outra função da arte é apresentada por Huizinga, citado por Santa Roza (1993), a função da imaginação, uma função poética, que é também uma função lúdica. Esta autora utiliza também Freud em *O criador literário e a fantasia* (1908), onde se destaca uma detalhada elaboração do conceito de fantasias e suas expressões no fenômeno lúdico, nos sonhos, devaneios e na criação artística. Segundo a autora, Freud associa os jogos infantis e suas formas não reais com a criação literária na vida adulta.

A partir do exposto, tal resgate histórico contribui para esta pesquisa, na medida em que fornece elementos para conhecer como se dão os trabalhos artísticos na assistência à saúde.

Cabe lembrar que os estudos de Santa Roza (1993) se direcionam para a associação entre atividades lúdicas e manifestações artísticas. Contudo, há uma diferença neste processo, na infância há a “impossibilidade real de efetivar aspirações de amor e poder, dando origens às conquistas através do jogo [...]. Já o artista não se ilude: empreende uma realização imaginária através de sua criação, pois sabe o quão distante da realidade encontram-se os seus desejos” (SANTA ROZA, 1993, p.90).

2.3 - A arte e a criança

Lowenfeld e Brittain (1977) discutem, em seu trabalho sobre o desenvolvimento da capacidade criadora, o papel fundamental da arte na educação infantil. Para os autores, o desenho e a pintura em conjunto com as experiências do universo da criança podem ajudá-la a formar novos significados, interpretando, selecionando e mudando elementos que são parte da sua vida. Assim, para a criança “arte é uma atividade dinâmica e unificadora” (LOWENFELD e BRITTAİN, 1977, p.13).

A necessidade do incentivo à capacidade criadora da criança é outro tema discutido por Lowenfeld e Brittain (1977), mostrando que a criança cria independentemente do seu estágio de desenvolvimento e que tal ato proporciona novas perspectivas. Um dos fatores deste processo é a relação do artista com seu meio. Através da pintura, do desenho e da construção, abrem-se horizontes. Absorvem-se, por meio dos sentidos, diversas informações e por meio delas o artista pode dar novas formas aos elementos que parecem se adequar às suas necessidades no momento.

A questão da experiência artística é outro assunto abordado pelos autores. Neste processo é importante trabalhar a capacidade da criança para “[...] procurar e descobrir respostas, ao invés de aguardar passivamente as respostas e instruções do professor.” (LOWENFELD e BRITTAİN, 1977, p.15). Assim,

É a interação dos símbolos, do eu e do ambiente que fornece os elementos necessários aos processos intelectuais abstratos. Portanto, o crescimento mental depende das relações ricas e variadas entre a criança e seu meio: tal relação é o ingrediente básico de qualquer experiência de criação artística (LOWENFELD e BRITTAİN, 1977, p.17).

Segundo os autores, a aprendizagem acontece através dos sentidos, sendo por isso que deve ser desenvolvida por meio do processo de sensibilidade perceptual como fase fundamental da educação. A oportunidade de aprendizagem será maior a partir do momento em que houver o desenvolvimento e o acesso a atividades que usem os sentidos.

Para a criança, a arte refere-se a uma forma de expressão, diferentemente do adulto, que compreende a arte a partir da estética. Esta última concepção de arte, se imposta ao universo infantil, poderá limitar a capacidade criadora deste público. Para Lowenfeld e Brittain (1977), é importante compreender estas duas visões, pois alguns educadores, com objetivo de atingir a beleza estética, sugerem como as crianças devem desenvolver um desenho ou uma pintura. Estes autores mostram que há interferência do meio no trabalho

infantil e por isso existe necessidade de estímulo, que deve ser feito através do encorajamento da criação relativamente a seu próprio trabalho. Expressões como “não sei pintar” sinalizam que em algum momento a criança pode ter sido avaliada por outra pessoa que tem como referência uma concepção pessoal do que é certo, do que é arte. Para Lowenfeld e Brittain (1977), na educação artística “o produto final está subordinado ao método do criador. O importante é o processo da criança – o seu pensamento, os seus sentimentos, as suas percepções, em suma, as suas reações ao seu ambiente” (LOWENFELD e BRITTAİN, 1977, p.17).

Os autores assim contribuem para uma reflexão sobre as atividades com crianças hospitalizadas e a associação destas somente a partir do que é belo. Incentivar a expressão artística, seja ela qual for, e não reprimi-la através de um suposto certo ou errado em arte, favorece o processo de recuperação desse público.

Os autores discutem este certo ou errado em arte. Tanto a criança, que é considerada um destaque com sua arte, ou outra, que tem dificuldade, pode usá-la para atingir satisfações em diversos campos da vida. Para o educador em arte, é preciso saber que as normas são insignificantes para a expressão da criança, pois esta “expressa seus pensamentos, sentimentos e interesses nos seus desenhos e nas suas pinturas, e mostra o conhecimento do seu meio nas suas expressões criadoras” (LOWENFELD e BRITTAİN, 1977, p. 21).

Desta última reflexão, esta pesquisa destaca a importância de não se oferecer somente desenhos prontos para pintar, atividades comuns com crianças hospitalizadas, mas disponibilizar materiais em branco para livre expressão.

Sobre o interesse da criança com relação à arte, ainda para Lowenfeld e Brittain (1977), este pode não estar diretamente associado à “beleza”, pois são diferentes o empenho e a capacidade de lidar com determinado material ou recurso. O próprio envolvimento em determinada atividade acontece de formas distintas. Os autores afirmam que é aconselhável julgar qualquer criança como talentosa em suas atividades artísticas.

Sobre a questão da beleza nas atividades artísticas realizadas por crianças, os autores ressaltam que os belos resultados advêm da ênfase no processo de criação, no qual a concepção do que é belo para o educador deve ser secundário às necessidades infantis. As instituições educadoras devem, para Lowenfeld e Brittain (1977, p.21), “estimular cada aluno, para que se identifique com suas próprias experiências, e ajudá-lo a desenvolver,[...]os conceitos que expressam os seus sentimentos, as suas emoções e a sua própria sensibilidade estética.”

A valorização dos sentidos para a aprendizagem e desenvolvimento das atividades artísticas é uma questão fundamental na obra de Lowenfeld e Brittain (1977). Os autores fazem uma crítica ao modo passivo como as pessoas participam de sua cultura. Tal mudança deve começar pelos materiais ofertados para as crianças em suas atividades e para a necessidade de contato, do cheiro, da possibilidade de ver, de ouvir e saborear, ou seja, de usar os sentidos.

O estímulo à interação da criança com seu meio através dos sentidos pode também ofertar formas de expressão para aquelas mais retraídas. Deste modo, o ensino da arte contribui para o desenvolvimento de atividades sensoriais, como se pode ver:

Sensibilidade auditiva significa escutar detalhadamente, não apenas ouvir; sensibilidade visual significa uma discriminação consciente de diferenças e pormenores, não apenas reconhecer; o mesmo é válido a respeito do tato e das demais experiências sensoriais. Vivemos numa época em que a educação em massa e a visão e a experiência em massa suprimiram as relações sensitivas do indivíduo. A educação artística tem a missão especial de desenvolver na pessoa aquelas sensibilidades criadoras que tornam a vida satisfatória e significativa (LOWENFELD e BRITTAİN, 1977, p.26).

Mais um tema trabalhado por estes autores se refere à importância da identificação com a atividade desenvolvida. Para Lowenfeld e Brittain (1977) não existe expressão artística sem autoidentificação e de identificação com os outros. É aprendendo a desenvolver, a se envolver e a gostar da sua própria atividade que a criança também aprende a reconhecer a necessidade do próximo.

No caso da criança hospitalizada, podem ser oferecidos diversos materiais para que elas mesmas possam escolher aqueles com que mais se identificam, pois isto lhes proporciona prazer e satisfação. Expressar sentimentos e emoção através da arte também faz parte deste processo. Para Lowenfeld e Brittain (1977), mesmo a criança pequena se expressa através de garatujas:

A criança está exprimindo, assim, sua própria importância, pelos seus próprios meios, e o contentamento que deriva da sua realização se torna óbvio. A confiança em si mesma, que é desenvolvida por esse tipo de expressão, fornece a base para níveis mais avançados da arte (LOWENFELD e BRITTAİN, 1977, p.30).

As atividades com artes para crianças hospitalizadas podem contribuir no processo de hospitalização, na medida em que as restrições emocionais podem bloquear as expressões das crianças. Como já apresentado no trabalho de Lowenfeld e Brittain (1977), a arte contribui para que a criança se expresse. O simples desenhar, seja como forma de exploração de um

novo material ou o aprofundamento e envolvimento mais completo em uma atividade artística, deve ser apresentado como possibilidade à criança internada.

Ainda sobre o desenvolvimento infantil, seja ele emocional ou intelectual, os autores citados discutem a necessidade de encorajar a criança em direção a suas expressões artísticas. Uma criança muito desenvolvida intelectualmente pode ter dificuldade de expressar seus sentimentos e vice-versa. A arte pode contribuir nestas duas situações.

Sobre o desenvolvimento físico da criança, a arte também apresenta contribuições a partir do aprimoramento da coordenação visual, motora e no controle do corpo.

As mudanças no desenvolvimento físico podem ser facilmente observadas nas crianças em sua fase de garatuja, quando os traços, no papel, mudam de alguns rabiscos à toa para um garatujar controlado, dentro de um prazo de tempo relativamente curto. Também o desejo de realizar mudanças mais refinadas e minuciosas na forma escultural pode desenvolver muito rapidamente aptidões motoras, ao nível das últimas séries do primeiro grau (ginásio) (LOWENFELD e BRITAIN, 1977, p.42).

As expressões artísticas também contribuem para as fases do desenvolvimento infantil. Para estes autores, as crianças aprendem, com expressões como o desenho e a pintura, a se identificar com outras pessoas e com o seu meio. Como exemplo, os autores apresentam a seguinte situação:

De fato, o primeiro contorno reconhecível num desenho de uma criança é geralmente o de uma pessoa. À medida que a criança cresce, sua arte vai refletindo sua crescente conscientização do meio social em que vive. Quanto mais se desenvolve sua conscientização das pessoas e da influência destas em sua vida, a criança passa a adotá-las numa grande porcentagem do seu conteúdo temático (LOWENFELD e BRITAIN, 1977, p.44).

O desenvolvimento estético é considerado o conteúdo básico ou até mesmo, por vezes, essencial de toda atividade artística. Estética é definida como “o meio de organizar o pensamento, a sensibilidade e a percepção, numa expressão que comunica a outrem esses pensamentos e sentimentos.” (LOWENFELD e BRITAIN, 1977, p.47). Para os autores estas organizações se expressam por meio da poesia (palavras), da dança (movimento do corpo), da música (sons melódico), entre outros. Defendem ainda que não haja padrões, modelos fechados, por estética, mas sim critérios definidos por cada artista.

Sobre o desenvolvimento criador da criança, este é apresentado pelos autores citados a partir da fase dos primeiros rabiscos. O modo como surgem e como vão sendo expressados não precisa apresentar nenhuma característica habilidosa. O que se faz necessário é a

liberdade para explorar e experimentar sua criação, pois segundo Lowenfeld e Brittain (1977), todo produto artístico da criança é considerado uma experiência criadora.

Em resumo, sobre as fases de desenvolvimento da criança, Lowenfeld e Brittain (1977) afirmam que a arte é importante neste processo de desenvolvimento emocional, intelectual, físico, social e criador. Ressaltam que a correção de desenhos ou a imposição de exigências estéticas às crianças apenas contribui para torná-las mais dependentes dos adultos.

O próximo tema abordado diz respeito ao desenvolvimento das fases da arte. Para Lowenfeld e Brittain (1977), a mudança na faixa etária também transforma a arte da criança. Os desenhos passam, de formas quase indefinidas, para formas que expressam casas, pessoas ou paisagem.

As crianças pequenas encontram-se na fase que os autores chamam de “estágio das garatujas”, traços que vão se aperfeiçoando e seguem até quando a criança completa quatro anos de idade. A partir desta fase já podem se identificar figuras reconhecíveis em seus trabalhos. Uma característica é que a presença de um adulto interessado no momento da atividade agrada a criança. Este não deve interferir na ação, pois o agradável para a criança é tê-lo por perto para incentivá-la.

A etapa que se segue é chamada de “estágio pré-esquemático”, entre os quatro e sete anos de idade, nos quais a criança faz suas primeiras tentativas de representação. Lowenfeld e Brittain (1977) apresentam tal fase, a partir da seguinte descrição:

Aqui, a criança faz a representação típica de um homem, apenas com cabeça e pés, e começa desenhando uma quantidade de outros objetos do seu meio, com os quais teve contato. Essas figuras ou esses objetos aparecem colocados de um modo um tanto desordenado no papel e podem variar, consideravelmente, de tamanho. Essas primeiras tentativas de representação oferecem aos adultos a oportunidade de conversar com as crianças sobre os seus desenhos e, ordinariamente, as crianças dessa idade ficam ansiosas por mostrar e explicar o que fizeram sem constrangimento (LOWENFELD e BRITTAİN, 1977, p.54).

