

Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Contribuições do Brincar para a ampliação do cuidado com as crianças internadas: o caso do Instituto Fernandes Figueira no Rio de Janeiro”***

*por*

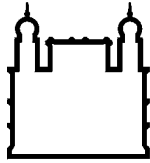
***Ligia Maria Rocha Rodrigues***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Regina Cele de Andrade Bodstein*

*Rio de Janeiro, dezembro de 2014.*

*Esta dissertação, intitulada*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Contribuições do Brincar para a ampliação do cuidado com as crianças internadas: o caso do Instituto Fernandes Figueira no Rio de Janeiro”***

*apresentada por*

***Ligia Maria Rocha Rodrigues***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Carlos dos Santos Silva

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fátima Regina Cecchetto

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Regina Cele de Andrade Bodstein – Orientadora

*Dissertação defendida e aprovada em 11 de dezembro de 2014.*

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

R696 Rodrigues, Lígia Maria Rocha  
Contribuições do Brincar para a ampliação do  
cuidado com as crianças internadas: o caso do  
Instituto Fernandes Figueira no Rio de Janeiro. / Lígia  
Maria Rocha Rodrigues. -- 2014.  
92 f. : ilus.

Orientador: Bodstein, Regina Cele de Andrade  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de  
Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Criança Hospitalizada. 2. Jogos e Brinquedos.  
3. Promoção da Saúde. 4. Bem-Estar da Criança. I.  
Título.

CDD - 22.ed. – 362.7098153

## **DEDICATÓRIA**

*Às três pessoas que me ensinaram a lutar pelos meus objetivos com coragem, humildade e ética: Vólia, Eliézer e Jânio, vocês são os meus maiores exemplos!*

*Ao meu esposo Alex que esteve presente em todos os momentos desta jornada com seu amor, seu incentivo e seus ensinamentos;*

## **AGRADECIMENTOS**

- *A Deus, por sua infinita misericórdia e bondade;*
- *À minha família e amigos pelo apoio;*
- *À Escola Nacional de Saúde Pública, representada pelo Programa de Pós Graduação;*
- *A CAPES pela concessão da bolsa de estudos;*
- *À minha orientadora Profa. Dra. Regina Bodstein por sua valiosa orientação e seus enriquecedores ensinamentos;*
- *Aos demais professores da ENSP, em especial ao Carlos Otávio, Willer Baumgarten e à Fátima Cecchetto, que contribuíram com esta pesquisa através de aulas estimulantes, dicas valiosas e esclarecimento de dúvidas;*
- *À psicóloga Mirna Teixeira;*
- *À Lisânia e à Maria Emília do Comitê de Ética da ENSP por sempre terem sido tão solícitas e compreensivas;*
- *Às minhas colegas de curso Ana Paula, Fabiana e Lúcia por terem compartilhado comigo as alegrias, as angústias e os anseios de uma mestranda;*
- *Ao Instituto Fernandes Figueira e todos os seus profissionais que à sua maneira possibilitaram a realização desta pesquisa. Agradeço em especial ao médico Antônio e à Dora do Comitê de Ética;*
- *À equipe do Programa Saúde e Brincar que gentilmente aceitou fazer parte desta pesquisa sempre com acolhimento e disponibilidade;*
- *À Rosa, Anitta, Martha e Fernanda pelas orientações;*
- *A todos os participantes desta pesquisa.*

*“Eu fico com a pureza da resposta das  
crianças: É a vida! É bonita e é bonita!”  
(Gonzaguinha)*

## RESUMO

O presente estudo buscou compreender a importância do brincar como mecanismo promotor de saúde para as crianças internadas. Para isso, procurou-se entender como o brincar auxilia no bem-estar das crianças internadas; identificar resultados e mudanças no sentido de permitir que a criança tenha mais autonomia e participação durante a hospitalização; compreender como o brincar age sobre as interações sociais ocorridas entre a criança, profissionais de saúde e acompanhantes e analisar como o brincar pode vir a contribuir para uma ampliação do cuidado em saúde. A pesquisa utilizou uma abordagem qualitativa, privilegiando a entrevista semi-estruturada e a observação participante como instrumentos de coleta de dados. Por três meses o *Programa Saúde e Brincar*, existente no hospital Instituto Fernandes Figueira/RJ, foi observado durante a execução de suas atividades com as crianças internadas. Foram entrevistados 9 profissionais (integrantes do *Programa Saúde e Brincar* e gestores da enfermagem pediátrica) e 9 acompanhantes. Os dados foram analisados e interpretados através da articulação entre temáticas provenientes das falas dos entrevistados e das observações, em relação ao referencial teórico adotado. Os resultados obtidos pelas três diferentes percepções (pesquisador, profissionais e acompanhantes) mostraram que o brincar, enquanto recurso terapêutico utilizado pelo *Programa Saúde e Brincar*, possibilita à criança ocupar um papel mais ativo, com bem-estar, autonomia e participação agindo também sobre o fortalecimento das relações ocorridas entre os atores e contribuindo para um tratamento que perpassa os limites físicos do adoecimento, ampliando o olhar dos profissionais e fazendo com que a criança modifique suas percepções acerca das experiências vivenciadas dentro do hospital.

*Palavras-chave: Criança Hospitalizada, Jogos e Brinquedos, Promoção da saúde, Bem-estar da Criança.*

## ABSTRACT

This study aimed at understanding how the play can act as a health promoting mechanism to hospitalized children. It was aimed to understand as the play helps the well-being of hospitalized children, identify outcomes and changes in order to allow the children's autonomy and participation during the hospitalization, understand the action on the social interactions among children, hospital professional and family members and analyze how it can contribute to the expansion of health care. The research used two qualitative methods: participant observation and semi-structured interviews for collecting the data. For three months the *Programa Saúde e Brincar* accomplished in the pediatric wards of the Instituto Fernandes Figueira/Rio de Janeiro was observed during the execution of their activities with the hospitalized children. It was interviewed 9 hospital professionals (program members and pediatric ward managers) and 9 family members. The data were analyzed and interpreted by correlation between interviewees' statements and researcher observations in relation to the theoretical framework adopted. The obtained results by the three different perceptions (researcher, hospital professionals and family members) showed that the Play as therapeutic tool used by *Programa Saúde e Brincar*, enables the child to take a more active role, with well-being, autonomy and participation at work here on the strengthening of the relations occurring among the actors and contributing to a treatment that permeates the physical limits of the disease, increasing the professional look and causing the child to modify their perceptions of experiences within the hospital.

*Keywords: Hospitalized child, Play and Playthings, Health Promotion, Child well-being.*



## SUMÁRIO

<b>ÍNDICE DE FIGURAS E LISTA DE SIGLAS</b>	X
<b>INTRODUÇÃO</b>	11
<b>OBJETIVOS</b>	14
<b>1. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	15
1.1. O Hospital: um lugar estratégico para a inclusão de ações promotoras de saúde	15
1.2. A infância sob uma perspectiva sociológica e o internamento infantil	19
1.3. Brincando no hospital	24
<b>2. PERCURSO METODOLÓGICO</b>	29
2.1. Abordagem do estudo	29
2.2. Técnicas utilizadas para coleta de dados	30
2.3. Análise do material	34
<b>3. O CAMPO ESTUDADO</b>	36
3.1. O Instituto Fernandes Figueira	36
3.2. Saúde e Brincar – Programa de Atenção Integral à Criança Hospitalizada	37
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	44
4.1. Os atores entrevistados	44
4.2. A experiência vivenciada em campo	45
4.3. Percepções sobre o brincar como promotor de saúde: entrelaçando dados	48
4.3.1. Vivenciando o internamento com bem-estar, autonomia e participação	48
4.3.2. As interações sociais sob a perspectiva do brincar	59
<b>5. AMPLIANDO O CUIDADO EM SAÚDE ATRAVÉS DO BRINCAR</b>	67
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	73

## ÍNDICE DE FIGURAS

**Figura 1:** Sala do Programa Saúde e Brincar.

**Figura 2:** Integrantes do Programa.

## LISTA DE SIGLAS

<b>CIPe</b>	<b>Cirurgia Pediátrica</b>
<b>DATASUS</b>	<b>Dados e Informações a Serviço do SUS</b>
<b>ECA</b>	<b>Estatuto da Criança e do Adolescente</b>
<b>ENSP</b>	<b>Escola Nacional de Saúde Pública</b>
<b>DIPe</b>	<b>Doenças Infecciosas Pediátricas</b>
<b>HPH</b>	<b>Health Promoting Hospitals</b>
<b>HPH-CA</b>	<b>Health Promoting for children and adolescents in and by Hospitals</b>
<b>IAC</b>	<b>Instituto de Apoio à Criança</b>
<b>IFF</b>	<b>Instituto Fernandes Figueira</b>
<b>OMS</b>	<b>Organização Mundial da Saúde</b>
<b>PC</b>	<b>Paralisia Cerebral</b>
<b>TCLE</b>	<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>
<b>UFRJ</b>	<b>Universidade Federal do Rio de Janeiro</b>
<b>UI</b>	<b>Unidade Intermediária</b>
<b>UPI</b>	<b>Unidade de Pacientes Intermediários</b>
<b>UPG</b>	<b>Unidade de Pacientes Graves</b>
<b>WHO</b>	<b>World Health Organization</b>

## INTRODUÇÃO

A promoção da saúde compreende a saúde e a qualidade de vida a partir da influência de diversos fatores econômicos, sociais, culturais, políticos e emocionais. Esse olhar mais ampliado sobre a saúde dos sujeitos, em seus diferentes contextos, suscita a necessidade de repensar novos campos para a inclusão e o desenvolvimento de práticas com foco na promoção da saúde<sup>1</sup>.

O ambiente hospitalar, nessa perspectiva, configura-se como um lugar estratégico para a inclusão de práticas promotoras de saúde. Historicamente, o hospital constitui-se como um espaço destinado ao tratamento e à cura de enfermidades, onde o modelo profissional predominante preconiza um atendimento mais focado na patologia. Além disso, o espaço hospitalar é permeado por relações de poder autoritárias como as que ocorrem entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços. É importante criar espaços promotores de saúde, que propiciem um balanceamento das relações de poder<sup>2</sup> garantindo espaços de maior autonomia e participação, bem como um olhar diferenciado que prioriza a saúde e não a doença, em relação às necessidades dos indivíduos que procuram atendimento nos hospitais<sup>3,4</sup>.

A discussão acerca da promoção da saúde no ambiente hospitalar vem ganhando ênfase no âmbito internacional desde a criação da Carta de Ottawa em 1986. Destaca-se a origem da Rede Internacional de Hospitais Promotores de Saúde (Health Promoting Hospitals – HPH) em 1988 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que possui como objetivos principais: incentivar a inclusão de práticas promotoras de saúde nos hospitais e serviços de saúde; modificar a cultura do cuidado presente no ambiente hospitalar objetivando a participação dos usuários; promover a saúde dos profissionais e a interação do hospital com a comunidade. Além desses objetivos, o HPH tem como proposta a produção de evidências sobre a promoção da saúde em hospitais e serviços de saúde, incentivando o intercâmbio de experiências entre os membros da rede<sup>5,6,7,8</sup>.

O HPH solicita aos hospitais que promovam a saúde dos usuários e dos profissionais. Este processo começa com o reconhecimento dos direitos e continua com a avaliação do seu cumprimento. Isto é particularmente importante às crianças e a todos os grupos vulneráveis<sup>9</sup>.

Em Abril de 2004 baseado no que foi proposto durante a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989) e com o intuito inicial de avaliar se os hospitais e serviços de saúde cumprem com os direitos das crianças internadas foi criado o projeto “Respeito dos Direitos da Criança Hospitalizada” coordenado pelo

grupo de trabalho sobre promoção da saúde em crianças e adolescentes nos e pelos hospitais (Task Force on Health Promotion for Children and Adolescents in & by Hospitals) pertencente ao HPH. Além da promoção e manutenção dos direitos das crianças internadas, o Grupo de Trabalho atua em outras áreas no intuito de definir uma base conceitual, avaliar as práticas correntes de promoção da saúde para crianças hospitalizadas e produzir material técnico-científico que auxiliem os hospitais e serviços de saúde a implantarem e mapearem práticas promotoras de saúde<sup>9</sup>.

Cerca de mais de um milhão de crianças são internadas anualmente nos hospitais públicos brasileiros<sup>10</sup>. A criança internada vivencia diversas experiências durante o internamento, que podem ser representadas desde o rompimento com o mundo externo às constantes e dolorosas intervenções médicas. O período de hospitalização é entendido, portanto, como um momento de grande sofrimento físico e psíquico para esta criança, podendo acarretar traumas, bem como consideráveis alterações em seu desenvolvimento<sup>11, 12, 13</sup>.

Segundo Mitre<sup>14</sup>, o internamento aflora sentimentos de medo, culpa e punição e que para dar conta de elaborar esta experiência a criança precisa dispor de instrumentos de seu domínio e conhecimento.

Em 1990, através do advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o brincar foi reconhecido como um direito da criança, um dever e um valor a ser sustentado, de forma efetiva e material pela sociedade e pelas instituições brasileiras<sup>15</sup>. Entretanto, mesmo após quase 25 anos de criação do ECA observa-se, em algumas instituições de saúde, as dificuldades para implementação de ações para o cumprimento desse direito.

Dentre os hospitais públicos brasileiros que garantem o cumprimento do direito ao brincar destaca-se o Instituto Fernandes Figueira (IFF) através do “Saúde e Brincar - Programa de Atenção Integral à Criança Hospitalizada”, criado em 1994.

Sabe-se pelo senso comum, que essa atividade ocupa uma importante dimensão na vida da criança que permanece internada. Além disso, o valor da brincadeira na infância também tem sido reconhecido cada vez mais por pesquisadores das mais diversas áreas<sup>16</sup>.

Recentemente, as discussões acerca do brincar têm adentrado o campo da Saúde Pública, mais especificamente no que concerne à saúde da criança. Contudo a ênfase dos estudos feitos sob essa perspectiva ainda é muito voltada para o entendimento da brincadeira como uma atividade física, o que de certa maneira parece negligenciar a importância do brincar para a saúde social e mental da criança<sup>17</sup>.