A próxima etapa é o “estágio esquemático”, que vai dos sete anos até os nove anos de idade, fase na qual o conceito definido de forma é desenvolvido. Já se identificam claramente nos desenhos das crianças desta idade símbolos que fazem parte do seu ambiente. Os detalhes também estão mais presentes, as árvores possuem folhas, flores ficam ao lado de uma casa, de pessoas, de cachorros, entre outros.

A fase do “realismo nascente” é descrita a partir dos nove anos de idade e prossegue até os doze. Para Lowenfeld e Brittain (1977), esta é a fase do grupo ou idade da turma. A característica desse período são os detalhes, mas não de forma grandes e livres, como no

anterior. A criança não se mostra tão ansiosa para mostrar e explicar seus trabalhos aos adultos, está mais consciente de si, do seu lugar na sociedade.

Por fim¹⁶, na fase dos onze aos doze anos, a criança já entrando na adolescência, já consciente do seu lugar, preocupa-se com proporções e profundidades dos desenhos. Para Lowenfeld e Brittain (1977), esta é a fase do raciocínio, da autocrítica, dos desenhos por meio de histórias em quadrinhos, nos cadernos de nota e das características sexuais nos desenhos humanos.

Esta breve descrição do desenvolvimento das fases da arte para a criança pode contribuir com o planejamento do tipo de atividade a ser oferecida para cada faixa etária, além de entender como as crianças se expressam em cada uma delas por meio dos desenhos, uma das formas artísticas mais disponíveis para a infância. Para Ferraz e Fusari (1999, p.55) “compreender o processo de conhecimento da arte pela criança significa mergulhar em seu mundo expressivo, por isso é preciso procurar saber por que e como ela faz”.

2.4 – Arte como criatividade, diversão, entretenimento e a cultura lúdica.

O termo criatividade refere-se à capacidade humana de inovar e, segundo Brougère (2011), a partir de seus estudos sobre a filosofia clássica, é a criatividade que distingue o homem do animal. Existem muitos estudos sobre o tema, mas não é objetivo desta pesquisa aprofundá-lo. O que se faz necessário é entender criatividade como uma dimensão importante no universo da arte e também do brincar.

Brougère (2011) apresenta os estudos de Chomsky (1966) sobre o tema definido através de dois tipos de criatividade: a que modifica as regras e a que é esboçada pelas próprias regras, mostrando que a linguística, a partir do século XVII, percebe a capacidade da língua. E conseqüentemente que a mesma não se reduz à função de comunicação, mas como mecanismo para revelar de forma livre do pensamento.

Lowenfeld e Brittain (1977) consideram que a criatividade possui diversos significados. Para alguns pesquisadores, o termo refere-se à flexibilização do raciocínio; para outros, diz respeito à aptidão de pensar de maneira diversa das demais pessoas. Contudo, o autor considera como criatividade um comportamento que produz, constrói e se manifesta em

¹⁶ Os autores descrevem outras fases que ultrapassam o período da infância e vão até a adolescência. Por ser objetivo deste trabalho estudar somente a saúde da criança, foram suprimidas as demais etapas.

uma determinada ação que pode não ser fenômeno único, mas que seja uma contribuição pessoal.

Ainda segundo os autores, a arte é um processo de criatividade constante, sendo através dela que a criança pode desenvolver novas formas ou uma produção impar. “É possível propiciar o máximo de oportunidades para o pensamento criador em experiências artísticas, e estas oportunidades devem ser uma parte planejada de cada atividade criadora” (LOWENFELD e BRITAIN, 1977, p.64).

O processo criador envolve vários fatores em que, segundo Lowenfeld e Brittain (1977), incluem-se os ambientais, que abrangem estrutura física e o ambiente psicológico, nos quais o educador em arte exerce importante função. Outro fator refere-se aos valores sociais do meio; outro diz respeito à personalidade da criança. Este último envolve a atitude que a mesma tem em relação a si, ao valor que dá à sua contribuição e às suas aptidões que podem desencadear o processo criativo.

Para Brougère (2011), em seu artigo “A criança e a cultura lúdica”, é a criatividade que proporciona redefinir a brincadeira ou expressar-se em forma de arte. Sobre a arte, Brougère (2011) afirma que:

O Romantismo sobrevalorizou a noção de criatividade, associando-a estreitamente à arte, e isso no contexto de uma nova visão de atividade artística de que somos herdeiros. A arte torna-se o exemplo privilegiado da criatividade e em troca não há verdadeira criatividade fora da arte. Assim o poder criador da linguagem só se expressaria na poesia (BROUGÈRE, 2011, p. 31).

Ostrower (1987, p.130) mostra a diferença entre criatividade infantil e adulta: “nas crianças, o criar – que está em todo seu viver e agir – é uma tomada de contato com o mundo, em que a criança muda principalmente a si mesma”. Mudar o ambiente é uma consequência e não uma causa para a criança. Segundo a autora, a arte para a criança é utilizada para satisfazer suas necessidades.

Outras atividades ligadas à arte apresentam-se através da diversão, do entretenimento e da cultura. A arte relacionada ao entretenimento nos dias de hoje está ligada aos avanços tecnológicos e aos meios de comunicação de massa, como, por exemplo, os programas de televisão. Tal característica cria uma cultura mais familiarizada com a imagem do que com a palavra. A disseminação do cinema e do teatro contribuiu para a construção de uma cultura que potencialmente utiliza a linguagem de símbolos, que é visual, além da verbal como forma de expressividade.

Andrade (2000) mostra que, além do cinema e do teatro, a criação de animações e suas aplicações difundidas também pela televisão ampliam a forma de comunicação entre as pessoas. A partir desta característica o autor nos mostra que essa transformação da sociedade abre espaço e necessidade para aparecerem as terapias expressivas e a arteterapia

A expressividade ou arte passa a ser instrumento técnico e conceitual de um método de trabalho, ao combinar o fazer arte, e expressar-se o uso de materiais plásticos e outras formas de expressão a um objeto educacional ou terapêutico (ANDRADE, 2000, p.17).

Reportando-se a Brougère (2011) sobre a produção da cultura lúdica e as relações que ela estabelece com o conjunto da cultura, o autor mostra as consequências que tal questão pode trazer sobre a relação da criança neste processo. Como qualquer cultura é produzida pelos indivíduos que dela participam e através do que o autor chama de “movimento interno e externo”. No caso da criança, sua cultura lúdica é produzida através do brincar.

A cultura lúdica não está isolada da cultura geral. Essa influência é multiforme e começa com o ambiente, as condições materiais. As proibições dos pais, dos mestres, o espaço colocado à disposição da escola, na cidade, em casa, vão pesar sobre a experiência lúdica. Mas o processo é indireto, já que aí também se trata de uma interpretação simbólica, pois ao brincar, a criança interpreta os elementos que serão inseridos, de acordo com sua interpretação e não diretamente (BROUGÈRE, 2011, p. 30).

Os avanços tecnológicos e dos meios de comunicação de massa também influenciam a cultura lúdica. Brougère (2011) mostra que dois destes elementos são o brinquedo e a televisão. Ambos repassam conteúdos que assumem dimensões internacionais para a transformação da cultura lúdica. Dimensões que podem ser comuns pelo uso de um determinado brinquedo, mas que será diferente devido às características do brincar de cada experiência lúdica.

Brougère (2011) ressalta que a cultura lúdica participa do processo de socialização da criança, contudo, é difícil afirmar que a contribuição deste processo seja essencial. O autor mostra que existem alguns autores que fazem esta afirmação, mas neste caso, estão mais preocupados com o jogo propriamente dito do que com seus resultados científicos.

No próximo capítulo aborda - a criança sob o olhar da saúde; a formação do conceito de infância através da história da criança, que apresentado a partir da idade média, passa pelo período do advento da revolução industrial até os nossos tempos. Há destaque para a evolução do caminho da invisibilidade da criança até o entendimento desta como sujeito de direito, discussão importante que garantiu o acesso à saúde e até mesmo ao brincar no Estatuto da

Criança e do Adolescente (1990). Também serão abordados temas sobre a questão da hospitalização e o desenvolvimento de atividades com o brincar e a arte.

3 A CRIANÇA E A HOSPITALIZAÇÃO

Neste último capítulo destina-se a uma análise acerca da hospitalização infantil, utilizando-se as contribuições já levantadas nos capítulos um e dois sobre a Promoção da Saúde, a Humanização, o brincar e a arte.

No primeiro subcapítulo apresentam-se alguns aspectos da discussão histórica sobre o conceito de infância e o debate sobre o tema, a partir da sociologia. O segundo subcapítulo trata do enfoque dado à saúde da criança, a partir das políticas de saúde, a questão da hospitalização deste público e estratégias para o cuidado do mesmo.

3.1 O debate sobre o conceito de infância e seu lugar nos estudos da sociologia

O conceito de infância é fruto de uma construção histórica e social. A forma como a criança é tratada hoje resulta de diversas transformações. Houve, durante os séculos, muitas mudanças no modo de vê-la, tanto relativamente à família quanto à escola, tanto nos cuidados com a saúde como a partir do avanço das tecnologias, entre outros. Para que se entenda esta fase da vida humana nos dias de hoje é necessário fazer um resgate da construção do termo infância.

Na Idade Média, por exemplo, a criança era vista como um adulto e executava as mesmas funções. Não havia qualquer tipo de tratamento especial para ela, influenciando até mesmo na sua sobrevivência já que não lhe era prestada assistência com relação à saúde, por exemplo.

Neste período histórico, a socialização das crianças era realizada fora da sua família de origem. A partir dos sete anos, elas eram entregues a outras famílias para aprender atividades domésticas, um hábito comum a todas as classes sociais que fazia parte da educação infantil. A família biológica não influenciava na criação da criança e não eram construídos vínculos sentimentais entre elas e os pais. Ariès (1981) explica que o disciplinamento, a educação moral e social eram mais comuns que os laços sentimentais.

Os laços sentimentais entre crianças e seus familiares começam a ser reconhecidos com o advento do capitalismo. A inocência infantil já era anunciada e urgia a necessidade de

medidas como forma de preservá-la, assim, aumentam os cuidados com a criança no período. Houve uma mudança cultural e já começam a serem vistos de forma negativa os hábitos de deixar as crianças serem criadas por outras famílias.

Foi a partir da idade moderna, caracterizada por movimentos como o da revolução industrial, que se criam as primeiras formas oficiais de atendimento à infância. Eram instituições asilares voltadas para a população pobre ou mães solteiras.

Com o início deste movimento de preocupação com a infância, outras ações foram criadas. Entre o final do século XVIII e início do século XIX surgem instituições que recebiam crianças abandonadas, conhecidas como “roda dos expostos”, pois possuíam um dispositivo em forma de roda no qual era depositada a criança, sem nenhum contato com quem a abandonava, devendo um funcionário da instituição girar a roda e receber o bebê na parte do estabelecimento.

Segundo Nascimento *et al.* (2008), a crescente quantidade de crianças nestas instituições, abandonadas por quem não podia criá-las, por razão de convenções morais ou dificuldades financeiras, ocasionou preocupação também com a educação infantil. No Brasil, a partir dos anos 1870, foram criadas as primeiras creches que eram voltadas para filhos de trabalhadoras domésticas.

A institucionalização da escola contribui para a mudança na forma como a sociedade tratava suas crianças. O desenvolvimento de uma pedagogia voltada para o público infantil mostra o surgimento do que Nascimento *et al.* (2008) chamaram de construção social da infância.

Com o passar dos anos o tratamento dado à criança se caracteriza pelo cuidado voltado à escolarização e preparação para a vida futura. Contudo, o período moderno trouxe a segmentação entre crianças pobres e ricas. Ariès (1981) mostra a estratificação social através da escola. O que se referia às crianças pobres eram cursos breves para formação de mão de obra e, para os filhos dos ricos, cursos de longa duração para formar intelectuais.

Os estudos sobre a infância caminharam a passos lentos. Através deles se identifica a preocupação com a criança a partir do século XIX. Para Nascimento *et al.* (2008), esse início tardio dos estudos sobre o tema dificulta que o adulto veja a criança pela perspectiva histórica.

Ainda na sociedade capitalista, a criança por vezes é vista como não sujeito de direitos, sem participação na sociedade, economicamente improdutiva e naturalizada como um adulto em miniatura. Existem diferentes “crianças”, como o caso das que são tratadas como “menores”, resquício das antigas legislações brasileiras voltadas para este público.

Mesmo com os avanços nas legislações, ocorridos nos final dos anos 1980 e início dos anos 1990, que tratam toda criança como sujeito de direito, persistem as formas de tratá-las com diferença, de acordo com a sua inserção em determinado contexto político, econômico ou cultural.

O quadro que hoje se apresenta é a mudança na concepção de criança, vista antes como objeto passivo, socializada por pessoas fora de sua família biológica ou por instituições, para uma concepção centrada na necessidade da criança. Os estudos sobre a infância também sofrem modificação do âmbito privado para o público. Ariès (1981) em sua pesquisa sobre a história da infância já apontava para a necessidade de mais pesquisas na área. A incapacidade de ver a criança como ser autônomo também se refletia no campo teórico e nas produções acadêmicas.

O debate da autonomia da criança diz respeito às suas necessidades de acordo com a idade e o universo infantil. Autonomia em escolher como brincar, por exemplo. O tema abordado tem como objetivo favorecer o desenvolvimento da autonomia infantil na medida em que ainda é um ser em desenvolvimento.

Esta pesquisa apresenta, entre seus referenciais teóricos, os estudos na área da sociologia da infância que têm como marco a década de 1980. Antes disso ainda eram comuns trabalhos na área da sociologia que associavam as questões das crianças a uma lógica “adultocêntrica¹⁷”.

No Brasil, Castro (2001) afirma que muitas pesquisas anteriores a essa época destacavam práticas de invisibilidade, pseudoexclusão, exclusão da criança, variáveis dependentes ou apêndice de alguma categoria de adultos. Antes também, as crianças eram vistas como “não sociais”. Moreira e Macedo (2009) relativizam algumas perspectivas relacionadas à infância, entre elas a de que a criança é “um ser que desconhece o que se passa ao seu redor”. A partir de 1980, estes estudos passaram a trazer as crianças para dentro da sociologia:

O afastamento do ponto de vista adultista e da perspectiva voltada para o futuro sugeriu que as novas abordagens agora precisavam ser “centradas na criança”: focalizariam diretamente as crianças, como sujeitos falantes, atuantes e que vivem experiências, com seus próprios pontos de vista sobre o mundo no qual vivem – conosco (CASTRO, 2001, p.71).

¹⁷Autores como Philippe Ariès (1981) apresentam o surgimento da noção de infância já no século XVII. Em áreas como na psicologia e na educação, a discussão foi incorporada no final do século XIX início do século XX.

Mais uma vez vale lembrar a importância da participação das crianças como atores sociais da sua história. Para Castro (2001, p.75) o “envolvimento dos atores na construção de suas próprias vidas é fundamental para essas abordagens”. A possibilidade da construção crítica de estudos sobre infância para as pesquisas etnográficas já supunha que “as crianças estão ativamente presentes na vida social, e seguem então para estudar suas vidas cotidianas, seus relacionamentos, suas vivências, suas identidades, seu saber e sua cultura” (CASTRO, 2001, p.75).

Delgado e Müller (2005) vão além e discutem a necessidade de considerarmos tanto a criança como o adulto como seres em formação e superarmos a ideia de que ambos podem ser autônomos ou independentes, como se não fossem parte de um contexto social que envolve relações entre as gerações e construção de vínculos sociais. Outra questão importante apontada por estas autoras refere-se à socialização das crianças. E ainda, é necessário “criar um espaço para a infância no discurso sociológico e confrontar a complexidade e ambigüidade da infância na qualidade de fenômeno contemporâneo e instável” (DELGADO e MÜLLER, 2005, p.351).

Sarmiento e Pinto (1997) são autores que contribuem para a pesquisa na área na década de 1990. Ambos mostram em seus trabalhos a infância como fenômeno social e para além de métodos reducionistas de caracterizá-la somente sob o ponto de vista biológico ou psicológico, propõem uma análise do ponto de vista biopsicossocial.

O lugar da infância na sociologia, segundo Sarmiento (2004), acompanha as transformações societárias dos nossos dias. Apesar de sempre terem existido crianças, o conceito de infância é novo e data do período do Renascimento. Uma administração simbólica da infância, com características como horários para determinados eventos sociais, tipo de alimentação, restrição de entrada em certos lugares, atitudes, normas e orientações são recentes. Outras questões que formaram o conceito que hoje temos de infância, além da institucionalização da escola são a produção de disciplinas com foco na criança, como a pediatria, áreas da psicologia e o cuidado com a criança tanto pela família como pela sociedade.

Sarmiento (2004) sinaliza que o foco numa homogeneização de novos padrões referentes à infância não é o suficiente para extinguir desigualdades de classe, gênero e etnia. Por mais que existam generalizações nas formas de cuidado e nas legislações para as crianças, cada grupo societário, cada cultura, possui características próprias. Por mais que existam, por

exemplo, brinquedos universais, a forma como cada criança brinca se dá de uma maneira própria.

Uma das questões fundamentais trazidas por Sarmiento (2004) é a autonomia da criança. Tal questão se dá através de processos de significação e representações próprios. Significados que se desenvolvem no interior da cultura da infância e que servem como forma de comunicação entre elas, que extrapolam o campo da linguagem e alcançam também normas, valores, objetos e ritos próprios.

Sem prejuízo da análise de factores psicológicos e das dimensões cognitivas e desenvolvimentais que presidem à formação do pensamento das crianças, as culturas da infância possuem, antes de mais, dimensões relacionais, constituem-se nas interacções de pares e das crianças com os adultos, estruturando-se nessas relações formais e conteúdos representacionais distintos (SARMENTO, 2004, p.12).

Sarmiento (2004) propõe uma “gramática da cultura da infância”, para reconhecer os traços desta. O autor se refere a três dimensões: a semântica, a sintaxe e a morfologia. A primeira refere-se à construção de significados próprios exemplificados pela expressão “era uma vez”, que para a criança, tem uma acepção temporal presente de uma história que será contada naquele momento. A dimensão sintaxe se sustenta no principio da contradição, articulando real e imaginário, e por fim, a dimensão morfológica usada pela criança que dá outros significados a objetos.

O autor propõe também que as pesquisas na área se debrucem nos princípios que formam o universo cultural da criança, ele contribui apresentando quatro eixos que devem estruturar as culturas da infância: “a interatividade, a ludicidade, a fantasia do real e a reiteração” (SARMENTO, 2004, p.13).

A interatividade é o eixo que diz respeito à interação da criança com seu meio. O autor discute que as construções da cultura infantil e do aprendizado se dão primeiramente através do contato com outras crianças. A troca de comportamentos, rotinas, sentimentos é uma necessidade para o entendimento de mundo, para o aprendizado de como lidar com medos, favorecendo o processo de crescimento da criança e sua forma de se apropriar e entender a vida. Mostra ainda suas formas de brincar para outras crianças, de acordo com a mudança de faixa etária. Outra característica é a perpetuação de jogos antigos como herança da interação entre crianças de idades diferentes mesmo em tempos do predomínio de jogos eletrônicos.

A ludicidade é o segundo eixo apresentado por Sarmiento (2004). Para apresentá-lo, o autor utiliza o brincar, que não é exclusividade da infância, mas faz parte também da idade adulta. A diferença está na seriedade dada à criança ao brincar, o que para o adulto é diversão

e supérfluo. Para a criança, o brincar é parte fundamental do seu aprendizado, do seu processo de desenvolvimento e das construções das suas relações sociais.

A fantasia do real como eixo constituinte de uma cultura da infância é a forma do “mundo do faz de conta” como mecanismo para dar significação ao real. Para o autor, “a dicotomia realidade-fantasia é demasiado frágil para denotar o processo de imbricação entre dois universos de referências, que nas culturas infantis efectivamente se encontram associados” (SARMENTO, 2004, p.16).

Por fim, a reiteração refere-se ao tempo da criança, que é dotado de permissões, de recomeço, o passado pode ser presente e o presente repetido no futuro. O tempo infantil se reinventa, permite começar tudo novamente, as práticas temporais possuem rituais, continuidade e ruptura. Dessa forma, são construídas, destruídas e reconstruídas ações, regras e formas de se comunicar.

No decorrer do século XX, houve um movimento para o reconhecimento da infância e de seu lugar na família e também na sociedade. Um marco foi a publicação do livro *História social da criança e da família*, de Ariès, na década de 1970¹⁸, que propiciou o entendimento da construção do conceito de infância nos dias de hoje. Juntamente com o conceito de infância, surgem os avanços nas áreas tecnológicas, sociais e econômicas na sociedade moderna que favorecem a diminuição de questões graves como a mortalidade infantil.

Kramer (2007) apresenta uma concepção de infância para os dias atuais:

Crianças são sujeitos sociais e históricos, marcadas, portanto, pelas contradições da sociedade em que estão inseridas. A criança não se resume a ser alguém que não é, mas que se tornará (adulto no dia em que deixar de ser criança). Reconhecemos o que é específico da infância: seu poder de imaginação, a fantasia, a criação, a brincadeira entendida como experiência da cultura. Crianças são cidadãos, pessoas detentoras de direitos, que produzem cultura e são nela produzidas. Esse modo de ver as crianças favorece entendê-las e também ver o mundo a partir do seu ponto de vista. A infância, mais que estágio, é categoria da história: existe uma história humana, porque o homem tem infância (KRAMER, 2007, p.15).

Sobre os avanços no que se refere aos direitos da criança, cita-se a promulgação da lei 8069/90, que dispõe o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA. Esta legislação traz à tona a criança como sujeito de direitos, e com garantias e prioridades em áreas como educação, a saúde e a cultura, além de apresentar medidas protetivas no caso de infratores. Apesar destes avanços tanto nos estudos e pesquisas sobre a infância quanto na legislação voltada para este

¹⁸ Período da publicação do livro consultado para esta pesquisa. Na França e nos Estados Unidos da América a publicação data a década de 1960.

público, ainda existem dificuldades no enfrentamento, por exemplo, de violências contra crianças. O abuso, a exploração sexual e o trabalho infantil são uma realidade.

A infância é uma forma de se definir a fase pela qual passa a criança, mas não deve ser entendida como uma fórmula fechada que se encaixe para qualquer segmento. O que se apresenta, na verdade, são “infâncias” que vão depender da construção cultural de um determinado grupo e do modo como vivem e veem suas crianças.

Kramer (2010) mostra que em sociedades desiguais crianças desempenham diferentes papéis. A herança do colonialismo e do imperialismo também traz marcas nas formas de tratar as crianças. Uma ideia de “infância universal” não revela as diversas infâncias que se diferenciam de acordo com os aspectos sociais, culturais e políticos. Crianças como sujeitos sociais e históricos são marcadas por uma sociedade controversa em que se inserem.

Hoje nos deparamos com a seguinte questão, segundo Kramer (2000, p.1), “vivemos hoje o paradoxo de termos um conhecimento avançado sobre a infância, enquanto assistimos com horror à incapacidade de nossa geração de lidar com populações infantis e juvenis”. O avanço teórico e as mudanças na legislação não foram suficientes para transformar anos de invisibilidade. O desenvolvimento da infância foi por muito tempo associado à moralização, ao controle e ao poder do adulto.

Postman (1999) traz à tona a discussão sobre o desaparecimento da infância. Segundo o autor, a visão romântica deste período da vida humana, no qual teríamos acesso à educação, ao brincar e ao carinho dos familiares, teria dado lugar a situações como as de violência familiar, sexual, abandono e negligência. O autor faz uma crítica ao acesso livre e fácil da infância aos meios de comunicação, como a televisão e a internet, que privam este segmento de aproveitar as questões relativas ao universo infantil e o leva a se deparar mais precocemente com o mundo adulto.

Kramer (2010) contesta a ideia de desaparecimento da infância, já que a noção foi construída na modernidade com referência à criança burguesa e não foi colocada para as crianças de modo geral, pois muitas delas continuam privadas do convívio familiar, do tempo livre e são obrigadas a trabalhar para garantir seu sustento e o de sua família. Do período da revolução industrial até os nossos dias, nos deparamos com este paradoxo entre crianças que gozam seu direito ao ócio, como diz a própria autora, e crianças que ainda vivem na miséria ou são exploradas em trabalho escravo.

Na luta pela infância ou contra o seu desaparecimento, destacam-se no Brasil os movimentos sociais como os de meninos e meninas de rua, contra a redução da maioridade

penal, movimentos pela educação, por creches e que têm como canais oficiais os conselhos de direitos e as conferências.

Por mais que houvesse uma conjuntura de enfraquecimento dos movimentos sociais e de perda de direitos historicamente conquistados, marcos como a Constituição de 1988 e Estatuto da Criança e do Adolescente indicam que mudanças são possíveis e que agendas e pautas da luta de movimentos sociais podem se tornar direitos legais.

No próximo subcapítulo será apresentada a forma como a criança é tratada a partir das políticas de saúde, a história da hospitalização e as formas de cuidar da saúde infantil, os avanços nas legislações específicas que abordam questões como a prioridade e a garantia do acesso.