O interesse em realizar o presente estudo surgiu a partir de algumas experiências vivenciadas através de trabalhos voluntários e de estágios curriculares, ambos realizados em hospitais públicos durante o período da minha graduação. Durante essas vivências foi possível observar, algumas vezes, certo descaso por parte dos hospitais e até mesmo das equipes multiprofissionais com as necessidades das crianças hospitalizadas, principalmente no que diz respeito à ausência de espaços e momentos que propiciassem o brincar.

Portanto, o presente trabalho visa contribuir para a compreensão do brincar como uma atividade promotora a partir de um conceito ampliado de saúde, propondo-se a encontrar elementos que permitam realizar uma associação entre os benefícios do brincar e alguns princípios promotores de saúde.

Esta pesquisa está estruturada em cinco capítulos. O capítulo 1 inicia uma rápida apresentação acerca do tema proposto. O capítulo 2 apresenta o referencial teórico adotado, onde são abordados alguns aspectos relativos à promoção da saúde em hospitais, crianças internadas e o brincar. O capítulo 3 apresenta o percurso metodológico realizado para a estruturação desta pesquisa. No capítulo 4, os resultados são apresentados e discutidos a partir do entrelaçamento das percepções da pesquisadora, dos profissionais e dos acompanhantes. O capítulo 5 apresenta as conclusões acerca do trabalho desenvolvido. No capítulo 6 são apontadas as referências utilizadas.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Compreender como o brincar, enquanto a principal estratégia do *Programa Saúde e Brincar*, pode atuar como mecanismo de promoção da saúde perante as crianças internadas no Instituto Fernandes Figueira na cidade do Rio de Janeiro.

### **Objetivos Específicos**

- Entender como o brincar auxilia no bem-estar das crianças internadas;
- Identificar resultados e mudanças no sentido de permitir que a criança tenha mais autonomia e participação durante a hospitalização;
- Compreender como o brincar age sobre as interações sociais ocorridas entre crianças, profissionais de saúde e acompanhantes no interior do Instituto Fernandes Figueira;
- Analisar como o brincar contribui para uma ampliação do cuidado em saúde.

## 1. REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1. O Hospital: um lugar estratégico para a inclusão de ações promotoras de saúde

O hospital vivenciou diversas transformações em relação ao seu papel na sociedade. Segundo Foucault<sup>18</sup> anteriormente ao século XVII o hospital era um local onde permaneciam internados os doentes, loucos, prostitutas e devassos, caracterizando-se como um ambiente de exclusão, assistência e mudança espiritual. A figura do médico ainda era ausente nesse contexto.

Para o autor:

A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais.

Um marco importante na história do hospital aponta para o final do século XIX, quando os ensinamentos das escolas médicas foram transferidos aos poucos para a instituição hospitalar. Esses locais transformaram-se progressivamente em centros de reprodução de conhecimento e pesquisa. O hospital passou a ser um local de disciplina, onde o indivíduo será vigiado, classificado conforme a sua doença, afastado de sua família, despido do seu eu e até de suas roupas<sup>19</sup>.

Segundo Foucault<sup>20</sup>, a disciplina diz respeito a:

[...] uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá-los às vezes ou ver se o que fizeram é conforme a regra. [...] A disciplina implica um registro contínuo. [...] é a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização.

O hospital nesse contexto é compreendido como um lugar de cuidado do “corpo doente”, onde o corpo do paciente transforma-se em um local de manipulações descontínuas e fragmentadas<sup>21</sup>.

Seja como uma instituição pública ou privada, a instituição hospitalar possui normas e regras<sup>19</sup>. Além disso, há uma “tendência instituída de infantilizar o doente, submetendo-o ao paternalismo”, fazendo com que o hospitalizado perca sua identidade

e vontade própria, estando sujeito às decisões da equipe de saúde. Além de uma ruptura com o círculo de relações, o que contribui para um isolamento do doente<sup>22</sup>.

Para Goffman<sup>23</sup> tal ruptura com o mundo externo configura uma importante disposição de estabelecimentos sociais denominados pelo próprio autor de “Instituições Totais”. Estes locais apresentam características de fechamento que impõem uma barreira à relação social com o mundo externo total, e configuram-se como comunidade residencial e como organização formal.

Para o autor, na sociedade moderna o indivíduo realiza suas atividades da vida diária em diferentes espaços, com distintos co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral. Nas instituições totais há um rompimento com estas disposições, haja vista que uma pessoa que está internada é obrigada a realizar suas atividades em um mesmo espaço, na companhia de outras pessoas que são tratadas da mesma forma e sob as ordens das mesmas autoridades. Além disso, essas atividades obrigatórias são planejadas para atenderem aos objetivos da instituição, sendo, portanto reunidas em um único plano racional.

Nesse contexto, Goffman<sup>23</sup> afirma que:

Os menores segmentos da atividade de uma pessoa podem estar sujeitos a regulamentos e julgamentos da equipe diretora; a vida do internado é constantemente penetrada pela interação de sanção vinda de cima, sobretudo durante o período inicial de estada, antes de o internado aceitar os regulamentos sem pensar no assunto. Cada especificação tira do indivíduo uma oportunidade para equilibrar suas necessidades e seus objetivos de maneira pessoalmente eficiente, e coloca suas ações a mercê de sanções. Violenta-se a autonomia do ato<sup>23</sup>.

Durante o período de internamento, algumas táticas de adaptação podem ser desenvolvidas pelos internados. Dentre elas, cita-se: “afastamento da situação”, onde o indivíduo apresenta abstenção total de participação em acontecimentos de interação e começa a apresentar um comportamento de “regressão”; e “tática de intrasigência”, onde o internado desafia a instituição intencionalmente ao negar-se a cooperar com a equipe dirigente<sup>23</sup>.

O autor disserta ainda que os indivíduos internados podem vir a sentir um sentimento de tempo morto, e que se agrava ainda mais por conta das usuais atividades realizadas nas instituições. Para ele, atividades excitantes e desprovidas de seriedade são fundamentais durante o internamento, fazendo com que a situação real seja um pouco



esquecida. Tais atividades podem ser coletivas ou individuais como: jogos, corais, ensinos de arte e leituras<sup>23</sup>.

Porém, o foco do estudo de Goffman perpassa os limites físicos e demais características dos estabelecimentos sociais e aponta para a vida social que ocorre dentro desses locais, enfatizando as interações sociais de um conjunto de atores<sup>24</sup>, onde o autor atribui ao self o papel de sujeito ativo da interação social, além de afirmar que em uma relação social “o papel que um indivíduo desempenha é talhado de acordo com os papéis desempenhados pelos outros”<sup>25</sup>.

Mitre<sup>26</sup> afirma que dentro do ambiente hospitalar podem surgir alguns conflitos oriundos dos “atores, seus diferentes referenciais e suas perspectivas”. A autora cita ainda que devido às relações hierarquizadas de poder, que permeiam este ambiente, não há espaço para a singularidade.

Segundo Caprara e Franco<sup>27</sup>, compreende-se que os cuidados de saúde, especialmente aqueles realizados no ambiente hospitalar, baseiam-se em uma medicina contemporânea ou biomedicina, que pode ser reconhecida também como um modelo biomédico, de caráter mecanicista:

[...]fundamentado em uma perspectiva mecanicista, considera os fenômenos complexos como constituídos por princípios simples, isto é, relação de causa-efeito, distinção cartesiana entre mente e corpo, análise do corpo como máquina, minimizando os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais.

Um modelo que segundo Gomes<sup>19</sup> foca no cuidado do corpo adoecido, reduzindo a atenção à patologia que o indivíduo apresenta. Contudo, o homem não se limita ao seu organismo, mesmo sob o aspecto físico. Portanto, é necessário olhar além do corpo para julgar aquilo que é normal ou patológico para esse mesmo corpo<sup>28</sup>.

Rodrigues<sup>29</sup> disserta que as necessidades do corpo humano não são influenciadas somente pelas necessidades biológicas, mas também pelos aspectos sociais e psicológicos do homem. O autor esboça que o corpo é construído socialmente e que pode variar entre culturas e os diferentes tempos. Portanto, as práticas de saúde, em todos os níveis de atenção, devem estar em constante processo de atualização e atender às necessidades das populações de acordo com suas especificidades.

De acordo com Ceccim<sup>30</sup>:

Uma adequada possibilidade de acolhimento dos medos, desejos, ansiedades, confusões e ambivalências, com adequado nível de informação, permitirá, portanto, a produção de conhecimentos sobre si e uma construção positiva a respeito da saúde, em que o corpo não se separe do pensamento.

Nesse contexto, Campos<sup>31</sup> defende que a clínica deve ser primeiramente centrada nos sujeitos, na sua existência concreta, considerando a doença como parte dela, onde a intervenção e objeto de saber são ampliados. Uma ampliação que perpassa o entendimento “da enfermidade como um objeto de conhecimento e de intervenção”, ao reconhecer e incluir o sujeito e o seu contexto como objeto de estudo de práticas da clínica. Portanto, o campo de responsabilidades da clínica desdobra-se para uma mescla resultante da síntese entre sujeito e doença. Conforme a cartilha da Política Nacional de Humanização, “a clínica ampliada visa produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade”<sup>32</sup>.

Ampliar o olhar sobre os sujeitos considerando os seus contextos faz parte do conceito atual de promoção da saúde que conforme Buss<sup>33</sup> caracteriza-se pela constatação do importante papel dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. Sendo esta entendida como produto de vários fatores relacionados à qualidade de vida, como adequada alimentação e nutrição, saneamento e habitação, apoio social para indivíduos e famílias, estilo de vida responsável e cuidados de saúde adequados.

Além disso, a promoção da saúde refere-se a várias estratégias combinadas através de ações do Estado com o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, da comunidade com reforço da ação comunitária, do indivíduo através do desenvolvimento de habilidades pessoais e através de parcerias intersetoriais. Desta maneira, as estratégias de promoção da saúde atuam através da ideia de responsabilização múltipla, tanto dos problemas, como pelas soluções propostas para os mesmos<sup>33</sup>.

Entretanto, para que o hospital seja identificado também como um espaço promotor da saúde, muitas estratégias ainda têm que ser trabalhadas. Dentre elas, cita-se a reorientação dos serviços de saúde, que devem estar direcionados principalmente para atender às necessidades dos indivíduos, dos trabalhadores e da comunidade; e a autonomia e participação do usuário<sup>34, 35</sup>.

Dentre os pacientes que são atendidos diariamente nos hospitais, as crianças merecem uma atenção especial principalmente, devido à fase de constante desenvolvimento pela qual estão passando e às mudanças geradas pela hospitalização.

## 1.2. A infância sob uma perspectiva sociológica e o internamento infantil

O ECA considera criança a pessoa de 0 a 12 anos de idade, e é durante esta fase, chamada de infância, que ocorre uma significativa absorção de estímulos<sup>15</sup>.

Durante muito tempo na história da sociologia as crianças foram esquecidas, onde o universo empírico dos adultos era o único a ser privilegiado em estudos destinados a descrever e a compreender a sociedade. As análises sociológicas eram concentradas apenas nas relações, nos conhecimentos e nas falas dos adultos, sendo a infância completamente ignorada pelos pesquisadores<sup>36</sup>.

Entretanto, foi através de Émile Durkheim e de seus estudos sobre a educação, que o universo infantil adentrou no campo da Sociologia. Para o sociólogo, a educação tem um papel fundamental na constituição da sociedade moderna, sendo de extrema importância durante a infância e acarretando implicações na trajetória de vida dos indivíduos. Com isto, iniciou-se a construção de uma Sociologia da Infância<sup>37</sup>.

Um aspecto importante a ser ressaltado na obra de Durkheim é que o conceito de “educação” é empregado como sinônimo de “socialização”. As considerações do sociólogo vão além do ambiente escolar, ou seja, quando o autor fala em educação, refere-se à “socialização metódica da jovem geração” em qualquer sociedade<sup>38</sup>.

Para Cunha<sup>37</sup>, trata-se de um processo de transmissão de conhecimentos socialmente produzidos, desenvolvendo-se a partir do momento em que há uma interação contínua entre indivíduos que tenham algo a ensinar e indivíduos que tenham algo a aprender.

Contudo, o conceito de socialização delineado por Émile Durkheim e pela Sociologia Clássica, estava atrelado ao entendimento da criança como um ser em desenvolvimento, vivenciando um período de transição, uma fase biológica que terminaria no momento da maturidade. Sendo, portanto, extremamente necessário que este indivíduo, ainda em desenvolvimento, fosse moldado de acordo com as regras da sociedade.

Conforme Durkheim<sup>38</sup>:

“[...] a sociedade se encontra, a cada nova geração, como que diante de uma tábula rasa, sobre a qual é preciso construir quase tudo de novo. É preciso que, pelos meios mais rápidos, ele agregue ao ser egoísta e associal, que acaba de nascer, uma natureza capaz de vida moral e social, eis aí a obra da educação. Ela cria no homem um ser novo.

A figura da criança como “vir a ser e ser associar” estava intimamente ligada às concepções de sociedade, onde a consciência coletiva moldava a consciência individual. O papel do ator social ficava restrito, sendo este entendido como sujeito, devido à sua pouca atividade. Portanto, a criança era compreendida como um ser que “deveria ser controlado e domesticado pelos processos de socialização”<sup>39</sup>.

Dessa maneira, percebe-se que o enfoque dos estudos clássicos de Durkheim era dado primordialmente às instituições e aos métodos, sendo ambos necessários para a manutenção da organização social e, portanto, mais importantes que os próprios atores sociais.

As abordagens clássicas de Durkheim estiveram presentes em análises sociológicas sobre a infância e a criança durante um longo período, até que em meados da década de 80, uma corrente de sociólogos europeus e norte-americanos iniciou um processo de oposição às concepções provenientes destas abordagens, reconhecendo a infância é uma importante dimensão na construção social da vida de uma criança, devendo ser entendida como uma etapa e não como uma fase natural e universal<sup>39, 40</sup>.