3.2 A criança sob o olhar da política de saúde, a hospitalização e estratégias para o cuidado da criança

Os relatos históricos sobre a saúde da criança reportam aos cuidados com a higiene, nutrição e até disciplinamento. Contudo, mesmo com as ações de saúde voltadas para esse segmento, como maior cobertura de vacinas, melhoria nutricional e de saneamento básico, ainda há necessidade de um atendimento integral à saúde infantil.

Pensar a saúde da criança envolve muito mais do que cuidar de sua saúde física ou combater as doenças comuns a este período da vida. Demanda análise sociocultural, para entender outras questões que podem afetar o seu bem-estar, como acesso à moradia digna, educação e as situações de violência e negligência.

Outro desafio apresentado para atenção à saúde da criança hoje diz respeito às diretrizes do Sistema Único de Saúde, como a universalização do direito à saúde, à integralidade entre as ações, à descentralização dos serviços e à participação social.

Para isso o governo federal criou, através do Ministério da Saúde, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno – ATSCAM, que tem como objetivo elaborar diretrizes e normas políticas para atenção integral à saúde da criança, além de apoiar sua implementação nos estados e município, promover ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança, que pressupõem o compromisso de prover qualidade de vida para que a mesma possa crescer e desenvolver todo o seu potencial.

Também são funções da ATSCAM, assim como do SUS, promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, respeitando os princípios da universalidade, integralidade

e equidade, em parceria com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada, a sociedade e a família, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania¹⁹.

Desde 2011, a ATSCAM concentra esforços para construir uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Dentre suas prioridades estão ações que vão desde o acompanhamento pré-natal ao nascimento, atenção à saúde do recém-nascido, aleitamento materno, estímulo ao desenvolvimento integral na primeira infância, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e prevenção de violências.

A saúde à criança ainda hoje é baseada no modelo biomédico. Contudo, estes cuidados precisam alcançar também questões que envolvam ações de promoção da saúde, de humanização e que articulem outros setores como a educação.

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA apresenta no título III “Dos direitos fundamentais”, Capítulo III – Do direito à vida e à saúde, destaca-se o artigo 11: “É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”.

Sobre os direitos das crianças hospitalizadas foi aprovada em 1995 a resolução n.º41 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, que dispõe sobre o tema. Destacam-se três artigos referentes ao tema, a seguir:

8. Direito a ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico, quando se fizer necessário;
9. Direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do curriculum escolar, durante sua permanência hospitalar.
13. Direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e ou prevenção secundária e terciária.

Ainda sob a ótica da busca por direitos à saúde, o movimento de reforma sanitária brasileira propõe, entre outras questões, mudanças no que diz respeito à assistência hospitalar. Autores como Andrade *et al.* (2001) sinalizam para a necessidade de uma mudança cultural sobre o conceito de hospital e também para a forma do atendimento à criança hospitalizada.

¹⁹ Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1251. Acesso em: 13 jun.2013.

O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção à Saúde, apresenta no ano de 2004 propostas de reforma para atenção hospitalar brasileira. Cria-se um documento que apresenta entre seus objetivos principais a redefinição do papel do hospital no sistema de saúde de uma forma integrada. Outra definição é que este lugar traga mais benefícios com relação à assistência a seus usuários.

O volume três dos “Cadernos Humaniza SUS” (2011) aborda o tema “Atenção Hospitalar” e apresenta iniciativas de trabalho que têm como ferramentas os dispositivos e diretrizes da política de humanização realizada em hospitais com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência e a satisfação tanto do usuário quanto do trabalhador de saúde.

Na mesma publicação encontra-se como proposta de mudança para a dimensão assistencial o enfrentamento do modelo clínico centrado na alta tecnologia que fragmenta doença e doente, e também as especialidades profissionais, tendo como desafio a integralidade do cuidado, a rearticulação do trabalho fragmentado e do trabalho em equipe multidisciplinar, o foco no usuário dos serviços de saúde com a sua participação na elaboração das ações, além de conjugar com tudo isso princípios como respeito às singularidades e aos direitos dos usuários.

Nas últimas décadas, movimentos como o de humanização começaram a promover espaços de discussão sobre o tema. Algumas instituições hospitalares já mudaram normas, rotinas e até questões relativas ao mobiliário e à arquitetura como forma de melhorar o processo de hospitalização. Como mencionado anteriormente, diferentes recursos também são inseridos neste processo, principalmente no caso da internação infantil, tais como a pintura, os desenhos, exposições destes materiais, a música, o teatro, contação de histórias, o brincar, entre outros.

A história da hospitalização se reporta às diferentes formas de tratar as pessoas doentes²⁰. Os hospitais tinham características parecidas com o que conhecemos hoje como asilos. Estes recebiam pessoas com doenças terminais ou que necessitavam de cuidados especiais. Dentre os enfermos, a maioria era composta por adultos. As doenças das crianças tinham as seguintes características: ou eram curadas rapidamente ou matavam na mesma velocidade. A criança era tratada em casa, por isso, durante um longo tempo foi rara a presença de crianças em hospitais.

²⁰ A criação dos hospitais se reporta à Idade Média e durante muitos séculos tiveram as características descritas no texto, anteriormente.

A criação de vacinas, a introdução de hábitos alimentares mais saudáveis e o surgimento dos antibióticos foram alguns dos elementos que contribuíram para que o quadro de saúde/doença na infância mudasse, a ponto de diminuir consideravelmente a mortalidade infantil. Tal quadro passa a ser marcado por doenças crônicas.

O processo de hospitalização na infância apresenta diversos fatores, como a mudança na vida cotidiana, perda da rotina escolar, de lazer, novas sensações presentes, como dor, medo, abandono, dificuldade em verbalizar sentimentos, desconhecimento ou dificuldade de entender a doença, distância de familiares e amigos, novo ambiente e novas regras são alguns dos fatores com os quais a criança está obrigada a conviver. Perceber todas estas questões e criar estratégias para lidar com elas são caminhos na produção de cuidados com crianças hospitalizadas. A utilização da arte e do brincar para lidar com tais situações pode tornar a hospitalização menos dolorosa.

Trucharte e Knijnik (2002)²¹ mostram que é comum o processo de despersonalização do paciente durante a internação. Não que seja regra, mas observa-se, por vezes, que o usuário do serviço de saúde é chamado ou pelo número do leito, pelo número do prontuário ou por alguma alusão à sua patologia. A partir do exposto, citam Goffman, que discute a questão do “*estigma*”. O termo refere-se a um sinal utilizado socialmente que discrimina indivíduos portadores de determinadas características. Devido ao estigma imputado ao doente, apresenta-se a necessidade de reformulação das questões de sua vida cotidiana, pois:

o simples fato de se tornar “hospitalizado” faz com que a pessoa adquira os signos que irão enquadrá-la numa performance existencial e até mesmo seus vínculos interpessoais passarão a existir a partir desse novo signo. Seu espaço vital não é mais algo que dependa de seu processo de escolha. Seus hábitos anteriores terão de se transformar frente à realidade da hospitalização e da doença (TRUCHARTE e KNIJNIK, 2002, p.17).

Ainda sobre a hospitalização, o autor ressalta que devem ser respeitados os limites e imposições quanto aos procedimentos a serem realizados, pois o universo que, às vezes parece comum para os profissionais, é invasivo para o paciente. Além do processo de despersonalização, a pessoa internada ainda convive com algumas práticas consideradas abusivas. Durante o processo que Trucharte e Knijnik (2002) chamam de aceitação da internação, ser acordado no meio da noite para tomar medicação ou ter que interromper uma atividade para alimentar-se, torna-se abusivo.

²¹ Ver ANGERAMI-CAMON (Org.), 2002, nas Referências desta dissertação (p.87).

O reequilíbrio orgânico da pessoa internada também se apresenta prejudicado pelo processo de despersonalização, pois em alguns casos, o mesmo desiste de buscar e de acreditar na cura. Para o enfrentamento desta situação, Trucharte e Knijnik (2002) propõem um trabalho reflexivo

[...] que envolva toda a equipe de saúde, é uma das necessidades mais prementes para fazer com que o hospital perca seu caráter meramente curativo para transformar-se numa instituição que trabalhe não apenas com a reabilitação orgânica, mas também com o restabelecimento da dignidade humana (TRUCHARTE e KNIJNIK, 2002, p.18).

Entender o processo de hospitalização e as implicações que tal fato pode ter na vida do paciente é uma das questões apontadas por estes autores. Eles mostram que existem, cada vez mais, evidências de que algumas doenças se agravam devido a quadros emocionais do paciente. Não negam a importância de questões emocionais no diagnóstico de determinadas doenças, como câncer, cardiopatias e patologias de diagnósticos imprecisos. Os autores apresentam, como exemplo:

[...]casos onde o paciente queixa-se ora de cefaléia, ora de náuseas, ora de comiseração estomacal etc... Ou ainda aqueles casos onde o paciente pode apresentar diversos sintomas concomitantes a diversas patologias sem, no entanto, apresentar tais patologias. Os exames clínicos nesses casos não conseguem fazer um diagnóstico preciso e absoluto, pois a própria alternância de sintomas do paciente é algo apenas diagnosticado, quando se tenta compreender, além dos sintomas, a dor d'alma que acomete tais pacientes (TRUCHARTE e KNIJNIK, 2002, p. 27/28).

O caso da hospitalização infantil também é tratado por Trucharte e Knijnik (2002). Os autores discutem o sofrimento da criança durante este processo, por estar longe do seu ambiente de origem. Sofrimento que acarreta outros sintomas, além dos decorrentes da sua patologia, que dificultam o processo de recuperação.

A depressão é outro objeto de estudo dos autores. Os momentos de luto e depressão, ocasionados pela internação, alteram o estado de ânimo do paciente, podem acarretar mudanças em respostas imunológicas, apatia, prostração, dificuldade de participação no seu processo de recuperação. No caso das crianças hospitalizadas, a dificuldade de brincar, por exemplo, pode ser um indicador. Nestes casos, os psicólogos e psiquiatras são os profissionais indicados para avaliação do quadro do paciente.

A respeito da hospitalização e da necessidade de enfrentamentos das questões que podem dificultar o tratamento do indivíduo, Mitre (2006) considera que a atividade lúdica na visão de familiares e de profissionais é uma estratégia positiva.

Por pertencer a um repertório pessoal, tanto individual quanto do grupo social (cultura lúdica), a atividade lúdica possibilita a expressão de sentimentos, ideias, preferências, afetos e hábitos. Permite também que a criança encontre no ambiente hospitalar elementos familiares e situações que fazem parte de seu repertório pessoal, familiar e cultural (MITRE, 2006, p.291).

Bordin e Corrêa (1990) trazem a discussão de que a doença e a hospitalização, além de gerar ansiedade nos familiares e na própria criança, podem levar ao amadurecimento da mesma, mas também podem fazer outro caminho, o de retrocesso no desenvolvimento mental e físico.

Como estratégia de trabalho com a criança hospitalizada, o brincar é utilizado como uma forma de entender e elaborar a compreensão da nova realidade “quando lidamos com uma clientela que tem sua vida desestruturada pela doença, o brincar aparece como uma possibilidade de organização desse caos” (MITRE, 2000, p.10).

Vieira e Carneiro (2008) apresentam em seus estudos o brincar como um recurso para entender a hospitalização infantil. Para operacionalizá-lo é preciso que profissionais envolvidos no atendimento à criança superem a ideia do brincar como intuição e criem espaços para acolher e incentivar a criança para tal atividade. Lindquist (1993) mostra que o brincar pode ser adaptado a qualquer condição do doente, já que existem diversas formas de fazê-lo.

O ambiente hospitalar deve convidar a criança a brincar. Por vezes os mobiliários e as atividades, embora voltados para a criança, não condizem com elementos da sua cultura lúdica. Conhecer o universo infantil é necessário para tal conduta. Crocker (1978), segundo Vieira e Carneiro (2008), mostra que o brincar é importante tanto para a criança internada quanto para a que faz acompanhamento ambulatorial. Por isso, todo o local do hospital que recebe crianças, e não só as enfermarias, deve ser adaptado para este público. Ainda segundo o autor, é importante que os adultos que se disponibilizam a realizar atividades com crianças conjuguem as seguintes características “ser flexíveis, espontâneos, de fácil relacionamento; devem conhecer a Psicologia infantil e como a criança se desenvolve e se capacitarem para o desempenho da função” (CROCKER *apud* VIEIRA e CARNEIRO, 2008, p.79).

A arte e o brincar no hospital atuam favorecendo a vitalidade e a capacidade de a criança permanecer ativa. As atividades lúdicas não devem ficar restritas somente aos aspectos do adoecer, mas a temas comuns de sua vida cotidiana.

Vieira e Carneiro (2008) criticam o uso do brincar em algumas unidades hospitalares. Para as autoras há falta de estímulos lúdicos e a inadequação do uso de alguns brinquedos. As autoras apresentam, como proposta, o apoio de pedagogos e psicólogos para auxiliar demais

profissionais de saúde na organização de espaços e atividades lúdicas. O brincar, quando adequadamente estimulado, favorece o processo de internação da criança.

Algumas considerações sobre a humanização do atendimento no caso da criança hospitalizada são feitas a partir dos seguintes temas “disponibilidade de ambiente acolhedor à criança; preparo da criança para a hospitalização; apoio emocional na chegada ao hospital; adaptação desta e de sua família a este contexto; orientações às visitas e preparo para alta, quando viável” (PÉREZ-RAMOS, 2008, p.125). A autora afirma que todas estas fases devem utilizar o lúdico como forma de amenizar os impactos da hospitalização, seja através de procedimentos educativos ou terapêuticos.

Outras orientações relativas à humanização do atendimento referem-se à atenção a momentos como de preparação para cirurgia e período pós-cirúrgico, oportunizando atividades lúdicas para amenizar o impacto destes procedimentos. Tais ações devem ser realizadas por toda a equipe de saúde e envolver também os acompanhantes²².

Pérez-Ramos (2010) afirma que o brincar é importante para preservação, manutenção e recuperação da saúde. Neste sentido, além de trabalhos sobre o tema, esta pesquisa apresenta, a seguir, legislações vigentes que garantem o brincar para a criança.

O artigo 16^a parágrafo IV do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) trata da liberdade da criança para “brincar, praticar esportes e divertir-se”. O brincar também aparece como prioridade no princípio 7^o da Declaração Universal dos Direitos Humanos: “a criança deve ter plena oportunidade para brincar e para se dedicar a atividades recreativas”.

O brincar também tem seu lugar privilegiado no hospital, através da lei federal nº 11.104, de 2005, que dispõe sobre a prioridade da instalação de brinquedotecas em unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. O artigo 2^o desta lei considera que a brinquedoteca seja um espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar.

A legislação brasileira também reconhece o direito de crianças hospitalizadas ao acompanhamento pedagógicoeducacional, através da criação da Política Nacional de Educação Especial. Tal política propõe que a educação no hospital seja realizada através da organização de classes hospitalares. A mesma é um importante instrumento para melhor qualidade do processo de internação, pois é mais uma forma de combater os transtornos causados devido a sua enfermidade.

²² Defende-se nesta pesquisa o brincar como uma atividade fim para a criança e não na perspectiva puramente instrumental como forma de “garantir adesão ao tratamento”

Por vezes, é o educador da classe hospitalar que introduz na rotina da unidade de saúde o brincar e arte, que se apresentam como facilitadores não só para auxiliar nas atividades pertinentes ao currículo escolar, mas no processo de tratamento do paciente enfermo.

Ainda sobre a discussão referente ao tema, Ferreira *et al.* (2006) apresentam em seu estudo a necessidade de espaços lúdicos como forma de trabalhar questões negativas da hospitalização, referentes a emoções e subjetividades. Para as autoras, a arquitetura do hospital e algumas características comuns, como equipamentos barulhentos, a cor branca presente nas paredes e nas roupas dos profissionais, a linguagem técnica da saúde, procedimentos agressivos, invasivos e dolorosos causam ainda mais estranhamento ao processo.

Os estudos que envolvem os cuidados com crianças hospitalizadas perpassam discussões, como a realizada pela Terceira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em Sundswall (1991-Suécia). Tal conferência trouxe o debate sobre ambiente não somente relacionado à dimensão física, mas às sociais, econômicas e políticas. Dimensões necessárias e que devem se articular para que sejam alcançadas condições favoráveis à saúde.

A Conferência conclama que um ambiente favorável é de suprema importância para a saúde e reconhece que todos têm um papel na criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde. Ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis. Atingir estas duas metas deve ser o objetivo central ao se estabelecerem prioridades para o desenvolvimento e deve ter precedência no gerenciamento diário das políticas governamentais (BRASIL, 2002, p.41).

3.3 Desafios e questões: reflexões sobre mudança do modelo de atenção à criança hospitalizada, através de atividades com artes e o brincar.

A partir do exposto, esta pesquisa tem como desafio propor reflexões sobre o modelo de atenção no cuidado às crianças hospitalizadas, através de atividades com artes e o brincar. As Políticas Nacionais de Humanização e Promoção da Saúde são apresentadas como eixos transversais neste processo. A PNH, centrada em princípios como a equidade, a integralidade e a participação (Brasil, 2004), é um importante mecanismo para as atividades voltadas para crianças, ajudando a diminuir as questões que podem causar trauma ou dificultar seu processo de recuperação.

Outra política governamental que pode oportunizar mudanças no modelo de atenção para a saúde das crianças hospitalizadas é a Política Nacional de Promoção da Saúde, pois entre seus objetivos estão a busca da melhoria da qualidade de vida e de saúde, autonomia e corresponsabilidade. Tal política mostra que ações promotoras reúnem as seguintes características para que se criem condições de defesa da vida e da saúde, como a educação, a comunicação, a mobilização e o empoderamento.

Serão apresentadas aqui questões teóricas relativas ao brincar, à arte e à hospitalização infantil. Como foi proposto na introdução deste trabalho, busca-se responder à seguinte questão: Quais são as contribuições do lúdico para a transformação do modelo de atenção à criança hospitalizada?

As rotinas das instituições hospitalares em geral não levam em consideração a opinião do usuário. Contudo, como foi apresentado nos capítulos anteriores, preservando-se as suas características, o brincar pode, além de contribuir para a expressão da criança, facilitar o entendimento pela mesma da sua nova rotina e da ruptura da sua rotina diária, pode também possibilitar a manutenção de sua singularidade e uma melhor qualidade no processo de hospitalização.

O brincar é apresentado em vários estudos como ferramenta no trabalho com crianças hospitalizadas. Motta e Enumo (2004) trazem diversas experiências da literatura científica sobre a introdução do brincar na instituição hospitalar. As autoras mostram o significativo espaço encontrado sobre a temática em pesquisas que relacionam a importância do brincar no que se refere à humanização do ambiente hospitalar.

Segundo Motta e Enumo (2004, p.20), “o brinquedo é utilizado como recurso capaz de proporcionar às crianças atividade estimulante e divertida, mas que traga calma e segurança.” É colocado não somente como a bola, ou a boneca, mas também é citado o palhaço, que teria

como função “alegrar o ambiente e amenizar as sensações desagradáveis da hospitalização, humanizando o contexto hospitalar” (MOTTA e ENUMO, 2004, p. 20).

Estas atividades são comuns em várias unidades de saúde. Existem hoje diversos grupos que usam a arte da palhaçaria como forma de alegrar o ambiente. Porém, sem um trabalho crítico e um aprofundamento teórico sobre atividades lúdicas com crianças hospitalizadas, o brincar poderá ser mais uma imposição institucional e vir a perder sua função de contribuição para os cuidados com crianças em condições de hospitalização.

Nesta direção, é importante lembrar trabalhos como os dos "Doutores da Alegria" e da "Companhia do Riso", que desenvolvem atividades lúdicas, usando a imagem de palhaços em ambientes hospitalares. Ambos são baseados na experiência de trabalho do médico Patch Adams (1999), nos Estados Unidos da América (MOTTA e ENUMO, 2004).

Outro exemplo é o do “ensaio comportamental”, que consiste na oferta de materiais hospitalares de brinquedo, para que a criança possa, ao manipulá-los, “expressar seus temores e ansiedades frente aos instrumentos que serão utilizados com ela” (MÉNDEZ *apud* MOTTA e ENUMO, 2004, p.21). Este tipo de atividade também é comum em unidades hospitalares, contudo, através da simples entrega de materiais reais. A oferta de alguns materiais hospitalares deve observar algumas normas de segurança, para proteger a criança de riscos, como os de infecção e de reações alérgicas. A orientação de um profissional de saúde é fundamental neste caso.

Motta e Enumo (2004, p.20) citam ainda Saggese e Maciel (1996), sobre a utilização do brincar em enfermaria pediátrica. Estes discutem a questão: “Brincar - recreação ou instrumento terapêutico?”, ressaltando que os programas hospitalares que utilizam a recreação visam geralmente a ocupação de tempo ocioso. Propõem, porém, que a atividade lúdica nesse contexto seja olhada como instrumento terapêutico a serviço da intervenção médica.

Apesar de Motta e Enumo (2004) sinalizarem para a utilização do brincar a serviço da “intervenção médica”, Mitre (2006) aponta o campo da saúde da criança como interdisciplinar. O brincar pode ser usado por todas as categorias, para além de atividade recreativa, como “recurso terapêutico que promove, além da continuidade do desenvolvimento infantil, a possibilidade de elaboração de experiências, funcionando como uma linguagem não verbal de domínio da criança” (MITRE, 2006, p.283).

Diversas experiências como a arte e o brincar são desenvolvidas hoje em unidades hospitalares. Os “Doutores da Alegria”, por exemplo, têm como missão

[...] promover a experiência da alegria como fator potencializador de relações saudáveis, por meio da atuação profissional de palhaços junto a crianças

hospitalizadas, seus pais e profissionais de saúde – e compartilhar a qualidade desse encontro com a sociedade com produção de conhecimento, formação e criações artísticas²³.

Os “Doutores da Alegria” é uma organização da sociedade civil sem fins lucrativos que, desde 1991, atua junto a crianças hospitalizadas, seus pais e profissionais de saúde. A essência do trabalho é a utilização da paródia do palhaço que brinca de ser médico no hospital, tendo como referência a alegria e o lado saudável das crianças, colaborando para a transformação do ambiente em que se inserem.

Os “Doutores da Alegria” atuam no Rio de Janeiro, Recife e São Paulo. Implantado no Rio de Janeiro em 2009, o projeto está presente em sete hospitais públicos e tem parceria com a Secretaria Estadual de Saúde através da atividade “Plateias hospitalares”, que consiste em peças teatrais.

O projeto “Plateias hospitalares”, realizado no Rio de Janeiro, tem como objetivo ver o hospital como espaço de vida e de arte. A ação é feita através de uma programação cultural, com atividades para pacientes adultos e idosos, crianças e comunidades do entorno do hospital. Ao mesmo tempo, são realizadas oficinas junto a profissionais de saúde.

Os “Doutores da Alegria” têm como objetivo tornar o hospital um espaço de promoção da saúde. Identificam-se dentre suas atividades a realização de ações, conforme as orientações da carta de Ottawa, como a capacitação e alguns dos campos defendidos no documento como a criação de ambientes favoráveis à saúde e o reforço da ação comunitária. Contudo, ainda se faz necessário trabalhar a participação do usuário neste processo.

Não são encontrados no site relatos de frequência e horários das atividades ou forma de convite para a participação da criança (se respeitam sua liberdade de querer ou não participar, se existe alguma imposição da instituição como forma de gerar alguma estatística/meta²⁴).

Em um documento de avaliação do trabalho referido anteriormente, que data o ano de 2008, há indicadores de avaliação do seu resultado nos hospitais. No que se referem às crianças, os principais indicadores foram que as mesmas apresentam evidências clínicas de

²³ Disponível em: http://www.doutoresdaalegria.org.br/internas.asp?secao=osdoutores_quem.> Acesso em: 15 fev.2012.

²⁴ Algumas das instituições nas quais a autora desta pesquisa trabalhou exigiam que fossem contabilizadas a participação das crianças nas atividades lúdicas. O número maior de participantes contribuía para que a instituição alcançasse metas de qualidade. Embora a exigência não fosse formalizada em nenhum protocolo, havia a preocupação dos profissionais envolvidos com os números e conseqüentemente o “incentivo obrigatório” para a participação das crianças nas atividades propostas.

melhora, pois se alimentam melhor, aceitam mais os exames e procedimentos médicos e ficam mais à vontade com o ambiente do hospital²⁵.

A avaliação do referido trabalho utilizou como metodologia questionários estruturados focados em profissionais de saúde. Decisão tomada, pois os mesmos tinham presença constante nos hospitais, o que não acontecia com as crianças. O relatório sinaliza que a avaliação do impacto dos trabalhos com as crianças é importante e que a rotatividade deste público foi um fator que impossibilitou esta avaliação.

Uma experiência semelhante é realizada pelo grupo Roda Gigante, que “desenvolve pesquisa sobre a atuação de palhaços e suas possibilidades de intervir na sociedade, promovendo encontros que produzam saúde. O grupo realiza intervenções artísticas nas enfermarias de cinco hospitais públicos do Rio de Janeiro²⁶.” O site do grupo não disponibiliza informações sobre a frequência das atividades realizadas com crianças nos hospitais. Dentre as ações efetivadas no ano de 2013, a página do grupo sinaliza cortejos musicais e blocos carnavalescos no mês de fevereiro.