O rompimento com as clássicas concepções provém também da redescoberta de uma sociologia com abordagens mais compreensivas como o interacionismo simbólico e a fenomenologia, que priorizam o ator social, os processos de socialização e as especificidades dos contextos. Nesse sentido, estes paradigmas teóricos serviram de subsídios para a emergência de um novo campo na Sociologia, a Sociologia da Infância, que reconhece a criança como ator nos processos de socialização e não como meros objetos passivos regidos por uma ordem adulta<sup>40,41</sup>.

De acordo com Cunha<sup>37</sup>, a Sociologia da Infância desenvolve-se a partir de questões que buscam compreender a infância, o que e quem são as crianças e seus papéis na constituição das sociedades. Para o autor, estudar as próprias crianças, a socialização inerente às interações entre adultos e crianças, bem como o tratamento que estes adultos dispensam a elas é imprescindível para responder a estas questões.

Corsaro<sup>42</sup>, um importante pesquisador situado nesse campo de estudo, defende que as crianças são ativas, agentes sociais criativos, capazes de produzir sua própria cultura, enquanto contribuem para a produção da sociedade adulta. Sendo assim, as pesquisas feitas a partir de uma perspectiva sociológica devem “considerar não só as adaptações e internalizações dos processos de socialização, mas também os processos de apropriação, reinvenção e reprodução realizados pelas crianças”.

A internação hospitalar pode ser considerada como uma interrupção na vida de qualquer indivíduo. Crianças doentes têm que lidar com perdas, dores e limitações, portanto a hospitalização pode gerar traumas que irão perdurar até a vida adulta<sup>43</sup>.

Estudos apontam que na criança, saúde e desenvolvimento estão bastante relacionados. O surgimento de uma doença ou deficiência durante a infância pode perturbar o processo de desenvolvimento vivenciado pela criança, particularmente se ela estiver restrita às suas atividades normais e às interações com outras pessoas. O próprio ambiente hospitalar, em decorrência das limitações impostas pelo seu espaço físico, pode acarretar uma ausência de estímulos, bem como a diminuição de possibilidades de exploração do meio. Portanto, qualquer fator que interfira negativamente no estado de saúde de uma criança, conseqüentemente influenciará em seu desenvolvimento<sup>44,45</sup>.

Particularmente para a criança hospitalizada, a internação também está relacionada à separação dos pais, e às incômodas e dolorosas intervenções, além da presença de pessoas e aparelhos estranhos. Isso gera ansiedade e maior suscetibilidade à dor, com possível interferência na eficácia do tratamento<sup>46</sup>. Ao ver-se afastada de seu cotidiano, a criança pode ainda adotar uma posição de passividade e desconforto que geralmente lhe parece incompreensível<sup>47</sup>.

A internação leva a criança a confrontar-se com um estado de desamparo ao perceber sua fragilidade corporal, originando assim reações diversas tais como: regressões, estados depressivos, fobias, transtornos de comportamento em geral e insuficiente ganho de peso. Bem como o aparecimento de sinais tardios, por exemplo: afetividade limitada, pensamento abstrato e até diminuição do QI<sup>48,49</sup>. Os aspectos negativos gerados pela hospitalização são absorvidos com muito mais intensidade pela criança, que pode vir a apresentar comportamentos de indisciplina, irritabilidade, choro e impaciência<sup>50</sup>.

Santa Roza<sup>11</sup> cita que a experiência vivida pela criança durante o período de internação hospitalar pode ser potencialmente traumática. Especialmente, devido ao rompimento com o mundo externo, ao impedimento da realização normal das atividades da vida diária e ao afastamento dos ambientes cotidianos e da presença de pessoas com as quais já está acostumada.

A hospitalização, portanto, configura-se como desvantajosa para a recuperação da saúde da criança, já que acarreta sofrimento, baixa imunidade, irritabilidade e detenção do desenvolvimento, reações que estão muitas vezes associadas à estranheza causada pelos instrumentos hospitalares, ao relacionamento distante com os

profissionais de saúde e às inadequadas condições físicas próprias do ambiente hospitalar<sup>51</sup>.

Além disso, durante o período de internação as crianças vivenciam muitas situações onde a sua privacidade e individualidade não são respeitadas. Mello e Moreira (2010), afirmam que a questão da privacidade - enquanto “componente de atribuição de “status” de sujeito às crianças e aos adolescentes em situação de hospitalização” – está relacionada com a possibilidade que tais pacientes têm de recusar tratamentos e intervenções da equipe de saúde; ou até mesmo com a necessidade de ter suas vontades respeitadas em relação à exposição. As autoras ressaltam ainda que os adultos que acompanham estes pacientes e os profissionais não reconhecem a importância da privacidade durante este período<sup>52</sup>.

O período de hospitalização infantil, principalmente o prolongado, também gera grandes impactos na família dessa criança, impondo modificações na dinâmica familiar, sendo necessária muitas vezes uma reorganização estrutural, social, emocional e econômica. Muitas mães para permanecerem juntamente com os filhos que estão internados, necessitam modificar toda a sua rotina. Para aquelas que trabalham e cuidam de outros filhos, o auxílio de outra pessoa, seja o pai ou outro familiar são extremamente necessários, já as que trabalham fora de casa têm que muitas vezes solicitar licença ou até mesmo pedir demissão<sup>48</sup>.

Contudo, a permanência de um membro da família no ambiente hospitalar nem sempre foi entendida como necessária. No Brasil, esse reconhecimento só foi possível em 1990, a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>15</sup>.

Em muitos casos, a relação entre a criança enferma e o profissional da saúde é mediada pela mãe ou acompanhante, como se a criança não fosse capaz de informar ao médico ou qualquer outro profissional acerca do seu estado. Logicamente, que existe uma “relativa” dificuldade de comunicação e da consciência de ser e estar da criança, entretanto, este indivíduo possui uma maneira de expressar seus sentimentos e emoções que devem ser considerados<sup>12</sup>.

A fim de conhecer quais eram as representações que crianças hospitalizadas tinham acerca do hospital e da doença, Oliveira<sup>12</sup> formulou algumas categorias empíricas acerca do que havia ouvido das próprias crianças:

As representações da doença se formularam como: dor, evento concreto, modificação do comportamento habitual, ameaça à integridade física, medo/vivência de morte, suplício/tortura, culpa/castigo. Já as representações do hospital se apresentaram como: desconhecido/estranho, sem possibilidade de atividades ao ar livre,

proibição de brincar, anonimato, evita a morte em casa, lugar de torturas/suplícios/agressões físicas com intenções punitivas, solidão/tristeza/saudade.

Ceccim<sup>30</sup> afirma que o hospital e a doença produzem para a criança “uma relação peculiar com o mundo, onde o cuidado, a cura e os atos de saúde requerem uma abordagem mais integral”.

O profissional de saúde precisa estar disposto a ouvir e a dialogar com cada criança no intuito de desmistificar fantasias, esclarecer pontos obscuros e respeitar possíveis concepções errôneas que podem funcionar como mecanismo adaptativo em momentos de estresse<sup>53</sup>.

Neste contexto, Aujolat<sup>13</sup> afirma que conhecer os fatores necessários para um desenvolvimento normal, e propiciar a criança um entendimento maior sobre sua enfermidade, a hospitalização e o tipo de tratamento são deveres do hospital e da equipe multiprofissional. É imprescindível que os hospitais adotem medidas promotoras da saúde que auxiliem a criança a aceitar da melhor forma a hospitalização.

Brewster<sup>54</sup> defende que o entendimento e o sentido que uma criança tem e atribui sobre a doença, respectivamente, está mais relacionada à sua idade e ao estágio de desenvolvimento cognitivo que se encontra, do que propriamente às características desta doença (tempo de duração da doença, necessidade de intervenções médicas).

Os efeitos acarretados pela hospitalização infantil dependem também de outros aspectos tais como: a idade da criança, experiências anteriores de internação, bem como a habilidade que cada um tem em enfrentar situações adversas<sup>55</sup>.

Entender de que forma as crianças percebem os processos de saúde e doença é um passo importante para a compreensão das necessidades a serem supridas no que diz respeito a promover a saúde das crianças que estão internadas<sup>13</sup>. Por isso, entendendo a promoção como um processo facilitador durante a internação infantil foi criado o grupo internacional *Health Promotion for Children and Adolescents in and by Hospitals (HPH-CA) / Promoção da Saúde para Crianças e Adolescentes em e pelos Hospitais* que visa abordar questões específicas para crianças e adolescentes e compreender/definir o papel que os hospitais podem e devem desempenhar neste campo<sup>9</sup>.

O papel do hospital no contexto promotor da saúde, segundo Aujolat<sup>35</sup> destina-se a buscar um entendimento das necessidades das crianças de acordo com o seu desenvolvimento seja ela um paciente ou visitante; e também de contribuir para que tanto a criança quanto o adolescente consigam assumir um papel mais ativo perante as

diversas experiências acarretadas pelos processos de doença e internamento. O HPH-CA define que as ações de promoção da saúde devem buscar: autonomia e participação dos usuários, estando estes mais envolvidos em todos os estágios do processo de internação e compreendendo mais acerca da sua saúde; além de incentivar um cuidado holístico, voltado para a saúde física, mental, social e espiritual e ainda propiciar uma compreensão em relação à equidade e justiça social<sup>9</sup>.

### **1.3. Brincando no hospital**

Inerente à infância, o brincar representa uma forma de comportamento pertencente a um conjunto de atividades formadoras da noção de jogo<sup>56</sup>. Huizinga<sup>57</sup> disserta em sua obra “*Homo Ludens*” que o jogo pode ser considerado uma atividade universal e está contido em todas as formas de organização social. Para o autor, o jogo tem grande importância no processo de formação da cultura, consistindo em uma ação repleta de significados e construída socialmente. O jogo tem a função social de representar a realidade, através da imaginação e do uso de metáforas.

O jogo é uma atividade livre, jamais imposta e voluntária. Trata-se de uma evasão temporária da realidade, diferente da vida cotidiana e circunscrita em limites próprios de tempo e espaço, com começo e fim. Possui, portanto, uma ordem própria e imprevisível<sup>57</sup>. Nessa perspectiva, Brougère afirma que o brincar pode ser livre e imprevisível, ao mesmo tempo em que é considerada uma atividade elaborada, estruturante e regulamentada por aqueles que brincam<sup>58</sup>.

Além disso, ainda conforme o autor citado, o brincar possui uma linguagem característica, ou seja, uma forma de comunicação criada a partir de um acordo daqueles que querem brincar. Regras são elaboradas e desfeitas, à medida que a brincadeira acontece. Conforme Brougère<sup>58</sup>: “As regras não preexistem à brincadeira, mas são produzidas à medida que ela se desenvolve”.

Em um estudo realizado com crianças pré-escolares, Corsaro<sup>42</sup> relatou uma cena onde as mesmas através de uma brincadeira, criaram suas próprias regras, retirando elementos do mundo dos adultos e ampliando os seus significados de acordo com os seus entendimentos.

Para Brougère<sup>58</sup>, a infância é reconhecida como um período onde a criança apropria-se de imagens e representações variadas da cultura. O autor reconhece que a brincadeira, enquanto atividade privilegiada na infância tem um papel fundamental nos



processos de socialização das crianças, pois facilita uma apropriação e transformação dos códigos culturais da sociedade.

Brougère<sup>58</sup>, ao considerar a brincadeira como um espaço de apropriação e reelaboração da cultura, afirma que esta atividade deve ser conduzida pelo adulto, não no sentido de controlar, mas de iniciar a criança na prática do brincar. Portanto, o brinquedo enquanto objeto importante para a brincadeira possui funções sociais e significados que estão intimamente atrelados às experiências vivenciadas (elementos do real) e ao imaginário da criança.

O autor defende ainda que o reconhecimento da criança como ator ativo e criativo, capaz de elaborar maneiras de brincar a partir dos elementos que ela encontrar ao seu redor, faz-se imprescindível, além da criação de ambientes e espaços favoráveis que propiciem o desenvolvimento da brincadeira<sup>58</sup>.

Além de contribuir para os processos de socialização durante a infância, o brincar propicia o desenvolvimento físico, emocional, social e cognitivo; facilita a criatividade, expressão, comunicação e a adaptação a pessoas e ambientes<sup>59</sup>.

Ao reforçar a importância da brincadeira para o bem-estar e o desenvolvimento infantil, Almeida<sup>60</sup> destaca algumas funções do brincar para a criança, tais como: possibilidade de explorar o mundo ao seu redor, estimular o aprendizado de novas habilidades, permitir a ocupação do tempo, proporcionar prazer e alívio da ansiedade por ser uma atividade livre, que pode ser realizada a qualquer momento, além de satisfazer necessidades afetivas por intermédio do contato físico.

Por configurar-se muitas vezes como uma atividade proveniente do imaginário infantil, o brincar possibilita a criança realizar várias atividades, onde este indivíduo tem a oportunidade de reproduzir diversas situações observadas e vivenciadas em seu cotidiano, desempenhando simbolicamente diferentes papéis sociais e exercitando a sua capacidade de abstrair e generalizar<sup>61</sup>.

Winnicott<sup>62</sup> em seu trabalho sobre o brincar e a realidade cita que: “É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (*self*)”. O autor destaca ainda que as crianças adquirem experiências e têm suas personalidades desenvolvidas através da brincadeira. Invenções e fantasias fazem parte do brincar e contribuem para exercitar a capacidade de criar.

Conforme Souza e Mitre<sup>63</sup>, “a criança quando brinca, não faz isso para aprender, construir, elaborar ou significar qualquer coisa. Embora isso tudo possa acontecer

durante a brincadeira, não é isso que qualifica o brincar. O brincar tem um fim nele mesmo”.

Para Medrano<sup>64</sup>, o brincar representa a fala da criança, que em muitos casos é esquecida seja pelos pais ou até mesmo pelos profissionais do hospital. Através da brincadeira, a criança vai construindo a sua subjetividade. Portanto, privar uma criança de brincar é antes de tudo condená-la ao silêncio, uma “maneira de tirar dela a possibilidade de recriar o mundo, de cercear a experiência de viver sua própria infância”.