Tanto o grupo “Roda Gigante” quanto “Doutores da Alegria” são organizações não governamentais que recebem incentivos de instituições privadas ou públicas, por meio de lei de incentivo a cultura. Os grupos não fazem parte do cotidiano do hospital. Segundo informações do site, as ações parecem não acontecer com frequência e a maioria delas é voltada para profissionais de saúde, como a formação na arte da palhaçaria e para todo o hospital, através de apresentações teatrais e cortejos musicais.

Outra atividade identificada foi a realizada pelo Instituto Fernandes Figueiras, através do Projeto Saúde e Brincar. “A atividade lúdica é o principal recurso terapêutico do programa de atenção integral à criança hospitalizada “Saúde e Brincar”, onde crianças, adolescentes e acompanhantes são convidados a brincar coletivamente com a equipe do programa. O brincar, como estratégia, possibilita integrar aspectos sociais, culturais e psíquicos da criança adoecida aos procedimentos terapêuticos, humanizando a relação entre criança e ambiente hospitalar. A equipe do “Saúde e Brincar” acredita que tais ações possam interferir no processo de adoecimento e no curso do tratamento²⁷.

²⁵ Disponível em: http://www.doutoresdaalegria.org.br/wp-content/uploads/2012/04/Pesquisa_sobre_o_trabalho_dos_Doutores_da_Alegria_nos_hospitais.pdf
Avaliação do resultado do trabalho dos Doutores da Alegria em hospitais. Relatório realizado em 2008.
Coordenação: Daniel Brandão. Análise estatística: *Frontiers* Consultoria em Estatística. Acesso em: 15 jul. 2013.

²⁶ Disponível em: <http://rodagigante.org/>. Acesso em: 11 mar.2012

²⁷ Disponível em: <http://www.fiocruz.br/portalliff/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=44&sid=40>. Acesso em: 3 fev.2012.

A experiência do IFF existe desde o ano de 1994, foi criada em oposição à ideia do senso comum de que o brincar tem um papel secundário na vida das pessoas. Adota o conceito do brincar como atividade fundamental, valorizando sua importância na proposta de atenção integral à saúde da criança.

O grupo é formado por uma equipe interdisciplinar com profissionais da instituição e de estagiários do programa que trabalham na estimulação das crianças hospitalizadas através do brincar. Conta com várias referências teóricas sobre o desenvolvimento infantil e acreditam que o brincar influencia a comunicação e expressão dos sentimentos da criança, além de favorecer a elaboração dos momentos difíceis vivenciados pelo ser humano.

Sobre as barreiras para a execução das ações, a banalização do brincar é uma delas. Para que se construam atividades nesta área é necessário o envolvimento não só dos profissionais, mas de toda a instituição. Há também a necessidade do aperfeiçoamento de políticas públicas voltadas para a saúde da criança, que devem promover a construção de conhecimentos multidisciplinares que contribuam com uma melhor assistência à criança.

O Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) da UFRJ também desenvolve um trabalho na área, o “Projeto Brincante²⁸”. É voltado para a interlocução da Psicanálise com a Medicina e a Educação Física. As ações são realizadas na sala de quimioterapia e nos leitos das enfermarias, por alunos de educação física e da pós-graduação em puericultura, sendo coordenadas por professores. Foram criadas quatro oficinas temáticas, que vêm sendo desenvolvidas desde agosto de 2006, recebendo aproximadamente 60 crianças, de um a treze anos de idade.

As oficinas temáticas criadas após pesquisa bibliográfica como forma de fundamentá-las são: a do movimento, a da dramatização, a dos jogos e a das artes plásticas. Nestas as crianças e os alunos brincam de forma espontânea. A criança escolhe a oficina na qual quer brincar, podendo deixar de fazê-lo quando quiser. As atividades consideram as características do local e as limitações das crianças, devido à sua patologia.

A oficina do movimento disponibiliza objetos como um bolão, amarelinha, blocos de espuma coloridos e tapete acolchoado. Através destes objetos o projeto cria possibilidades para que a criança se movimente por pulos e saltos, utilizando o bolão ou por meio, por exemplo, da construção e desconstrução de casas com almofadas coloridas.

Outra oficina é a de dramatização, que oferece materiais como tecidos de diferentes texturas, cores e tamanhos, aventais, chapéus, gravatas, bolsas, perucas, óculos, narizes de

²⁸Disponível em: <http://www.uff.br/uninclusao/?p=309>. Acesso em: 15 jul.2013.

palhaço, bigodes de plástico, fantoches, um pequeno palco, uma arara e um espelho, que propiciam a fantasia e o brincar das crianças.

A oficina de jogos oferece blocos de madeira de diferentes formas, cores e tamanhos, brinquedos para encaixar, um quadro de metal, bonecos sem rosto ou roupa, além de roupas e acessórios. Aqui, segundo integrantes do projeto, a criança cria e recria seus jogos.

A oficina de artes plásticas permite que as crianças tenham acesso a materiais, como papel, caneta hidrocor, lápis cera, massinha para modelar, pranchetas, barbante, quadros brancos para desenho, e a bandeja brincante, material com inúmeras possibilidades que permite ser adaptado à cadeira de quimioterapia.

Tanto o IFF quanto o IPPMG oferecem atividades através do brincar que se articulam às questões levantadas por autores como Huizinga (1980) e Brougère (1995), descritas neste subcapítulo, como a importância da liberdade de ser uma atividade voluntária, do seu caráter de divertimento. Contudo, apenas no IFF nota-se a preocupação com a questão cultural do público atendido através da descrição feita no site da instituição sobre o “Saúde e Brincar”.

Estudos teóricos sobre o tema mostram que as ações relatadas anteriormente podem oportunizar uma melhor qualidade das ações para crianças hospitalizadas, através do brincar e das expressões artísticas. Sair do senso comum no qual o brincar e a arte são sempre bons, propicia que os profissionais de saúde que atuam junto às crianças hospitalizadas possam refletir sobre suas atividades e assim torná-las ações que contribuirão com o processo de internação.

Santa Roza (1993) e Mitre (2006) são referências através de suas pesquisas sobre o brincar e o jogo e sua relação como a infância. Ambas utilizam-se dos estudos de Brougère (1995) e Huizinga (1980) e aplicam as características do brincar aos cuidados em pediatria. Tais autoras apresentam algumas dimensões fundamentais para conceituar o brincar. São elas: o divertimento, a autonomia, a sua função cultural, a participação e a liberdade.

Mitre (2006) apresenta em seu trabalho o brincar como importante ferramenta nos cuidados pediátricos, considerando que para se produzir saúde é necessária a participação ativa do usuário. A fim de atingir tais objetivos, a autora apresenta o brincar como uma possibilidade para a criança em situação de doença ou hospitalizada. Apresenta ainda o brincar como ferramenta para ações humanizadoras, o que ela chama de tecnologia das relações (MITRE, 2006) que possibilita através de sentidos e significados uma nova possibilidade de assistência à saúde da criança.

Ainda segundo a autora, o brincar é uma importante estratégia no cuidado à criança hospitalizada, pois a “atividade básica da infância é o brincar, ele é universal e deve estar presente em todas as situações da vida da criança. É através dele que a criança, desde que nasce, aprende e explora o mundo, estabelecendo relações e desenvolvendo habilidades” (MITRE, 2006, p.288). Para brincar também não existe uma receita fechada ou a utilização de algum objeto específico como o brinquedo. Para Mitre “o brincar não é o conteúdo específico do brinquedo e sim o desejo da criança” (MITRE, 2006, p.289). Quanto mais fechado, mais específico o brinquedo, menor a possibilidade da criança no brincar. Ainda segundo Mitre (2006):

A imitação realizada pela criança no brincar é mais do que simplesmente uma cópia da realidade. Quando imita, a criança reconstrói, de modo singular e criativo, aquilo que observou (Vygotsky, 1991). Dessa forma, experimenta de diferentes maneiras, situações, papéis, transpondo os limites que a cercam (MITRE, 2006, p.290).

A autora considera ainda a participação como questão fundamental no processo de produção de saúde. A importância do brincar nos cuidados com crianças em situação de hospitalização, como um mecanismo de linguagem não verbal, propicia esta participação. Aqui é identificada uma interface com as PNH e a PNPS, pois a participação também é uma prioridade em ambas as políticas.

Mitre (2006) enfatiza que o prazer destas atividades se dá devido ao seu caráter livre. A liberdade como dimensão do brincar permite à criança exercer a sua identidade. A possibilidade em diminuir problemas e sofrimentos ou sensações como a dor presente na hospitalização são algumas das características dessa liberdade no brincar. Lidar de forma lúdica com tais questões também fornece a quem brinca força para enfrentar situações difíceis. Para Huizinga (1980), esta é uma possibilidade de ampliação da vida.

A autonomia é identificada como uma das características do brincar. No caso do brincar entre crianças são estes atores que estipulam as regras, o modo e o lugar. Assim, cria-se um mecanismo capaz de ser utilizado para que a criança reorganize também a sua vida durante a situação de hospitalização. Para Mitre (2006, p.290) “só a brincadeira permite que o ruim ou desagradável se transforme em extraordinário.”

A autonomia e a liberdade da criança para criar suas próprias regras no brincar devem ser respeitadas pelos profissionais de saúde, além de serem aliadas na criação de pactos que a façam participar das regras institucionais. Assim os profissionais contribuem também para a autonomia e para a participação da criança.

As atividades ofertadas nas pediatrias, algumas vezes, são elaboradas sem a participação das crianças e sem conhecer e de onde vem este público. Em hospitais gerais, onde são atendidas crianças de várias regiões do país, inteirar-se da realidade de cada paciente é fundamental. Além de garantir o respeito à cultura e ofertar uma gama de atividades, esta interculturalidade facilita o relacionamento. Compreender os diversos mundos também contribui para a participação ativa da criança no seu processo de internação.

Também para Winnicott (1975), o brincar é considerado uma estratégia fundamental para o cuidado com crianças. O autor faz uma relação entre o brincar e a saúde:

Em outros termos, é a brincadeira que é universal e que é a própria saúde: o brincar facilita o crescimento e, portanto, a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia; finalmente, a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros (WINNICOTT, 1975, p. 63).

Segundo Winnicott (1975), o brincar é desejável, sendo uma forma de comunicação entre quem brinca. É essencial, exercita a criatividade, a liberdade, o prazer, a instituição de regras, sendo também um exercício de construção e desconstrução. Abordando esta relação a partir da hospitalização, está Mitre (2006, p.291): “como atividade fundamental da infância, o brincar deve estar presente também durante o período de hospitalização. Sua ausência pode gerar comprometimentos motores, cognitivos, perceptivos e emocionais”.

Assim, reunindo-se as características de ações promotoras de saúde, humanizadoras e do brincar, apresentam-se formas de repensar as ações voltadas para crianças e de avaliar se os objetivos buscados estão sendo atingidos.

Ferreira *et al.* apresentam a necessidade de utilizar projetos que valorizem as atividades, como a arte na perspectiva da humanização, pois a PNH valoriza tanto o cuidado do usuário quanto do profissional de saúde. Como foi apresentado nesta pesquisa, experiências como a dos “Doutores da Alegria” trabalham nestas duas linhas. A autora mostra que, por outro lado, ainda predomina a demanda para o cuidado que dificulta a implementação de ações humanizadoras, pois tal modelo tem como foco o alto grau de especialização tecnológica “voltado para o diagnóstico e condutas médicas, e este modelo permite ao paciente aplicar, aceitar e concordar com seu tratamento” (FERREIRA *et al.*, 2006, p.690).

Sobre a arte, algumas atividades voltadas para crianças hospitalizadas estão associadas à questão estética e se preocupam em definir o que seria arte. Talvez porque, para muitos, a

arte esteja ligada às grandes obras, como as dos pintores impressionistas, por exemplo. Contudo, Ferreira *et al.* (2006) mostram um cenário das atividades artísticas desenvolvidas em unidades de saúde:

Instituições de saúde do mundo todo já reconhecem o valor social e terapêutico da arte aplicada à medicina, e a tendência de incluí-la entre as atividades hospitalares é crescente. Muitas formas de expressão artísticas têm sido desenvolvidas no hospital, desde as mais clássicas, como a pintura, teatro, literatura, música, ao teatro clow, uma das mais atuais (FERREIRA *et al.*, 2006, p. 690).

Ferreira *et al.* (2006) afirmam em seu estudo sobre a música como recurso no cuidado à criança hospitalizada, que tal atividade artística contribui para diminuir a tensão, o stress, as dores e a ansiedade causados pela hospitalização, além de ser uma forma de distração. As autoras apresentam alguns aspectos necessários para que a intervenção musical seja eficiente

[...]preferência musical, natureza da música, desejo do paciente em participar de atividades envolvendo música, idade, estágio do desenvolvimento cognitivo, efeitos fisiológicos desencadeados pela música, idiomas em que ela se apresenta, bem como acuidade auditiva (FERREIRA *et al.*, 2006, p.691).