Pereira, et.al<sup>65</sup> afirmam que:

O brincar enquanto atividade de desenvolvimento humano é reconhecido pelo seu valor terapêutico e é mesmo consensual que a sua integração nos cuidados de saúde assume funções importantes para apaziguar o medo, ansiedade, solidão, angústia de separação e é uma atividade atenuante dos estressores da hospitalização

No ano de 1988, várias associações europeias criaram a “Carta da Criança Hospitalizada”, que defende alguns direitos destes indivíduos. Dentre eles cita-se o reconhecimento dos benefícios que o contato com o lúdico propicia durante o período da internação<sup>66</sup>. O lúdico precisa fazer parte do cotidiano da criança que está internada dispondo sempre de materiais e profissionais adequados para o seu desenvolvimento no ambiente hospitalar<sup>19</sup>.

No Brasil, em 1990, foi criado o ECA, que garante a toda criança o direito de brincar<sup>15</sup>. Outro importante marco no reconhecimento da importância do brincar em âmbito nacional, diz respeito à lei nº 11.104 que foi sancionada no dia 21 de março de 2005, tornando obrigatório a criação de espaços, dentro dos hospitais pediátricos ou não, voltados para o desenvolvimento de atividades lúdicas<sup>67</sup>.

Ferreira, et.al<sup>68</sup> realizaram uma pesquisa com crianças de 06 a 11 anos de idade, onde os objetivos eram conhecer as percepções que os participantes tinham em relação ao lúdico no ambiente hospitalar e verificar a representação social da brinquedoteca para os mesmos. Os autores apontaram que para as crianças, a brinquedoteca configurou-se como um espaço onde a recuperação acontece e onde é possível manipular o ambiente através da imaginação com o intuito de transformar a situação vivenciada em algo familiar. Nesse contexto, foi observado ainda que a ludicidade modificou conceitos previamente formados pelas crianças acerca do espaço hospitalar, e passou a ser reconhecido como um local que gera prazer e bem-estar e onde é possível brincar.

No que diz respeito à classificação da brincadeira trabalhada no ambiente hospitalar, compreende-se a existência de duas vertentes diferentes: o brincar como um recurso terapêutico ou como um meio de recreação. Enquanto abordagem terapêutica, o brincar é direcionado por profissionais e objetiva o bem-estar físico e emocional, além de desenvolver meios para entender a singularidade da criança. Como atividade recreativa, brincadeira é praticada espontaneamente pela criança, com a finalidade única de propiciar prazer<sup>60</sup>.

A concepção do brincar como uma abordagem terapêutica foi introduzida através da psicanálise e tornou-se o método precursor da psicanálise infantil, criada em 1920. Para as psicanalistas Anna Freud, Hermine Von-Hellmuth e Melanie Klein, o brincar exerce um papel fundamental de agente facilitador da relação criança-analista, além de despertar o interesse da criança pelo tratamento<sup>56</sup>.

O ato de brincar, ao possibilitar que a criança elabore experiências relativas à internação e permitir a reorganização de sentimentos, além de reduzir a angústia e o medo, configura-se como uma atividade terapêutica por si só<sup>69</sup>.

Motta e Enumo<sup>70</sup> apontam que a brincadeira quando utilizada no contexto hospitalar, proporciona à criança a construção de estratégias de enfrentamento em relação à hospitalização e doença, além de facilitar a comunicação e resolução de conflitos. As estratégias de enfrentamento podem ser entendidas como a utilização de ações, pensamentos e comportamentos pela criança, em combate aos agentes estressores frequentemente encontrados na hospitalização. O desenvolvimento das habilidades sociais, cognitivas, bem como a regulação da emoção, influenciam diretamente na maneira como tais estratégias serão utilizadas.

De acordo com Mitre<sup>26</sup>, o ato de brincar facilita uma conexão entre a história pessoal que cada indivíduo guarda consigo e a história de seu grupo social onde está inserido naquele momento. A autora defende que para a criança internada, a brincadeira surge como uma oportunidade de modificar o cotidiano da internação, ofertando a esse indivíduo a possibilidade de ter um controle da situação através da produção de uma realidade própria e singular. Além disso, outras questões podem ser trabalhadas a partir da brincadeira como a “integralidade da atenção, a adesão ao tratamento, o estabelecimento de canais que facilitem a comunicação entre criança-profissional da saúde-acompanhante, a manutenção dos direitos das crianças e a re-significação da doença por parte dos sujeitos”.

Para Santa Roza<sup>56</sup>, o brincar viabiliza o acesso à atividade simbólica e a elaboração psíquica de vivências do cotidiano infantil. Por meio dos jogos repletos de

simbologias, a realidade externa pode ser assimilada à realidade interna, auxiliando a criança entender a sua condição de adoecimento e hospitalização. Através da prática do brincar, a criança toma posse da experiência dolorosa pela qual está passando e desta maneira compreende melhor a situação presente, assumindo uma posição ativa perante o tratamento, ocupando o papel de sujeito e não apenas objeto do internamento.

Silva<sup>45</sup> aponta que o brincar no ambiente hospitalar aparece como um importante recurso, proporcionando à criança um reencontro com sua rotina antes do internamento. Além disso, mesmo com todas as limitações e restrições impostas não somente pela doença, mas também pelo espaço físico, o brincar favorece a “sociabilidade, interação e dinamismo”.

Além disso, o brincar dentro do ambiente hospitalar propicia uma melhora na qualidade das relações que ocorrem entre criança-profissional-acompanhante, proporcionando inclusive a criação e o fortalecimento de vínculos entre as crianças internadas e suas mães<sup>47</sup>.

Entende-se que o brincar se inscreve como um instrumento para se trabalhar a ordem negociada entre pacientes, equipe e instituição, principalmente, pelo fato desta prática oferecer a oportunidade de escolha e acesso a uma linguagem que é de domínio da criança<sup>14</sup>.

Moreira e Macedo<sup>71</sup> afirmam que o brincar quando utilizado para mediar uma ação técnica na área da saúde, pode servir como subsídio para a construção de uma clínica ampliada, que transcende o modelo reducionista de saúde ao valorizar as interações e os vínculos criados entre profissionais e usuários do sistema. Santos<sup>72</sup> reforça o papel do brincar como uma estratégia de cuidado no ambiente hospitalar e afirma a necessidade de que a sua aplicação seja fundamentada e sistematizada.

Entretanto, reconhecer a importância do brincar para a criança por parte do adulto, não diz respeito somente à criação de espaços materiais para o desenvolvimento desta atividade. Medrano<sup>64</sup> afirma que o indivíduo adulto deve entender a necessidade de uma desconstrução de saberes e práticas que denotam, muitas vezes, o poder hegemônico deste indivíduo em relação à criança e suas reais necessidades.

## 2- PERCURSO METODOLÓGICO

### 2.1. Abordagem do estudo

O percurso metodológico da presente pesquisa iniciou-se com a escolha da abordagem de estudo que mais se adequaria aos questionamentos propostos. Optou-se pela pesquisa qualitativa que, conforme Minayo<sup>73</sup>, auxilia no entendimento da lógica interna dos grupos, instituições e atores em relação às suas histórias, seus valores culturais, às interações entre os indivíduos e às instituições. Para a autora, as Metodologias de Pesquisa Qualitativa são “entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação como construções humanas significativas”.

Dentre as estratégias utilizadas, optou-se pelo o *estudo de caso*, que é amplamente utilizado pelas ciências sociais para análises de fenômenos sociais, políticos e organizacionais, entretanto, provém de uma tradição médica e psicológica, que faz uso dessa modalidade para estudos de casos individuais<sup>74</sup>.

Yin<sup>75</sup> comenta que o estudo de caso representa uma investigação empírica que compreende um método abrangente, incluindo a lógica do planejamento, coleta e análise dos dados. Além disso, encaixa-se perfeitamente nas pesquisas onde as questões investigativas centrais utilizam as palavras “como” e “por que”. Ainda segundo o autor, a escolha desse tipo de metodologia deve ser feita quando é viável realizar uma observação direta dos fenômenos estudados, sendo estes contemporâneos e inseridos em algum acontecimento cotidiano da vida.

Através dessa modalidade é possível observar relações causais entre situações do cotidiano e intervenções; o significado e a relevância de situações consideradas chaves nos resultados de uma intervenção; o contexto em que uma ação ocorreu ou ocorre e as várias maneiras de interpretar um processo já em curso<sup>73</sup>.

Ressalta-se que esta pesquisa não objetivou realizar um estudo de caráter avaliativo do Programa Saúde e Brincar, mas sim conhecer os contextos, os atores-chave, as suas interações sociais, as ações que permeiam suas atividades e especialmente os significados que atribuem a elas.

A presente pesquisa foi realizada no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), que é uma unidade de Assistência,

Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Optou-se por elucidar as questões suscitadas a partir do entrelaçamento de três percepções: a do pesquisador, dos profissionais e dos acompanhantes. Para isso, foram escolhidos dois meios para coletar os dados: Observação Participante e Entrevista Semi-Estruturada.

Todos os aspectos éticos envolvendo pesquisa com seres humanos foram respeitados. A coleta de dados teve início após as autorizações dos Comitês de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública e do Instituto Fernandes Figueira, sendo realizada durante os meses de Maio, Junho e Julho de 2014 em uma frequência de três vezes por semana.

## **2.2. Técnicas utilizadas para coleta de dados**

### *Observação Participante*

A observação participante possui diferentes modalidades de procedimento que variam de acordo com o envolvimento entre o pesquisador e o observado. Em algumas pesquisas o observador não possui contato com os sujeitos, sendo a sua participação nula. Há também aquele observador que participa do cotidiano do grupo estudado, interage com os atores e até vivencia as mesmas experiências. Nos estudos das ciências sociais, especialmente os mais tradicionais, o tempo de permanência nos locais de pesquisa pode durar anos, onde o pesquisador permanece convivendo com o grupo em tempo integral<sup>74</sup>.

O pesquisador que pretende realizar a observação a fim de produzir dados deve conforme Parra-Filho<sup>76</sup>, adotar algumas estratégias tais como: delimitar o campo de coleta de dados, planejar com detalhes a atividade (elaborando um “roteiro” de observação) e registrar aquilo que for observado (uso de um caderno de registros, diário de campo).

Da Matta<sup>77</sup> ressalta que ao entrar e sair do campo o pesquisador deve realizar um constante exercício em relação ao seu objeto de pesquisa, transformando-o em exótico e em familiar sempre que preciso. Velho<sup>78</sup> aponta para a importância dos processos de estranhamento e de relativização de tudo o que for observado, independentemente da familiaridade que se tenha com o objeto.

Para Laplantine<sup>79</sup>, à medida que o pesquisador perturba ou cria uma nova situação por causa da sua presença, também é perturbado por esta situação. Portanto, a

relação que o pesquisador vivencia com os sujeitos observados é parte integrante de sua pesquisa.

No presente trabalho realizou-se uma observação participante dos cenários (onde as atividades do programa ocorreram), dos atores sociais e de suas interações. Objetivou-se desta maneira, conhecer detalhadamente as atividades realizadas pelo Programa, como elas aconteciam e as interações sociais ocorridas entre os atores (profissional/criança, profissional/acompanhante, acompanhante/criança).

O período de observação já havia sido definido previamente em conjunto com a equipe do Programa Saúde e Brincar e ocorreu nos dias de segunda-feira (tarde), quarta-feira (tarde) e sexta-feira (manhã).

As observações realizadas a tarde tinham início às 13h30min na sala do programa, onde era realizada a primeira reunião do grupo. Em seguida, a equipe era acompanhada até o local onde aconteceria a atividade do brincar, e lá eram escolhidos quais profissionais e crianças seriam observadas.

O brincar geralmente ocorria no período das 14:00 às 16:00h. Após o término, a equipe era acompanhada de volta à sala para a segunda reunião do dia, que geralmente terminava às 17:00h. Durante dois dias optou-se por acompanhar também o momento da “triagem”, realizada às 11:00h da manhã no mesmo local onde a brincadeira aconteceria. Em um desses dias foi possível acompanhar as estagiárias responsáveis pela triagem em uma reunião com toda a equipe de saúde que atendia as crianças.

As observações realizadas às sextas-feiras eram realizadas no período das 09:00h às 12:00h e consistiam em acompanhar a equipe durante as discussões teóricas realizadas na sala do Programa.

Para a escolha dos atores a serem observados, priorizou-se o critério da idade das crianças. Foram observadas as brincadeiras que ocorriam entre os profissionais do Programa e as crianças na faixa etária entre 2 a 12 anos de idade, independentemente da patologia apresentada. Portanto, foram levados em consideração: expressões, gestos, olhares e como as crianças permaneciam durante as atividades. Devido aos aspectos éticos, as crianças observadas são identificadas nesta pesquisa por letras do alfabeto (A, B, C...) e suas patologias omitidas.

Devido à grande quantidade de estagiárias (graduandas) entre os membros da equipe, optou-se em alguns casos observar também as atividades realizadas por elas, no intuito de ampliar as discussões propostas.

Durante as observações notou-se uma expressão comumente utilizada pelo grupo: *brincante*. Era dessa forma que os membros da equipe se autodenominavam

durante as reuniões, e até mesmo em conversas informais. Nesta pesquisa, fez-se uso desta palavra para identificar os integrantes do Saúde e Brincar sempre que necessário.

### Entrevista

Entende-se que a entrevista é um valioso instrumento de coleta de dados a ser aplicado na pesquisa qualitativa em saúde, principalmente devido à possibilidade de interação entre o pesquisador e os atores pesquisados. O tipo de entrevista privilegiada foi a semi-estruturada que propicia ao ator discorrer livremente sobre o tema que foi proposto, sem, contudo, limitar-se à pergunta formulada pelo entrevistador.

Na presente pesquisa, foram entrevistados 09 acompanhantes de crianças internadas no IFF. Foram incluídas pessoas que conheçam o Programa e que acompanhavam crianças de 2 a 12 anos de idade que haviam participado do brincar mais de uma vez. Além disso, utilizou-se como critério de inclusão para participação na pesquisa, acompanhantes que estivessem visivelmente favoráveis e emocionalmente estáveis.

Além dos acompanhantes, optou-se por entrevistar profissionais do IFF que faziam parte do Saúde e Brincar há pelo menos três meses (tempo de permanência da pesquisadora em campo) ou que ocupavam cargos de gestão vinculados à enfermagem pediátrica, totalizando nove pessoas participantes.

Compreende-se que os profissionais são, na perspectiva de Giddens<sup>80</sup>, agentes reflexivos que sabem muito sobre a prática e têm capacidade discursiva.

Para o autor:

As capacidades reflexivas do ator humano estão caracteristicamente envolvidas, de um modo contínuo, no fluxo da conduta cotidiana, nos contextos da atividade social. Mas a reflexividade opera apenas parcialmente num nível discursivo. O que os agentes sabem acerca do que fazem e de por que o fazem – sua cognoscitividade como agentes – está largamente contido na consciência prática. Esta consiste em todas as coisas que os atores conhecem tacitamente sobre como “continuar” nos contextos da vida social sem serem capazes de lhes dar uma expressão discursiva direta<sup>80</sup>.

Portanto, os agentes monitoram suas ações e a dos outros, bem como o ambiente social no qual estão inseridos, a partir do seu conhecimento sobre as suas condições sociais. Denominada pelo autor de monitoração reflexiva da ação, possibilita mudanças



nas práticas rotinizadas. Por isso, defende que para compreender esse processo de competência do agente humano, o trabalho empírico deve reconhecer aspectos não discursivos da consciência, ou seja, a consciência prática, as habilidades complexas que os agentes possuem em coordenar os contextos de seu comportamento cotidiano<sup>80</sup>.

A fim de nortear a investigação foram elaborados roteiros prévios contendo questões chave que objetivavam conhecer as percepções de profissionais participantes da equipe do Saúde e Brincar, de alguns gestores do IFF e de acompanhantes dos pacientes. Todas as entrevistas foram realizadas no mês de Julho.

Para as entrevistas realizadas com os profissionais foram elaborados três roteiros prévios contendo perguntas diferentes, sendo sua distribuição feita da seguinte forma: um para a Coordenadora do Programa Saúde e Brincar, um para os demais profissionais e um para os três Gestores.

Os três roteiros aplicados com os profissionais continham algumas perguntas em comum, consideradas norteadoras e que objetivavam contemplar questões como:

- Há quanto tempo trabalha no IFF (formação profissional, trajetória profissional, cargo que ocupa)?
- Quais os benefícios do brincar para a criança internada?
- Quais os benefícios para o acompanhante?
- De que forma o brincar contribui para a sua atuação enquanto profissional?

As demais perguntas feitas à Coordenadora do Saúde e Brincar eram relativas à história do Programa, suas atividades e equipe. Aos gestores também foram questionadas perguntas relativas ao Saúde e Brincar e de que forma o brincar contribui para os serviços prestados no hospital.

O roteiro feito para as acompanhantes continha as seguintes questões:

- Qual a sua relação com o paciente? Há quanto tempo ele está internado?
- Fale um pouco sobre o que mudou na sua rotina e da criança com o internamento.
- De que forma o brincar auxilia a criança que você está acompanhando durante o internamento?

- Como ela se comporta durante a brincadeira? Ela faz algum comentário sobre essas atividades?
- Você também participa das atividades do brincar? Como você se sente?

A abordagem dos acompanhantes que participaram da pesquisa foi feita com o auxílio de integrantes do Programa Saúde e Brincar e realizada geralmente após a brincadeira. Durante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi ofertado ao acompanhante à possibilidade de realizar a entrevista do lado de fora dos leitos onde as crianças permaneciam internadas, entretanto, somente uma participante optou por esta opção.

Ressalta-se que os aspectos éticos envolvendo a participação dos sujeitos foram devidamente respeitados e todas as entrevistas foram gravadas com autorização dos participantes. Posteriormente, as mesmas entrevistas foram transcritas e os arquivos guardados. Os entrevistados são identificados nesta pesquisa da seguinte forma: profissionais pela letra P (P01, P02...) e as mães pela letra M (M01, M02...).

Para a construção da linha do tempo do Programa, bem como descrição das atividades, foram utilizadas também como fontes de dados: informações obtidas através de trabalhos científicos sobre o Programa, entrevistas com os profissionais integrantes da equipe, conversas informais e consulta aos arquivos disponibilizados pelas supervisoras.

### **2.3. Análise do Material**

A análise dos dados foi pautada de acordo com os objetivos propostos nesta pesquisa. Portanto, para analisar os dados obtidos através das entrevistas utilizou-se Análise de Conteúdo, definida por Bardin<sup>81</sup> como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Dentre as técnicas propostas por Bardin<sup>81</sup>, optou-se pela análise temática, por ser mais direcionada para análise dos significados dos núcleos de sentido de comunicação.

O processo de análise foi baseado no confronto e inter-relação de estruturas semânticas presentes nos discursos (significantes) e de elementos sociológicos (significados) encontrados a partir de observações.

Portanto, ao longo da análise, as etapas foram delineadas da seguinte forma: (a) transcrição das entrevistas pela autora do trabalho; (b) leitura dos discursos; (c) codificação através dos recortes de trechos, ideias centrais; (d) comparação entre os discursos; (g) estruturação por temáticas, discussão e interpretação a partir do referencial teórico utilizado.

### **3. O CAMPO ESTUDADO**

#### **3.1. O Instituto Fernandes Figueira (IFF)**

A pesquisa de campo foi realizada em uma unidade da Fundação Oswaldo Cruz, o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), hospital público vinculado ao Ministério da Saúde. Reconhecido em 2006 como um hospital de ensino e em 2010 como centro nacional de referência pelos Ministérios da Saúde e da Educação, o IFF desenvolve atualmente atividades de assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico. Considerado como referência na área de saúde da criança, conta com atendimento multidisciplinar e oferece atendimento gratuito em várias especialidades.

Além de todas essas vertentes de atuação, também são observadas iniciativas que têm como intuito melhorar a qualidade de vida das crianças e adolescentes que frequentam o hospital, além de dar continuidade às atividades comuns do seu dia-a-dia e que foram interrompidas devido à hospitalização. Dentre estas iniciativas, cita-se o Saúde e Brincar – Programa de Atenção Integral à Criança Hospitalizada.

A escolha do IFF como campo de pesquisa ocorreu principalmente por ser um hospital que garante à criança o direito de brincar, e por ser também um local de acesso gratuito, constituindo-se assim em um espaço agregador de pessoas dos mais diversos níveis socioeconômicos e culturais.

A investigação ocorreu em algumas unidades da enfermaria pediátrica onde as crianças estavam internadas e onde o brincar acontecia, bem como na sala do Programa.

Enfermarias Pediátricas: UPI-Unidade de Pacientes Intermediários, DIPE-Doenças Infeciosas Pediátricas e CIPE- Cirurgia Pediátrica

A UPI era conhecida antigamente dentro do hospital como a sexta enfermaria. Seu espaço físico encontra-se dividido em boxes, onde cada um deles conta com dois leitos. O posto de enfermagem fica bem ao centro desta enfermaria, possibilitando uma visão mais ampla dos pacientes, e a sala dos médicos é um pouco mais recuada. O espaço de cada leito é preenchido por uma cama hospitalar, diversos aparelhos com finalidades médicas e também com uma poltrona reclinável para o acompanhante da criança internada. Em muitos leitos, foi possível observar vários pertences pessoais trazidos de casa.

A DIPE recebe lactentes, crianças e adolescentes com os mais diversos tipos de patologias infecciosas. Em relação à UPI e a CIPE, possui um espaço físico menor, onde permanecem o posto de enfermagem, a sala dos médicos, e os “apartamentos” onde os pacientes permanecem internados. Cada apartamento possui um ou mais leitos de internamento, que são ocupados de acordo com as características da patologia apresentada pelo paciente.

Na cirurgia pediátrica são internados pacientes que aguardam uma intervenção cirúrgica ou que permanecem em recuperação. Diferentemente das outras enfermarias citadas anteriormente, a estrutura física da CIPE está disposta de modo que existem duas grandes alas onde permanecem os leitos de internamento. Entre esses dois locais, fica o posto de enfermagem.

Observou-se na decoração das estruturas físicas das três enfermarias ausência ou limitada presença de elementos lúdicos ligados ao imaginário infantil.

### **3.2. Saúde e Brincar – Programa de Atenção Integral à Criança Hospitalizada**

O Programa Saúde e Brincar foi idealizado e criado pela psiquiatra Eliza Santa Roza em 1994, em decorrência da ampliação do projeto de extensão que vinha sendo realizado pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ – IPUB desde meados da década de 90. Denominado de Projeto Brincar, tinha como proposta inicial prestar assistência aos pacientes psiquiátricos e seus filhos utilizando como principal recurso a atividade lúdica. Para isso, um espaço era criado nos dias de visita, possibilitando assim que as crianças frequentassem o hospital psiquiátrico e ainda tivessem contato com seus pais, tudo isso sob a assistência da equipe do Projeto Brincar, que na época era composta por psicólogos e psiquiatras. Através de um acordo de colaboração técnico-científico entre o Instituto de Psiquiatria da UFRJ e o IFF, o Projeto Brincar 2 iniciou suas atividades com uma forte proposta interdisciplinar<sup>11</sup>, sob a coordenação de Santa Roza, que era médica do IFF e o auxílio de uma equipe composta por alguns profissionais bolsistas que trabalhavam anteriormente no Projeto Brincar, estagiários do curso de Psicologia da UFRJ e pesquisadores. As atividades eram realizadas às sextas-feiras no período da tarde dentro da sexta enfermaria, atual UPI, onde era montado um *setting* e as crianças eram convidadas a brincar. Além disso, as reuniões entre os membros da equipe, bem como as discussões teóricas eram realizadas às segundas-feiras.

Em 1996 o Projeto Brincar 2, passou a ter o nome de Saúde e Brincar. Neste mesmo ano foi inaugurada a DIPE e com isso, o Saúde e Brincar estendeu suas

atividades às crianças que estavam internadas nesta unidade, entretanto, as brincadeiras não aconteciam nesse espaço. As crianças que não estavam restritas ao leito eram levadas pelos próprios membros da equipe à UPI e lá no *setting*, conjuntamente com as crianças internadas naquele local, acontecia o brincar.

Nesse mesmo ano, a equipe do Saúde e Brincar passou a estabelecer um canal direto de comunicação com a equipe da enfermaria pediátrica, as crianças e seus acompanhantes, através da criação da triagem.

A criadora do Programa Eliza Santa Roza faleceu em 1999 e com isso houve uma reestruturação do Projeto que passou a ser denominado de Saúde e Brincar-Programa de Atenção Integral à Criança Hospitalizada. Ainda nesse ano, a CIPE também passou a ser beneficiada com as ações do Saúde e Brincar através de um convite feito pela equipe responsável por esta enfermaria.

No ano 2000, um parquinho foi criado no hospital e a equipe do Programa foi convidada pela direção a assumir as atividades deste local, que passaram a ocorrer às segundas, quartas e sextas pela manhã e eram destinadas principalmente a atender à demanda proveniente dos ambulatórios. Concomitantemente a esse período, as atividades ampliaram-se ainda mais dentro do hospital, sendo estendidas também às crianças e adolescentes que permaneciam nas salas de espera dos ambulatórios. Logo em seguida, as crianças internadas na Unidade de Pacientes Graves e na Unidade Intermediária também passaram a participar das atividades.

Após várias reivindicações feitas pelos membros do Programa, houve em 2006 o primeiro concurso público para o IFF contendo uma vaga de pesquisador, lotada na área de Saúde da Criança com um perfil que contemplava o Saúde e Brincar.

No ano de 2010 abriram mais duas vagas de tecnologistas em um concurso do hospital, porém lotadas no próprio Programa. Houve ainda a vinculação da Residência Multiprofissional em Terapia Ocupacional do IFF ao Saúde e Brincar, o que contribuiu para fortalecer todas as vertentes do Programa. Através disso, os residentes desta área passaram a exercer todas as atividades referentes ao Programa, além das atividades próprias da residência.

Durante a realização deste estudo a equipe encontrava-se disposta da seguinte forma: 1 Coordenadora e 3 Supervisoras (todas vinculadas ao hospital através de concurso público); 3 Residentes e 7 Estagiárias de Psicologia e Terapia Ocupacional.

O Programa conta com uma sala (Figura 1) situada no quinto andar do prédio da pediatria do IFF, onde ficam alguns objetos importantes para a manutenção e a organização das atividades como: mesas individuais com computadores destinados às

supervisoras; mesa para as reuniões; cadeiras; armários e gaveteiro para armazenamento de relatórios e avaliações; e estantes onde ficam os brinquedos e os demais materiais utilizados para as atividades.



**Figura 1.** Sala onde acontecem as reuniões do Programa Saúde e Brincar e onde os brinquedos e demais materiais permanecem guardados.

A coleção de brinquedos foi conseguida em grande parte através de doações. Eles estão agrupados nas estantes através de características como idade, sexo e o tipo de brinquedo. Além dos brinquedos o Programa conta com outros materiais igualmente importantes para as brincadeiras, como jogos, livros de leitura, massinhas de modelar, tinta guache, lápis de cor e desenhos para colorir.

### **Linhas de atuação**

Ao longo de 20 anos de existência, o Programa Saúde e Brincar vem desenvolvendo atividades referentes à assistência, ensino e pesquisa, voltadas para a saúde da criança e do adolescente em situação de adoecimento crônico e hospitalização,

onde o brincar é identificado como principal elemento. Durante a observação foi constatado que as três linhas de atuação estão bastante inter-relacionadas. Segue abaixo uma breve descrição:

### Assistência

A assistência pode ser considerada como a principal atividade do Programa. O brincar destina-se aos pacientes internados nas enfermarias pediátricas, bem como seus acompanhantes. Quando necessário, a assistência também é feita às crianças e aos adolescentes que estão visitando algum parente internado no hospital.

Geralmente, as brincadeiras são mediadas pelos estagiários e residentes, e quando necessário pelas supervisoras. Durante a realização desta pesquisa, o brincar ocorria cinco vezes na semana, estando distribuído da seguinte forma: segunda-feira UPI, quarta-feira DIPE e CIPE, quinta-feira UI e UPG (a equipe do Programa não autorizou observações nestas enfermarias devido à gravidade dos casos).