A pesquisa de Ferreira *et al.* (2006) também ressalta questões importantes relacionadas às atividades artísticas para crianças hospitalizadas. O oferecimento de músicas é uma atividade comum. Entretanto, as autoras afirmam que se deve considerar a preferência musical do paciente como um fator importante no cuidado. Outro fator destacado é o tempo da intervenção, que deve ter durações diferentes de acordo também com a necessidade do usuário.

Ainda sobre as atividades com músicas, Ferreira *et al.* (2006) apresentam diversas formas de realizá-las como através de grupos de pacientes, para discutir sentimentos sobre a música apresentada ou apenas ouvi-la. Para ambas as formas, as autoras atentam para a garantia da individualidade dos participantes, através do momento de bem-estar proporcionado pela música. É neste momento, que as autoras chamam de ápice da intervenção, que as atividades devem ser encerradas para garantir a sensação agradável alcançada e para que se cultive a necessidade de repeti-las outras vezes.

A natureza da música, seu ritmo e sua melodia, podem contribuir para o objetivo das ações propostas para os usuários dos serviços de saúde. No caso específico desta pesquisa, músicas lentas e com tons graves contribuem para sensações de tranquilidade. Segundo os estudos de Ferreira *et al.*, estes tipos musicais ajudam “a reduzir a frequência cardíaca e respiratória, a ansiedade e a agitação do paciente, causando relaxamento” (FERREIRA *et al.*,

2006, p.691). Para aumentar o estado de alerta dos pacientes é necessário que a música seja mais agitada e com tons agudos.

Pretendeu-se apresentar a música como mais uma forma de expressão artística que pode ser realizada com a criança hospitalizada. Utilizou-se os estudos de Ferreira *et al.*, pois para as autoras, as artes de uma forma geral “facilitam o contato com a realidade principalmente após os acontecimentos traumáticos, fazendo emergir atos criativos, expressivos, enfim, possibilitam outras subjetividades” (FERREIRA *et al.*, 2006, p.691).

Utilizaram-se aqui também pesquisas sobre o ensino da arte para crianças, mesmo sendo este um trabalho com o objetivo de estudar tal atividade com crianças hospitalizadas, pois o referencial aplicado na educação ajudará a conhecer e entender melhor este tema. Cabe ressaltar que trabalhos sobre expressões artísticas com crianças hospitalizadas são explorados em proporções menores do que os referentes ao brincar nesta área. A teoria do ensino da arte para criança também ajuda a compreender que a mesma está relacionada ao despertar da criação.

A arte assim como o brincar é um recurso que pode ser usado para que a criança se aproprie dos papéis culturais, da sua realidade e dos significados do seu grupo social, inclusive nos casos de adoecimento e hospitalização. Para Coletto (2010), é pelas linguagens artísticas, através de sons, movimentos, elementos diversos que a criança se expressa, ajuda a elaborar sentimentos, adquire conhecimentos e constrói e reconstrói seu lugar no mundo.

Estudos como o de Coletto (2010) mostram que a utilização de linguagens artísticas como o teatro, a dança, a música e as artes visuais trazem para as crianças um novo mundo, auxiliando a desenvolver capacidades como as de se relacionar com outros, de expressar sentimentos e na formação para vida.

Para Laponte (2008), assim como para Lowenfeld e Brittain (1977), há uma dificuldade na criação de espaços destinados à arte infantil. Esta é uma questão que precisa ser superada e que para Coletto (2010) “a criança se expressa através da arte com mais facilidade, pois em sua produção artística, que é sua criação, não há certo ou errado” (COLETO, 2010, p.149). Segundo Laponte (2003) é necessário tomar uma postura que através da arte possa se transformar o real e reinventar a própria vida.

Para Coletto (2010), a arte é apreciada pela criança de uma forma peculiar e por isso é importante incentivar a curiosidade pelo trabalho artístico. A autora apresenta esta discussão da seguinte forma:

A criança valoriza mais o material que está utilizando, o processo, do que o resultado final. Ao se expressar de forma gráfica, faz vários rabiscos, livremente, faz traços horizontais, verticais e inclinados até perceber que pode utilizar a linha curva para construir círculos de tamanhos diferentes. Por mais que para os adultos esses rabiscos não possuam significado algum, devem ser estimulados. A criança deve ser encorajada a garatujar, pois esses traços são o início de sua expressão gráfica e, posteriormente, a levarão até a escrita (COLETO, 2010, p.140).

Ainda para Coletto (2010), os desenhos infantis ou outras formas de expressões artísticas são reflexos da criatividade da criança, pois registram suas emoções e percepções do seu ambiente, criam e inventam a partir de suas próprias idéias.

Ferraz e Fusari (1999) propõem um instrumental teórico para as práticas da arte com crianças. As autoras trabalham questões como a expressividade, a percepção, a fantasia e representação na infância. Neste sentido, assim como para Coletto (2010) e Lowenfeld e Brittain (1977), a arte se apresenta como processo de criação e de expressividade. Para Coletto (2010) o desenho é uma forma de expressão, principalmente no período em que a criança não fala ou está aprendendo a falar, sendo a partir dele que pode expressar também seus sentimentos e sua forma de ver o mundo. Por isso, o profissional que atua com crianças deve despertar o interesse infantil pelas atividades artísticas.

Ainda segundo Coletto (2010), assim como para Lowenfeld e Brittain (1977), a percepção, o afetivo e a imaginação também são trabalhados em arte. A utilização dos sentidos, através de atividades visuais, sonoras e de tato, favorece que a criança compreenda, por exemplo, espaços e objetos.

A imaginação ajuda a criança a perceber o ambiente em que está inserida. A mistura entre realidade e fantasia permite assimilar o que é vivido, além de criar e reinventar outras maneiras de conviver e lidar com emoções.

A partir do exposto serão apresentadas a seguir as considerações finais desta pesquisa. Sem ter a pretensão de esgotar o tema, trata-se de uma breve conclusão que servirá para futuras intervenções com crianças hospitalizadas.

CONCLUSÕES

Este estudo buscou discutir através de referências bibliográficas como as atividades com a arte e o brincar podem ser realizadas com crianças hospitalizadas. A análise de pesquisas e relatos de ações realizadas em unidades hospitalares contribuiu para esclarecer a indagação inicial.

As questões observadas pela autora desta dissertação permitiram constatar que, em algumas unidades, as atividades lúdicas garantiam melhor qualidade à internação, contrastando com reações negativas de algumas crianças que por vezes até se recusavam a participar das mesmas.

Observou-se que apesar de haver legislações referentes à questão do brincar no hospital ainda existe dificuldade em operacionalizá-lo. Encontrar um espaço para a implementação de uma brinquedoteca, além de profissionais que se tornem responsáveis pela mesma, muitas vezes, é uma tarefa difícil, pois as atividades lúdicas ainda são pouco valorizadas nos cuidados em saúde. Em algumas unidades, a brinquedoteca é um pequeno espaço com poucos brinquedos, aos quais as crianças têm acesso limitado, pois fica fechada no período de curativos, medicação e alimentação.

Assegurar o brincar e a arte para crianças hospitalizadas é enfrentar barreiras no que se refere às normas e rotinas institucionais. Quando se tenta garantir uma hora para tal atividade não se leva em conta o desejo de a criança fazê-lo. Como foi apresentado no capítulo 2 desta pesquisa, a liberdade²⁹ é um elemento fundamental para o brincar. A instituição deve garanti-la através de ações discutidas entre os profissionais que a realizam e as crianças³⁰ para que não se torne um simples executar de protocolo ou de uma exigência para alcançar metas.

Outra crítica é que ainda não existe uma política voltada para a saúde da criança. Encontrou-se no site do Ministério da Saúde a apresentação de uma área temática que envolve tanto a saúde da mulher quanto a da criança e destaca entre seus objetivos a elaboração de normas políticas que vão além da saúde física. Dentre estas estão o compromisso com ações de promoção da saúde e qualidade de vida.

²⁹ Para BROUGÈRE (1995) assim como para HUIZINGA (1980) elementos importantes para as atividades lúdicas são a autonomia e livre escolha, mesmo que uma determinada forma de brincar contenha um conjunto de regras e significados, como acontecem com os jogos.

³⁰ Considerando a idade e o desenvolvimento da criança.

As ações do Ministério da Saúde na área da saúde da criança priorizam o aleitamento materno, campanhas de vacinação e o desenvolvimento da primeira infância. Observa-se que, assim como foi discutido no capítulo 3, que a criança ainda está submetida a questões da vida adulta.

Cabe destacar que as ações do Ministério da Saúde são importantes para a criança, mas há necessidade de articulação interministerial para alcançar políticas e programas em outras áreas como a educação. Questões referentes à educação infantil, à criação de creches e à saúde escolar devem estar articuladas à cultura e ao esporte, que são indispensáveis para garantir os direitos sinalizados no próprio Estatuto da Criança e do Adolescente.

As Políticas de Humanização e Promoção da Saúde podem oportunizar as atividades lúdicas no hospital, pois ambas estimulam a participação, a intersetorialidade, as parcerias e o resgate de dimensões, como as sociais, éticas, de educação e psíquicas. Contudo, como foram apresentadas no capítulo 1, ambas as políticas encontram dificuldades para operacionalização pelo próprio Ministério de Saúde.

Para alcançar a questão levantada na introdução desta dissertação sobre as atividades lúdicas, é necessário conhecer os estudos que envolvem o tema. Aqui se pretendeu discutir a teoria da Promoção da Saúde e da Humanização, além de aprofundar os estudos sobre o brincar e as atividades artísticas realizadas com crianças hospitalizadas.

Dentre as considerações sobre a discussão teórica, a primeira é que o brincar e a arte não são atividades exclusivas da infância, pertencendo a outras faixas etárias. A segunda é que podem contribuir para melhor qualidade do processo de internação da criança, à medida que aliviam sintomas de stress através da sua capacidade de divertimento. Contribuem para o entendimento de novas rotinas, para ajudar a criança a entender o seu quadro clínico, pois é uma forma de linguagem e comunicação.

O brincar e a arte são elementos fundamentais para o desenvolvimento infantil em qualquer ocasião, seja no hospital ou na escola, por exemplo. Eles se tornam ainda mais importantes, quando a criança enfrenta dificuldades na medida em que podem ajudá-la a lidar com uma determinada situação.

O conceito de adesão ao tratamento, às vezes relacionado como um dos benefícios das atividades lúdicas com crianças hospitalizadas, está associado à submissão do paciente às recomendações institucionais. Contudo, o brincar e a arte, na perspectiva do resgate à saúde, devem contemplar características como a autonomia, a participação e a liberdade, o que está inversamente associado ao conceito em questão. Por isso, não se pode afirmar que atividades

lúdicas são como fórmulas mágicas destinadas a garantir adesão aos procedimentos relativos à hospitalização.

O brincar e a arte trazem outros benefícios, como o aprendizado de regras e ampliação da sua cultura lúdica através da interação com outras crianças e com os adultos. Contribuem também para cuidar da saúde da criança e não somente da sua doença. Pérez-Ramos (2010) afirma que pesquisas sobre a criança hospitalizada não devem ter enfoque na doença, mas nas condições que propiciam seu bem-estar.

A formação dos profissionais que trabalham com as atividades lúdicas em hospitais é uma questão que deve ser discutida. Apesar de não existir um protocolo fechado universal sobre o brincar ou a arte, para ser ensinado ou direcionado, há necessidade de se entender quem é a criança que está internada, sua doença, conhecer a unidade de saúde, entender como o brincar e a arte podem contribuir para a promoção da saúde da criança, entender os horários e as rotinas dos procedimentos, acordar com as crianças as atividades propostas, respeitar a necessidade em querer participar das atividades lúdicas ou de desistir das mesmas a qualquer momento.

As atividades realizadas por grupos de atores palhaços podem contribuir para a formação de profissionais ou voluntários que trabalham na área de saúde. Como foi apresentado no terceiro capítulo, grupos como os “Doutores da Alegria” e “Roda Gigante” já realizam formação para tal público. Aproveitar as experiências existentes e aprimorá-las é um caminho apresentado para pensar o brincar e a arte nas unidades hospitalares.

O apoio da gestão do hospital e a postura institucional na realização de atividades lúdicas como parte do cuidado em saúde é fundamental. Este fator se refletirá no tipo de atividades com o brincar e a arte e no envolvimento de toda a equipe do hospital neste processo. Reuniões entre equipes de diversas especialidades, além das já realizadas pelas unidades pediátricas, palestras sobre o tema, formação para os profissionais, criação de materiais de apoio e orientação são exemplos de ações que podem contribuir neste processo.