Antes e após as brincadeiras eram realizadas algumas atividades essenciais para a organização e o desenvolvimento do brincar conhecidas como: triagem e as reuniões entre a equipe.

### *Triagem*

A triagem foi criada com o intuito de suprir uma necessidade que a equipe tinha em conhecer um pouco mais sobre as crianças que seriam atendidas e também de informar aos pacientes, acompanhantes e demais profissionais sobre o Programa e suas atividades. Ao longo dos anos, a triagem, assim como todas as outras atividades do Saúde e Brincar vem sendo aperfeiçoada. Durante a realização desta pesquisa, ocorria às 11:00 horas da manhã, nas enfermarias onde o brincar será realizado. A triagem era realizada, geralmente, por duas estagiárias do Programa. Durante o período de observações foi possível perceber que esta atividade é fundamental para a organização do brincar, pois através dela, a equipe sabe quais pacientes querem e podem participar da brincadeira, quais brinquedos ou outros materiais serão utilizados. Além disso, durante a triagem, as estagiárias também direcionam uma atenção aos acompanhantes, que muitas vezes necessitam de um suporte por parte da equipe do Programa.

Para a realização desta atividade as estagiárias utilizavam uma ficha própria do Programa onde constavam espaços para serem preenchidos com informações sobre os



pacientes como: idade, causa e tempo de internação, restrições e preferências em relação ao brincar. Tais informações eram obtidas através de conversas com as próprias crianças, seus acompanhantes ou até mesmo pelo prontuário. Além disso, as estagiárias conversavam com outros profissionais que atendiam estes pacientes, e até participavam de reuniões realizadas pela equipe multiprofissional responsável pelos cuidados dos internados.

### *Reuniões entre os integrantes do Programa*

Além da triagem, foram observadas duas reuniões realizadas antes e após as atividades nas enfermarias. A primeira tinha início aproximadamente às 13h30min e objetivava informar sobre aspectos importantes para o desenvolvimento do brincar, coletados anteriormente através da triagem. Ao final desta reunião, as estagiárias iniciavam o processo de coleta dos brinquedos e demais materiais que seriam utilizados durante o atendimento. Em seguida, a equipe seguia em direção à enfermaria onde a atividade era realizada, devidamente paramentados com seus jalecos coloridos, com os brinquedos e demais materiais guardados em grandes sacolas (Figura 2).



**Figura 2.** Integrantes do Programa dirigindo-se às enfermarias com os brinquedos e demais materiais.

Após o término das atividades com os pacientes internados, os integrantes da equipe iniciavam a segunda reunião do dia. Conduzido pelas supervisoras, este momento destinava-se, principalmente, a discutir sobre a atividade ocorrida previamente, a partir das percepções dos integrantes que participaram do brincar.

Observou-se que os três momentos citados anteriormente parecem ser fundamentais para a estruturação, organização e melhoria do Programa, haja vista que à sua maneira propiciam discussões e reflexões dos integrantes sobre suas ações. Giddens<sup>80</sup> disserta que os atores são agentes reflexivos, que possuem conhecimento sobre as condições e consequências do que fazem em sua vida cotidiana e que a partir disso, monitoram o ambiente social, suas ações e a de outros.

- **Ensino**

O campo do Saúde e Brincar sempre esteve fortemente vinculado à vertente da formação e capacitação de profissionais. O Programa sempre prezou pela interdisciplinaridade entre os integrantes. Em sua equipe, estiveram presentes estagiários de graduação, bolsistas de iniciação científica e pesquisadores bolsistas cedidos de outras instituições e provenientes de diversos cursos como Fonoaudiologia, Educação Física e Pedagogia. Contudo, durante a realização desta pesquisa, a equipe continha somente profissionais e estudantes da Psicologia e Terapia Ocupacional.

O tempo de permanência do estagiário no Saúde e Brincar pode variar entre seis meses a um ano e meio. Os estágios desenvolvidos são curriculares e extracurriculares e divulgados através de um processo de seleção. Além dos alunos de graduação, o Programa também recebe estudantes oriundos de alguns cursos da residência multiprofissional do próprio Instituto Fernandes Figueira. Além dos residentes de Terapia Ocupacional, outros alunos da residência Multiprofissional do IFF, como Fisioterapia, Psicologia e Nutrição, possuem em sua grade curricular um mês de atividades no Saúde e Brincar.

Todas às sextas-feiras ocorrem dinâmicas entre os próprios integrantes do Programa, como leitura de relatórios dos estagiários e também discussões teóricas, denominado pelos componentes de “canal teórico”, sobre trabalhos científicos que embasam as práticas realizadas.

- **Pesquisa**

Desde a sua criação, o Programa funciona como campo para o desenvolvimento de pesquisas realizadas por alunos de graduação, pós-graduação de outras instituições e do próprio IFF. Além disso, ao longo desses 20 anos de existência foram realizadas diversas pesquisas pelos próprios integrantes do Programa, tendo como tema principal a atividade do brincar e o adoecimento crônico infantil<sup>14,47,52,63,71</sup>.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1. Os atores entrevistados

#### *Profissionais*

Foram entrevistados nove profissionais do IFF, dentre eles: sete integrantes do Programa Saúde e Brincar e dois gestores de enfermarias. Em relação às profissões dos participantes, foram encontrados os seguintes resultados: (2) Psicólogos (5) Terapeutas Ocupacionais e (2) Médicos. Seis participantes possuíam vínculo empregatício e três cursavam pós-graduação.

Em relação ao gênero, oito entrevistados eram do sexo feminino, o que parece reforçar a noção de que tanto a atividade do brincar, bem como as profissões da área da saúde é conduzida em sua grande maioria pelas mulheres. Mitre<sup>26</sup>, em seu estudo sobre o brincar, realizado em três hospitais brasileiros com 33 profissionais de diversas áreas, observou que grande parte dos sujeitos entrevistados da sua pesquisa era do sexo feminino.

Quanto à idade dos entrevistados, três encontravam-se na faixa etária de (20-30), três de (31-40) e três de (41-55) anos. O tempo de permanência na instituição variou de 4 meses a 24 anos.

#### *Acompanhantes*

Todos os acompanhantes entrevistados eram mães das crianças internadas, totalizando 09 participantes. A predominância da figura materna entre os acompanhantes de crianças internadas também foi encontrada em uma pesquisa realizada por Sampaio et.al<sup>82</sup>.

As mães entrevistadas relataram algumas modificações em suas rotinas depois do internamento dos seus filhos. As respostas referiam-se principalmente ao distanciamento do lar, dos cônjuges e dos outros filhos; e também ao afastamento de atividades empregatícias.

Em relação à idade, quatro mães encontravam-se na faixa etária entre (20-30) e cinco entrevistadas entre (31-40) anos.

## 4.2. A experiência vivenciada em campo

O trabalho de campo teve início na sala onde aconteciam os encontros da equipe do Saúde e Brincar. Logo na minha primeira tarde de pesquisa deparei-me com uma situação que posteriormente provocou em mim uma reflexão sobre como ocorreu o processo da minha aceitação pelo grupo. Enquanto todos os integrantes vestiam seus jalecos coloridos, duas supervisoras começaram a discutir se eu também deveria utilizar a mesma vestimenta que o restante do grupo. Até que uma delas disse: “Ela não está com a gente, nos observando? Então tem que usar o jaleco para que os outros entendam que ela está conosco.” Diante de tal atitude, lembrei de um texto que havia lido anteriormente, também realizado no ambiente hospitalar, onde Bonet<sup>83</sup> relata que ao acompanhar residentes médicos, precisou vestir um jaleco por indicação do chefe do serviço durante toda a sua pesquisa. Para o autor, isso fez com ele percebesse que para estudar e entender a lógica daquele grupo e seus integrantes seria necessário não somente acompanhá-los, mas estar presente como um deles.

E foi assim que na tarde do dia 05 de Maio de 2014, devidamente paramentada como “brincante”, compartilhei um pouco da rotina da Equipe do Saúde e Brincar em mais um de seus atendimentos ao longo de 20 anos de Programa dentro do IFF. E assim sucederam-se todos os outros dias de trabalho de campo.

Ao escrever sobre como foi a minha experiência meses após o início da minha coleta de dados, percebo que ter vestido o jaleco do Saúde e Brincar durante todos os momentos em que estive acompanhando a equipe foi determinante na maneira como eu vivenciei o meu papel de pesquisadora em campo. De certa forma, aquele jaleco colorido simbolizava mais amplamente o “brincante”, o que gerava em mim a falsa sensação de fazer parte daquele grupo, além de facilitar a minha entrada e permanência em campo, haja vista que antes de ser apresentada como pesquisadora, eu era reconhecida pelas crianças, acompanhantes, equipe médica e multiprofissional como uma profissional integrante do Programa. E isso ficou bastante evidente certa vez quando estava em uma enfermaria juntamente com a equipe e uma mãe chegou até mim e disse: “Quando vocês vêm de novo?”

Entretanto, o incômodo em ser observado pelo menos no início, principalmente por parte dos integrantes do Brincar, foi notório. Recordo-me que em uma das primeiras observações que fiz uma estagiária brincava com uma criança de aproximadamente 3 anos de idade. A “brincante” tocava um tamborzinho e cantava para o menino, até que comecei a observar a dinâmica do lado de fora do box. Notei que ela continuou a

brincar da mesma maneira com a criança, entretanto, durante a reunião ocorrida após a brincadeira, a mesma comentou que percebeu a minha presença e isso a deixou um pouco incomodada. Outros integrantes da equipe também relataram este mesmo incômodo.

A minha aproximação com os sujeitos aconteceu de forma gradual. Aos poucos os comentários de estranhamento em relação à minha presença tornaram-se cada vez mais escassos, à medida que eu ia me “apropriando do campo”, conforme relatado por uma estagiária certa vez ao comentar sobre o fato de estar mais à vontade com a minha presença.

Entretanto, acredito que houve também o processo inverso, ou seja, sentia-me mais à vontade em campo ao mesmo tempo em que percebia a diminuição do incômodo com a minha presença. No meu 2º dia de observação, aconteceu algo que acredito ter sido o ponto de partida para o início desse processo. Era uma quarta-feira e a equipe do Programa estava na DIPe. Decidi observar uma brincadeira que estava acontecendo entre uma “brincante” e uma menina chamada A de 10 anos de idade. Logo a integrante da equipe apresentou-me à criança e disse que eu estava fazendo uma pesquisa. Então indaguei: “Eu posso ficar aqui, vendo vocês brincarem?” A criança respondeu que sim e a brincadeira continuou. Era um típico faz-de-conta, que acontecia através de bonecas onde tanto criança quanto brincante representavam simbolicamente diferentes papéis. A criança falava como se fosse a boneca e em um determinado momento, começou a ficar bastante agressiva na brincadeira.

Ao término da atividade, a integrante do Programa que brincou com a menina aproximou-se e disse que A agiu com agressividade devido a minha presença. Durante as discussões realizadas após a atividade, uma das supervisoras solicitou que eu relatasse sobre essa experiência, enfatizando em seguida que os convites para participar das brincadeiras, principalmente por parte das crianças, seriam normais e que não existia empecilho algum para que eu os aceitasse.

Antes mesmo de entrar em campo, tinha consciência de que a minha presença causaria algum estranhamento e até mesmo certo incômodo nos sujeitos que eu estava observando afinal, eu era a estranha para eles. E isso gerava em mim certa preocupação, pois sabia que muitos comportamentos e atitudes, ou até mesmo comentários “espontâneos”, poderiam ser feitos em virtude da minha presença, o que de alguma forma viria a alterar os meus achados. Porém, conforme Minayo<sup>73</sup> “o campo da pesquisa social não é neutro” e, sendo assim, pesquisador e observados fazem parte de uma relação de intersubjetividade e de interação social, que interfere dinamicamente no

conhecimento da realidade. Coube a mim, portanto, a tarefa de perceber e relatar sempre que tais situações aconteciam.

Ao longo do trabalho de campo outras dificuldades foram surgindo. Uma delas esteve relacionada ao constante exercício de transformação, que conforme Da Matta<sup>77</sup>, o pesquisador deve fazer em relação ao seu objeto de pesquisa ao entrar e sair do campo, reconhecendo-o em alguns momentos como exótico, e em outros como familiar.

A minha pesquisa não seria realizada com tribos indígenas em terras longínquas, mas eu estava em um estado diferente e não conhecia o hospital, a equipe que eu iria acompanhar, as crianças e seus acompanhantes, e isso de certa forma imprimia um caráter exótico ao meu objeto.

Em seguida, busquei encontrar certa familiaridade no meu objeto de pesquisa, o que a princípio foi facilitado por conta da minha formação profissional e também devido aos trabalhos voluntários e estágios realizados anteriormente em ambientes hospitalares. De certa maneira, já estava familiarizada com aquele lugar repleto de aparelhos, barulhos e odores característicos, bem como com algumas situações de internação infantil, morte e dor.

Entretanto, em certos momentos, ter encontrado tanta familiaridade no meu objeto de pesquisa contribuiu para dificultar o meu estranhamento diante dele. E a primeira dificuldade encontrada esteve justamente em adotar a postura de pesquisador que no início iria somente observar. Ora, para alguém que já atuou em um ambiente hospitalar, a condição de assumir o papel de pesquisador estava distante de ser uma ação corriqueira e por isso em muitos momentos durante a coleta de dados, senti a necessidade de querer atuar com os saberes técnicos que havia aprendido na faculdade, bem como de participar do brincar juntamente com a equipe e as crianças internadas.

Além disso, após certo tempo em campo percebi que ainda estava imbuída de algumas pré-noções sobre crianças gravemente adoecidas, hospitalais e o brincar. Representações sociais oriundas de um modelo que ainda está muito presente nos cursos de saúde, onde o objeto de estudo é a patologia, como se o sujeito com todas as suas especificidades fosse somente a doença, os seus sinais e sintomas. Confesso que fiquei um tanto surpresa ao ter tal reflexão, haja vista que durante a minha graduação vivi algumas experiências que foram fundamentais para direcionar a minha prática para o paciente, entendendo-o a partir de vários aspectos que o compõem como sujeito.

Contudo, o costume com algumas situações próprias do cotidiano em um ambiente hospitalar não afastou o elemento inesperado que segundo Da Matta<sup>77</sup> “se insinua na prática etnológica” ou o *anthropological blues*. O autor disserta em sua obra

sobre diversos outros autores que durante o trabalho de campo foram surpreendidos com um “assalto de emoções”.

De certa forma, mesmo vivenciando um curto período em campo, em comparação aos estudos etnográficos clássicos, pude encontrar situações igualmente parecidas, onde esses elementos também surgiram de uma maneira completamente inesperada. Em muitos momentos, o sentimento e a emoção assumiram o papel de elemento surpresa nas diversas cenas observadas desde o início do trabalho, relacionadas ao adoecimento e morte, e também no momento da minha despedida.

Ao longo de todo o trabalho de coleta, busquei relatar em meu diário as dificuldades encontradas, bem como viver de forma plena todas as situações propiciadas pelo cotidiano em campo, à medida que ia desconstruindo saberes e relativizando o que era observado.

### **4.3. Percepções sobre o brincar como promotor de saúde: entrelaçando dados**

#### 4.3.1. Vivenciando o internamento com bem-estar, autonomia e participação

Durante o processo de entrelaçamento dos dados observou-se que para um melhor entendimento de como o brincar contribui para que a criança tenha a oportunidade de vivenciar a experiência da hospitalização com bem-estar, autonomia e participação, seria necessário apresentar esta categoria temática a partir de núcleos de sentido que foram encontrados nos achados e que estão intimamente ligados com a utilização do brincar como um recurso terapêutico. Os núcleos foram denominados como: *o brincar como atividade associada ao prazer e à alegria, o protagonismo da criança diante da hospitalização e elaborando experiências através da brincadeira.*

#### *O brincar como atividade associada ao prazer e à alegria*

Alexander et.al<sup>17</sup>, apontam que a alegria e o prazer, elementos próprios da brincadeira, têm importantes contribuições para a saúde e o bem-estar. Durante o período de observação pude presenciar algumas cenas que demonstravam o quanto a criança, mesmo com todas as experiências negativas da hospitalização, ficava mais tranquila e feliz durante as atividades do brincar.



Para explicitar a afirmação, seguem alguns trechos retirados do diário de campo:

*“B, 4 anos de idade, internado há 3 dias, encontrava-se bastante assustado por ter presenciado algumas intervenções dolorosas em uma criança que estava internada em um leito ao lado do seu e que havia gritado e chorado bastante. Assim que B viu profissionais do Programa, expressou imediatamente o seu medo, pensando talvez que eles fossem realizar algum procedimento nele. A profissional apresentou-se à criança e perguntou se ela gostaria de brincar. A criança recusou inicialmente demonstrando que ainda estava muito assustada. Porém, ao perceber que aquela atividade não seria dolorosa, decidiu brincar e permaneceu bem tranquila. Poucos minutos depois, a criança ao lado teve que passar por uma nova intervenção e então os choros e gritos voltaram a aparecer. Contudo, para a minha surpresa, B continuou brincando tranquilamente com o brinquedo e até sorriu durante o período da brincadeira. A criança parecia estar bem à vontade” (Diário de Campo 26/05/2014).*

Percebe-se que a brincadeira faz com que a criança reencontre em meio a vários sentimentos negativos provenientes da doença e do internamento, uma atividade prazerosa, que a faz ficar mais feliz. Nesse sentido, o brincar parece contribuir para uma mudança de comportamento durante a hospitalização. Os profissionais que convivem com estas crianças durante o brincar e em outros momentos, corroboram com as percepções oriundas das observações.

*[...] a gente observa em outros momentos, fora do atendimento do Saúde e Brincar que aquela criança que tava chorando o tempo inteiro, triste ou então muito apática, a partir do momento que ela tem o atendimento e também a continuidade dele através dos brinquedos que*

*continuam com ela, começa a interagir, a brincar, a sorrir mais, ficar mais feliz” (P03).*

*“O brincar é um alívio, vem a enfermeira, vem o médico, faz um procedimento invasivo e a criança sofre. O brincar não é ‘pra’ sofrer, é tipo uma escapatória para tudo isso” (P02)”.*

Através das falas das mães também foi possível compreender como as crianças reagiam às atividades do brincar:

*“Ah, ele gosta, fica animado. As meninas animam ele. Fica mais feliz, mais alegre. Olha aí! (aponta para o filho que fica fazendo sons com a boca). É um pimentinha, ele adora. Quando ele vê as meninas aparecendo ali, ele já começa a ficar alegre” (M02).*

*“Ela fica muito feliz, alegre. Muito feliz! Assim o momento mais agradável pra ela durante a internação. E essa alegria toda foi importante ‘pra’ ela melhorar na questão respiratória, cansaço. Ficou mais tranquila” (M08).*

*“A gente percebe que ele fica mais ativo né? Ele fica mais feliz. Geralmente quando não tem o brincar, ele sempre dorme, dorme. Mas quando vem brincar, mesmo depois da brincadeira ele não dorme. Fica sempre mais tempo acordadinho” (M06).*

*“Ele fica mais esperto, tanto que hoje ele já brincou bastante. Ficou outra criança, por que ele ‘tava’ muito abatido” (M07).*

Para os profissionais ligados ao Programa, através da brincadeira a criança compreende que não sentirá somente dor e desconforto na internação, e isso contribui para facilitar as intervenções dolorosas.

*“Em uma intervenção que eu já fiz, quando eu ‘tava’ brincando, eu tive que parar. A criança não queria parar,*

*mas eu prometi 'pra' ela: Olha a gente vai parar, mas eu vou ficar aqui do seu lado e quando terminar a gente vai continuar aqui brincando. Ela queria espernear, mas não esperneou. Não vou dizer que foi uma troca, porque não foi. Porque independente de ela espernear, chorar eu ia 'tá' ali com ela, mas facilitou o procedimento com certeza” (P02).*

*“Não facilita no sentido de doer menos. Facilita no sentido de ela ter uma garantia de que vai doer, mas ela vai conseguir ter uma possibilidade dela entender que não vai ser só aquilo. Que a internação dela não vai ser só dor, só desconforto, desamparo e desconhecimento” (P04).*

Percepções que também foram observadas durante o período em campo:

*“A brincadeira que ocorria entre J e a brincante foi interrompida para a realização de um procedimento médico. A brincante explicou que eles teriam que parar de brincar, mas que depois a brincadeira continuaria. Durante a intervenção, a criança que estava feliz e tranqüila chorou e reclamou. Entretanto, assim que a brincante retornou para dar continuidade à atividade, a menina cessou o choro rapidamente e continuou a brincar. Aos poucos foi retornando ao estado de tranquilidade” (Diário de campo – 19/05/2014).*

Além de propiciar momentos de prazer e bem-estar, a brincadeira também foi apontada pelos profissionais, como uma atividade que possibilita a continuidade ao desenvolvimento da criança internada. Autores de diversas áreas dissertam que o brincar é essencial para que a criança desenvolva aspectos cognitivos, motores, sociais e emocionais<sup>16,58,61,70</sup>. Afirmção que pode ser explicitada através de trechos retirados das entrevistas com profissionais:

*“O brincar é fundamental para o desenvolvimento da criança, pra qualquer criança, qualquer criança brinca. Eles não são diferentes por que estão internados e como qualquer criança eles precisam brincar para se desenvolverem” (P01).*

*“[...]as atividades lúdicas são muito importantes pro desenvolvimento da criança[...] (P09).*

Durante as observações em campo, foi possível perceber que o ambiente hospitalar por vezes configura-se como um local de dor, estranho e assustador. Por isso, a experiência da internação pode ser potencialmente traumática, podendo acarretar atrasos no desenvolvimento, desencadeando estados de regressão, tristeza, apatia e fobias <sup>44,48</sup>.

A brincadeira age sobre o equilíbrio psicossomático, atuando como um autorregulador de conexões entre o corpo e as emoções <sup>14,69</sup>. Portanto, ao brincar, a criança internada que está sob constante influência de agentes estressores, entra em contato com uma atividade que lhe proporciona prazer, alegria, conforto e segurança, além de alívio e relaxamento.

### *O protagonismo da criança diante da hospitalização*

Ao permanecer internada, a criança fica afastada de sua casa, de uma rotina conhecida e do convívio com seus familiares. A hospitalização impõe ainda, limites e restrições próprios do hospital, além daqueles oriundos da patologia. Por isso, através da brincadeira a criança tem a oportunidade de dar sua opinião.

*“D, 09 anos estava internado há alguns dias, contudo já havia sido hospitalizado outras vezes. Segundo as profissionais do Programa, a doença que acometia a criança havia progredido rapidamente e por isso ela não conseguia se movimentar sozinha, nem falar. Quando uma das supervisoras perguntou se ela queria brincar, mostrando um boneco e pedindo para D piscar os olhos uma vez, a criança iniciou um processo de choro e só*

*parou quando a brincante se afastou. Mesmo sem conseguir falar, D deixou evidente que naquele momento não gostaria de brincar e a sua vontade foi respeitada” (Diário de campo – 02/06/2014).*

*“Hoje tive a oportunidade de acompanhar a triagem com uma das estagiárias. Após anotar algumas informações em sua ficha a estagiária foi em direção ao leito onde estava internada uma criança de 08 anos que no início ficou um pouco intimidada com a presença da brincante. A estagiária apresentou-se e perguntou à criança se ela gostaria de brincar. A criança respondeu positivamente com a cabeça e então a brincante perguntou com qual brinquedo ela gostaria de brincar” (Diário de campo – 07/05/2014).*

*“E, 08 anos, internada no hospital há mais de um mês, falou durante a triagem que gostaria de brincar com uma boneca. No momento da brincadeira, quando a profissional mostrou para E a boneca que ela havia levado, a criança sorriu imediatamente e logo começou a brincar. A mãe de E que estava participando da interação disse que a criança gostava muito de brincar com bonecas e sempre brincava disso em casa” (Diário de campo – 17/07/2014).*

Para os profissionais, um dos benefícios da brincadeira durante a internação seria o de propiciar à criança o poder de realizar escolhas em meio a um ambiente repleto de imposições.

*“Ela se comunica pelo brincar, ela pode fazer escolhas. Por que no hospital, não é qualquer coisa que a criança pode escolher. Ela não pode escolher se quer tomar remédio ou não, que horas quer tomar. Isso tudo é imposto. Ela não pode nem escolher que horas quer tomar banho, por que é a hora que a Enfermagem tem. Então no*

*brincar, ela minimamente pode escolher com quem ela quer brincar, até se ela quer brincar, por que às vezes a criança fala que não. A gente pode dar até uma insistida, por que às vezes é mais por timidez. Mas se ficar claro 'pra' gente que a criança falou não porque ela não deseja brincar, é respeitado, não vai ser insistido. Ela pode escolher até com qual brinquedo quer brincar, se a gente tiver" (P01).*

*"Através da brincadeira ela pode dizer o que quer no momento. Se ela não quer brincar, beleza a gente não brinca, se ela quer brincar então vamos lá, do que você quer brincar? É uma maneira dela expressar o que quer, que eu acho que antes, em nenhum outro momento ela tem isso" (P09).*

Além disso, o brincar aparece como uma possibilidade da criança reencontrar uma atividade que, provavelmente, era comum no seu cotidiano antes do internamento, o que contribui para que ela sinta-se um pouco mais à vontade naquele ambiente estranho. Portanto, a brincadeira foi apontada como uma atividade que permite um resgate da condição de criança, conforme observado na fala de um profissional:

*"[...] algumas crianças aqui têm condições clínicas complexas e vivem internações, quase todas elas, estressantes do ponto de vista da dor. Crianças muito furadas 'pra' coleta de sangue e manuseadas o dia inteiro. E você ter a oportunidade de introduzir esse momento da brincadeira, junto desse ambiente, eu acho isso muito legal. É como se fosse assim um momento realmente infantil, que faz parte da infância de toda criança, que é a brincadeira. Então assim, reservar um momento pra que elas se pareçam um pouco com as outras crianças que estão fora daqui, eu acho isso um ganho fundamental" (P05).*

*“Eu acho que no brincar a criança tem a oportunidade de ser criança mesmo sabe? De ser mais ela, mais natural” (P09).*

Percepção que também foi encontrada na fala da mãe de uma criança ao ser questionada sobre como o brincar auxiliava durante a internação de seu filho. Ressalta-se ainda, que no trecho apresentado, a mãe reforça as restrições vivenciadas no ambiente hospitalar:

*“[...] ‘pra’ ela ser criança mesmo sabe? Criança gosta de correr, gosta de brincar, por que elas só ficam presas na cama, privadas das coisas” (M02).*

Ao realizar uma associação entre as instituições totais de Goffman<sup>23</sup> e o hospital, percebe-se que existem algumas características em comum entre ambos. Dentre elas, cita-se a sujeição às regras e ordens, onde as ações dos indivíduos permanecem geridas pela equipe diretora.

Percebe-se que as pessoas internadas no ambiente hospitalar, principalmente aquelas que internam-se com frequência ou que ficam hospitalizadas durante longos períodos, vivenciam seu dia-a-dia de acordo com as regras daquele local, sem terem, em muitos momentos, direito de escolha. A hospitalização impõe ainda um rompimento com o mundo externo e, portanto um distanciamento dos papéis sociais que o indivíduo costuma representar nas diferentes dimensões da sua vida cotidiana, fazendo com que ele vivencie apenas o papel de paciente, e muitas vezes objeto de intervenções.

Tais comentários são extremamente importantes quando refere-se à criança internada, especialmente por que a infância durante muitos séculos foi tratada como irrelevante para a sociedade e a criança considerada como um não ser<sup>36</sup>. Uma concepção que vem mudando ao longo do tempo, contudo, ainda é possível observar que em muitos casos a fala da criança é silenciada pelo adulto que muitas vezes não a escuta ou não propicia meios para que ela consiga falar. Reconhecer que a criança é um ator social ativo e criativo dentro da sociedade<sup>42</sup>, capaz de realizar escolhas de acordo com o seu desenvolvimento, é imprescindível, principalmente quando ela está internada.

### *Elaboração de experiências através da brincadeira*

A brincadeira, enquanto uma atividade que possui uma linguagem de fácil acesso permite que a criança se expresse e compreenda situações do seu cotidiano.