Buscou-se se também nesta dissertação analisar as mudanças relacionadas às práticas médicas referentes à maior utilização de tecnologias para diagnóstico de doenças, elementos que trouxeram efeitos diretos na assistência às necessidades em saúde do indivíduo. Tal questão é um fator que dificulta a realização de trabalhos, como o brincar e a arte em unidades hospitalares, devido à associação de tais atividades ao que é supérfluo. Como proposta para tal questão Ayres (2004), apresenta a discussão do diálogo mediado pela técnica e pelas diferentes formas de cuidado em saúde.

A partir desta investigação, identificou-se a necessidade de compreender melhor o brincar e a arte, assim como as políticas que podem ser usadas para garantir tais atividades. As políticas de Promoção da Saúde e de Humanização possibilitam este processo de mudança do modelo de atenção, através de ações integradas aos usuários das unidades de saúde que visam aprimorar relações e resgatar o respeito à vida humana. Para que isto aconteça, tais políticas propõem a busca por melhor qualidade de vida e saúde, estímulo à participação, à autonomia, ao protagonismo, à construção de compromissos coletivos, à transformação da cultura institucional e à criação de métodos para as ações de atenção à Saúde.

O conceito de participação não deve ser restrito somente à criança. A família também deve ser estimulada a interagir tanto nos cuidados com a saúde quanto nas atividades lúdicas. Por vezes, os profissionais de saúde restringem visitas e o número de acompanhantes. Contudo, com a criação de algumas ações em humanização, como a visita estendida³¹ tem propiciado que a criança tenha maior contato com seus familiares e que os traumas causados pela perda do convívio com parentes e amigos sejam minimizados.

O debate sobre novos modelos de atenção contribuíram para entender que as ações em promoção e humanização são apenas algumas das linhas existentes nesta área. Destacou-se a importância da transversalidade entre as políticas, pois nenhuma delas sozinha poderia solucionar questões relativas às relações entre profissional de saúde-usuário, do processo de trabalho em saúde e das relativas à gestão que não devem ser analisadas separadamente.

Sendo assim, o brincar e a arte com crianças hospitalizadas, ressaltando seu contexto cultural, social e suas questões de saúde, podem gerar condições ainda melhores, quando associados a estudos como da psicologia da saúde, que ressaltam a Promoção da Saúde do indivíduo e têm como foco, neste caso

[...]o emprego do lúdico como estratégia em defesa da saúde e do desenvolvimento da criança em condições de normalidade, de vulnerabilidade ou de deficiência, assim como de doenças graves que atingem o seu processo evolutivo e tendem a discriminá-las do convívio geral (PÉREZ RAMOS, 2010, p. 24).

Por fim, o brincar e a arte, associados aos estudos teóricos e à elaboração de atividades que conheçam a realidade da criança internada e que possibilitem a participação da mesma na escolha das ações voltadas para ela, podem ser utilizados como atividade terapêutica,

³¹ A visita estendida pretende aumentar o horário de visita às pessoas internadas. Em algumas unidades de saúde já se permitem visitas durante todo o dia. Outra mudança é a permissão da visita do pai à noite, pois os horários convencionais criam barreiras para os familiares trabalhadores.

ultrapassando a dimensão recreativa, e assim contribuindo para o desenvolvimento da criança e para um processo de hospitalização menos traumático.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, P. **As origens da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- ANDRADE, SM; SOARES, DA; CORDONI JL. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001.
- ANDRADE, LQ de. **Terapias expressivas**. São Paulo: Vector, 2000.
- ARCHANJO, JVL & BARROS, MEB de. **Política nacional de humanização: desafios de se construir uma “política dispositivo”**. Anais XV ENABRAPSO, Maceió, 2009. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAP.pdf>. Acesso em: 18 dez.2011.
- ANGERAMI-CAMON, VA. (Org.). **Psicologia hospitalar**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. *Livros Técnicos e Científicos*, Rio de Janeiro, 1981.
- ASSIS, M. **Promoção da Saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UNATI / UERJ**. 2004. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.
- AYRES, JRCM. **Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (3): 583-592, 2004.
- _____. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde**. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, v. 8, n. 14, p. 73-92. set. 2003- fev. 2004a.
- BAPTISTA, TW de F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: _____. ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em Política de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p.11-41.
- BRASIL. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2006b. In: **Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Aprova na íntegra o texto da Sociedade Brasileira de Pediatria, relativo aos direitos da criança e do adolescente hospitalizados**. Resolução n.º41 de 13 de outubro de 1995.
- BRASIL. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Ministério da Saúde. Brasília, 2007.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei 8069 de 13 de julho de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília, 2004.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2006.

BETTELHEIM, B. **Uma vida para seu filho.** Tradução de Maria Sardinha e Maria Helena Georgani. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

BORDIN, IAS & CORRÊA, MCMR. **Ansiedade da criança hospitalizada: ausência ou dificuldade na relação equipe-paciente?** *Revista Paulista de Pediatria.* 29: 67-70,1990.

BROUGÈRE, G. **Brinquedo e cultura.** São Paulo: Cortez, 1995.

_____. A criança e a cultura lúdica. In: KISHIMOTO, TM. (Org.). **O brincar e suas teorias.** São Paulo: Cengage Learning, 2011.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, DCM. de (Org.). **Promoção da saúde. Conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

_____. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** *Ciência & Saúde Coletiva,* 5 (1): 163-177, 2000.

_____ e CARVALHO, AI de. **Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008).** *Ciência & Saúde Coletiva,* 14 (6): 2305-2316, 2009.

CASTRO. LR. de. **Crianças e jovens na construção da cultura.** Rio de Janeiro: NAU/FAPERJ, 2001.

CECCIM, RB. & CARVALHO, PRA. (Org). **Criança hospitalizada.** Porto alegre: Editora da Universidade/UFRS, 1997.

COLETO, DC. **A importância da arte para a formação da criança.** *Revista Capivari,* v.1, n.3 jan./julho, 2010.

DANTAS, H. Brincar e trabalhar. In: KISHIMOTO, TM. (Org.). **O brincar e suas teorias.** São Paulo: Cengage Learning, 2011.

DELGADO, ACC. & MÜLLER, F. **Sociologia da infância: pesquisa com crianças.** *Educação e Sociedade,* v.26, n.91, 351-360, 2005.

SCOREL. S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

FERRAZ, MHC de T. & FUSARI, MFR. **Metodologia do ensino da arte.** São Paulo: Cortez, 1999.

FERREIRA, CCM; REMEDI, PP & LIMA, RAG de. **A música como recurso no cuidado à criança hospitalizada: uma intervenção possível?** *Revista Brasileira de Enfermagem,* 2006, set-out; 59 (5): 689-93.

GARCIA, PT. **A contribuição da utilização dos recursos artísticos e lúdicos pelo psicólogo hospitalar no tratamento de pacientes renais no hospital do rim e hipertensão.** Trabalho de conclusão do curso de psicologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0043.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2012.

GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético.** Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

HUIZINGA, J. **Homo ludens: o jogo como elemento de cultura.** São Paulo: Perspectiva, 1980.

KRAMER, S. A infância e sua singularidade. In: BEUCHAMP, J.; RANGEL, SD. & NASCIMENTO, AR. do. (Org.). **Ensino fundamental de nove anos: orientações para a inclusão da criança de seis anos de idade.** Brasília, Ministério da educação, Secretaria de Atenção Básica. 2007.

_____. **Infância, cultura contemporânea e educação contra a barbárie.** Seminário internacional da OMEP. Infância – educação infantil: reflexões para o início do século. Rio de Janeiro: RAVIL, Brasil, 2010, 34-53.

LAPONTE, L.G. **Arte e metáforas contemporâneas para pensar infância e educação.** *Revista Brasileira de Educação*, v.13, n.37 jan/abril,2008.

_____. **Do Nietzsche trágico ao Foucault ético: sobre estética da existência e uma ética para a docência.** *Educação e Realidade*, v.28, n. 2, jul/dez, 2003.

LINDQUIST, I. **A criança no hospital. Terapia pelo brinquedo.** São Paulo: Scritta, 1993.

LIMA, JCF. **Neoliberalismo e formação profissional em saúde.** *Trabalho Necessário*, ano. 5. n.5, Rio de Janeiro, 2007.

LIMA, RAG. & AZEVEDO, EF. **A arte do teatro clown no cuidado às crianças hospitalizadas.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* São Paulo, 2009.

LOWENFELD, V.; BRITAIN, NL. **Desenvolvimento da capacidade criadora.** São Paulo: Mestre Jou, 1977.

LYOTARD, JF. **A condição pós-moderna.** Rio de Janeiro: José Olympio, 2002.

MATRACA, MVC *et al.* **Diálogo do riso: um novo conceito que introduz alegria a promoção da saúde apoiando-se no diálogo, no riso, na alegria e na arte.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (10): 4127-4138, 2011.

MERHY EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS CR; MALTA DC; REIS AT.; SANTOS AF; MERHY, EE. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.** São Paulo: Xamã, 1998.

MITRE, RM. de A. O brincar no processo de humanização da produção de cuidados pediátricos. In: DESLANDES, S.F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde. Conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

_____. **Brincando para viver: um estudo sobre a relação entre a criança gravemente adoecida e hospitalizada e o brincar.** Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: IFF/FIOCRUZ, 2000.

MOREIRA, MCN; MACEDO, AD. **O protagonismo da criança no cenário hospitalar: um ensaio sobre estratégias de sociabilidade.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (2): 645-652, 2009.

MORSCH, DS. e ARAGÃO, PM. **A criança, sua família e o hospital: pensando processos de humanização.** In: DESLANDES, S.F. (org.). *Humanização dos cuidados em saúde. Conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MOTTA, AB; ENUMO, SRF. **Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil.** *Psicologia em Estudo*, Maringá, 9, n.1, p.19-28, 2004.

NASCIMENTO, CT do; BRANCHER, VR. & OLIVEIRA, VF. **A construção social do conceito de infância: algumas interlocuções históricas e sociológicas.** *Revista Contexto e Educação.* Editora Unijuí, RS, Ano. 23, jan/jun, 2008.

OSTROWER, F. **Criatividade e o processo de criação.** Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

PAIM, JS. **Vigilância em Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde.** CZERESNIA, D. e FREITAS, CM. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p.161-174.

PÉREZ RAMOS, AM. de Q. **Progressos Científicos na qualidade de vida das crianças: o lúdico como estratégia preventiva.** In: _____ & OLIVEIRA, VB. de. (Org.). **Brincar é saúde: o lúdico com estratégia preventiva.** Rio de Janeiro: Wark, 2010.

_____. **O ambiente na vida da criança hospitalizada.** In: ANTUNHA, EG e OLIVEIRA, VB (Org.). **Brincando na escola, no hospital e na rua.** Rio de Janeiro: Wark, 2008.

POSTMAN, N. **O desaparecimento da infância.** São Paulo: Grafia, 1999.

RABELLO, LS. **Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

RIOS, IC. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão.** São Paulo: Áurea, 2009.

ROCHA, DM. & CARVALHO, GS de. **Promoção da saúde de crianças hospitalizadas pelo exercício de atividades artísticas: percepção dos profissionais, dos pais e das próprias crianças.** SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, LAZER E SAÚDE, Curitiba, PUCPR, Brasil, 2010. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11085/1/EFLS_IPO-ActArtisticas.pdf>. Acesso em: 11 mar.2012.

ROCKENBACH, MHBC. **Vivências musicoterápicas com a literatura infantil: musicoterapia e literatura para crianças hospitalizadas.** 2005. Tese Doutorado em Letras. Faculdade de Letras, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SANTA ROZA, E. **Quando brincar é dizer. A experiência psicanalítica na infância.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

_____. Um desafio às regras do jogo. In:_____ & REIS, ES. **Da análise na infância ao infantil em análise.** Rio de Janeiro: Contracapa, 1997.

SARMENTO, MJ. As culturas da infância nas encruzilhadas da 2a. modernidade. In:_____ & CERISARA, AB. (Org). **Crianças e miúdos: perspectivas sociopedagógicas da infância e educação.** Porto: Asa, 2004, p. 9-34.

_____ & PINTO, M. **As crianças: contextos e identidades.** Universidade do Minho. Centro de Estudos da Criança. Portugal. Braga: Bezerra, 1997.

SCRHAIBER, LB. **No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina.** *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 1 (1): 123-138, 1997.

TEIXEIRA, CF. e SOLLAS, JP. **Modelos de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família.** Salvador: EdUFBA, 2006.

VASCONCELLOS, EA. & GIGLIO, JS. **Introdução da arte na psicoterapia: enfoque clínico e hospitalar.** *Estudos de Psicologia.* Campinas, v.24, n.3, Campinas, julho/set., 2007.

VIEIRA, T e CARNEIRO, MS. O brincar na sala de espera de um ambulatório pediátrico: possíveis significados. In: ANTUNHA, EG e OLIVEIRA, VB. (Org.). **Brincando na escola, no hospital e na rua.** Rio de Janeiro: Wark, 2008.

WINNICOTT, DW. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.