A partir das observações em campo foi possível acompanhar situações onde as crianças conseguiram expressar suas percepções acerca da doença e da internação através da brincadeira.

*“D, uma criança de 10 anos internava-se constantemente desde o seu nascimento e por isso já havia sido atendida pelo Programa. A criança utilizava um cateter nasal para respirar melhor. Quando adentrei no box D estava sentada na cama com duas bonecas. Uma estava com um fio bem fino ao redor de seu nariz, como se fosse o cateter nasal que ela própria utilizava e a outra estava sentada em uma cadeira de rodas de brinquedo. D representou simbolicamente o papel da boneca que estava com o cateter e que na brincadeira, tinha a mesma doença que ela; uma brincante representou o papel de repórter:*

*- Brincante: Na sua opinião, qual é o lado bom e lado ruim de ficar no hospital?*

*- D (boneca): O lado ruim é que eu me sinto presa e o lado bom é que me sinto bem. Mas eu já tenho 20 anos, moro com a minha amiga, já fui para a Disney e tenho um namorado.*

*- Brincante 2: E por que sua amiga está na cadeira de rodas?*

*- D (boneca): Ela caiu da laje quando era pequena.*

*Em muitos momentos durante a brincadeira a criança demonstrou sinais de que não estava conseguindo respirar e depois de certo tempo, assumindo simbolicamente o papel da boneca, disse: “Olha, já é meia noite, tá tarde, eu preciso dormir, por que amanhã eu vou trabalhar” (Diário de Campo 02/06/2014).*



*“Com panelinha e boneca em mãos, a brincante apresentou os brinquedos à criança e perguntou se ela gostaria de brincar. J, uma criança de 08 anos, internada há um mês no hospital, alimentava-se por uma sonda e tinha constantes crises de vômitos. Ao ver os brinquedos a criança sorriu imediatamente e mostrou-se bastante favorável à brincadeira. Logo assumiu simbolicamente o papel de mãe da boneca, dando comida à ela (a criança repetiu a mesma ação várias vezes). Em um determinado momento a criança reportou-se à boneca perguntando: ‘Você já mamou né?’*

*Quando a brincante questionou por que era importante mamar, a menina respondeu:*

*‘Ela tem que mamar pra ficar forte’*

*Após a dinâmica com a boneca, a brincante perguntou: ‘O que você quer fazer agora?’ A criança olhou para uns livrinhos que estavam em cima da cama e então a estagiária questionou: ‘Você quer que eu leia qual livro?’ J apontou para um livrinho que continha histórias sobre comida e permaneceu atenta à leitura”*

*(Diário de campo 08/05/2014).*

Para os profissionais entrevistados, o brincar também ocupa um importante papel durante a hospitalização, ao propiciar que a criança expresse suas angústias, medos e anseios e compreenda o que está acontecendo com ela.

*“[...] a gente tem crianças onde nesse momento da brincadeira ou também no momento do livro que ela escolhe ‘pra’ ler, ou da leitura que é feita, ela consegue se expressar e elaborar um sentimento. Então assim, naquele momento é uma barbie que você botou um oxigênio, é uma história que você contou de morte, de medo, de escuro, medo de dormir. Coisas que tenham um significado, mas que no dia-a-dia da correria você não tem essa*

*percepção, o profissional não tem essa percepção [...] (P05).*

*“A brincadeira permite que ela tenha acesso a uma linguagem que é de domínio dela, que é familiar a ela, com a qual ela está acostumada. Que ela faça escolhas, que ela possa compreender o que acontece com ela. Não a compreensão do adulto, mas que possa fazer um sentido ‘pra’ ela, na lógica que ela tem, independente da fase de desenvolvimento que ela se encontra” (P03).*

Percebe-se que o brincar, por ser uma atividade familiar, com uma linguagem simples, de fácil acesso, configura-se com um mecanismo essencial para que ela consiga dizer o que deseja, principalmente quando está inserida em um ambiente que por si só provoca estranhamento e medo.

As cenas descritas através de trechos retirados do diário de campo apontam para a forma como a criança utiliza a brincadeira para falar sobre suas angústias, seus medos e frustrações. Logicamente que isso acontece naturalmente, sem que haja uma pretensão da criança ao brincar. O adulto deve estar disposto a perceber e a ouvir aquilo que a criança expressa através da brincadeira.

Brougére<sup>58</sup> aponta que a brincadeira constitui-se em um espaço de criação, flexibilidade e inovação, pois à medida que a criança brinca, busca saídas para situações onde no ambiente real ela enfrentaria dificuldade. Além disso, o brincar torna-se um espaço capaz de propiciar uma apropriação de elementos da cultura da sociedade e uma reelaboração deles através da brincadeira.

A partir da perspectiva proposta compreende-se portanto, que a criança interage de forma criativa e simbólica com o ambiente, imprimindo um sentido próprio às normas e às atividades dos adultos e dos profissionais.

O brinquedo, enquanto artefato social carrega consigo alguns traços culturais específicos do meio onde está inserido, sendo, portanto revelador da própria cultura. O que pôde ser observado especificamente na primeira cena descrita através do observado em campo onde a menina interagiu simbólica e ativamente com o brinquedo, atribuindo certa identidade às bonecas como idade, deficiência física e história de vida. Como por exemplo, quando ela explicou que a boneca estava na cadeira de rodas por que havia

caído da laje onde morava quando era pequena, atribuindo dessa forma uma causa muito concreta e plausível para a doença, e que poderia acontecer com qualquer criança.

O brincar permite que a criança elabore e vivencie os processos de saúde e doença, as situações de internamento e morte; e como percebe a sua relação com os outros profissionais. Conforme Santa Roza<sup>56</sup>, ao elaborar, a criança consegue assimilar a realidade externa à interna e com isso compreender diversas situações. A criança consegue apreender situações do seu cotidiano através da brincadeira que segundo Brougère<sup>58</sup>, facilita a apropriação e transformação de códigos culturais da sociedade. Compreende-se que a brincadeira permite que a criança internada continue seu processo de socialização, internalizando valores criando e recriando sua identidade e experimentando diversos papéis na sociedade.

Para a criança internada, essa elaboração está intimamente ligada ao uso do brincar como um recurso terapêutico, principalmente devido aos traumas vivenciados em decorrência da hospitalização.

O encontro com o brincar no ambiente hospitalar permite ainda que a criança saia da condição de passividade de objeto de intervenção, para ocupar um papel mais ativo e mais protagonista, com autonomia e participação nos processos vividos durante a internação.

#### **4.3.2. As interações sociais sob a perspectiva do brincar**

As interações sociais que ocorrem no ambiente hospitalar, especialmente aquelas que envolvem a criança hospitalizada, são extremamente importantes para a criação de um ambiente favorável à estimulação da saúde e da qualidade de vida.

Observou-se que a brincadeira parece facilitar as interações sociais ocorridas entre crianças, profissionais e acompanhantes de forma a contribuir para que elas ocorram de maneira satisfatória no cenário hospitalar.

*“G, uma criança de 10 anos estava brincando com uma profissional do Programa quando uma enfermeira da equipe de saúde perguntou se poderia brincar também. Prontamente a criança respondeu que sim e as três permaneceram brincando ativamente, entre gargalhadas e sorrisos” (Diário de campo – 11/06/2014).*

*“Hoje tive a oportunidade de acompanhar duas crianças (um menino e uma menina) que dividiam o mesmo box. Ambas estavam brincando ativamente com as brincantes, até que uma médica entrou para realizar um procedimento na menina, que logo começou a chorar bastante. Assustado, o menino interrompeu a brincadeira várias vezes para observar a outra criança que estava chorando. Então a profissional que estava brincando com o menino começou a cantar e a gesticular. E a médica que estava realizando o procedimento começou a participar da brincadeira da mesma forma, mesmo após o término da intervenção. As duas crianças ficaram tranquilas e continuaram a brincadeira com as profissionais do Programa e a médica” (Diário de campo – 09/06/2014).*

A partir das cenas acima descritas é possível observar que através de brincadeira, aqueles profissionais que durante a sua prática necessitam realizar procedimentos dolorosos e invasivos relacionam-se melhor com a criança que está internada. Os profissionais da Saúde e Brincar também reconhecem essa função da brincadeira.

*“Eu acho que depois que a criança passa a ser atendida pelo Saúde e Brincar você começa a notar a diferença tanto na criança quanto na relação dela com outros profissionais e dos profissionais para com a criança.[...] [...]ela começa a interagir, começa a brincar e isso envolve outras pessoas, porque veem a criança brincando, acham bonitinho e aí você vê um profissional médico que teria entrado só pra fazer um exame físico e tá lá brincando com a criança em um outro momento que não fazendo o atendimento dele” (P03).*

A brincadeira surgiu nas falas dos entrevistados como um elemento que auxilia também no estabelecimento de fortes vínculos entre os profissionais do Programa e as crianças hospitalizadas:

*“[...] faz com que a criança se aproxime do profissional. É isso que eu percebo, entendeu? Por que no momento em que você traz um brinquedo ou um livro você cria ali um elo e se aproxima da criança e muitas vezes nesse momento ela deixa um espaço pra gente ver o que de problema ela quer trazer pra você. Eu ‘tô’ com medo de dormir, porque eu acho que eu vou morrer quando eu dormir, eu ‘tô’ com (pausa na fala) querendo entender melhor porque o meu corpo tá se deteriorando tão rápido, por que eu preciso de oxigênio. Então muitos destes questionamentos que a gente tem a oportunidade de saber, vêm desse momento da brincadeira, da leitura que a criança aproveita esse vínculo e deixa escapar o que ela tá com vontade de falar. Que às vezes outro profissional não capta isso (P08)”*

*“[...] nós tínhamos uma dificuldade muito grande de nos comunicarmos com a (nome da criança). Ela não gostava de falar com a gente, a gente que eu quero dizer é médico, enfermeiro e fisioterapeuta. Então assim, a (nome da criança) era uma menina que tinha um horror da gente se aproximar e ela só se comunicava através da mãe. [...]Então com a intervenção do Saúde e Brincar a gente aprendeu a se comunicar melhor com ela. Ela disse para o Saúde e Brincar era que a gente não se comunicava com ela, quando na verdade a gente achava que ela que não ‘tava’ se comunicando com a gente. Então por exemplo, ela não entendia por que que a gente chegava lá e não avisava que ia colher sangue, entendeu? Mas a gente já ia colhendo. [...]então isso foi uma coisa que a gente foi entendendo a partir de várias coisas. A partir dali ela começou até a falar palavras com a gente e foi bem interessante ajudou bastante” (P05).*

Em relação à interação entre as crianças internadas e as mães, observa-se que, em alguns casos, os laços entre elas encontram-se fragilizados conforme o discurso de um profissional.

*“[...] a gente percebe às vezes uma fragilidade do vínculo dessa pessoa com a criança, com uma dificuldade até na comunicação, em como lidar com a criança e explicar as coisas pra ela” (P04).*

Acredita-se que esta fragilidade decorre da carga emocional que a doença representa e de outros aspectos como a permanência prolongada da mãe no hospital e o confronto com sentimentos como medo, angústia e impotência oriundos da patologia. Muitas mães precisam deixar suas casas, outros filhos e até mesmo seus empregos, para permanecerem junto à criança internada. Outras, devido aos filhos estarem internados há anos e, portanto, viverem no hospital não conseguem permanecer muito tempo junto às crianças:

*“[...] eu só vivo aqui, não vou em casa. Eu só fui em casa quando ele ‘tava’ sedado na UPG. Por que ele ‘tava’ entubando. Aí eu fui em casa. Depois disso não tem como” (M02- criança internada há 3 meses).*

*“[...] eu tive que largar minhas coisas, deixar minha outra filha com a minha irmã ‘pra’ poder ficar aqui com ela né, cuidando dela” (M03 – criança internada há 1 semana).*

*“[...]eu só venho pra cá no final de semana, não sei se você sabe. A única coisa que muda é por que é complicado em casa, por que eu tenho três em casa, então é complicado arrumar alguém ‘pra’ ficar com eles em casa pra mim vir pra cá, entendeu?” (M01- criança internada há 2 anos).*

*“Olha eu não sei te dizer quantas vezes eu venho ficar com ela. Porque eu tenho mais dois filhos e um é doente. E como é só eu que cuida, não posso vir muito ‘pra’ cá.*

*Tem semana que sim, tem semana que não” (M08-criança internada há 4 anos).*

Nesse contexto, a brincadeira parece contribuir para que haja um fortalecimento na interação entre as crianças internadas e as mães, conforme relatado pelos profissionais:

*[...] a gente vê assim que quando a gente introduz a brincadeira elas se tornam muito mais próximas, o acompanhante e a criança. [...] então através da brincadeira a gente vê muito isso, que os acompanhantes passam a conhecer melhor a criança ou adolescente” (P03).*

*“[...] ver o seu filho brincar e ter um momento de relaxamento de prazer, de diversão, um momento mais leve durante o dia, isso ajuda a mãe a entender, a cuidar do seu filho, a interagir melhor com ele por que isso faz ela também relaxar, ter um momento um pouco prazeroso [...] (P08).*

Além disso, a mãe ao ver seu filho brincando sente alívio e conforto, pois ela faz uma associação a um comportamento saudável, conforme citado por um profissional.

*“[...]em geral se associa no senso comum, o brincar à normalidade, então uma coisa que a gente repara é que a mães sentem um alívio muito grande quando elas veem os filhos brincando, tanto é que é muito comum elas tirarem fotos dos atendimentos” (P04).*

Para reforçar as percepções citadas acima são apresentados alguns trechos onde as mães relatam o que sentem ao presenciarem seus filhos no momento da brincadeira.

*“Ah, eu gosto por que deixa o meu filho alegre e me alegre também” (M07).*

*“Me senti tranquila. No momento da brincadeira ela fica muito feliz” (M05).*

*“Me sinto bem, saber que tem alguém dando atenção para o seu filho, é gratificante né!” (M06).*

Durante este estudo foi possível perceber que através da brincadeira, o ambiente hospitalar fica mais informal, facilitando as relações entre os acompanhantes e os profissionais. Foi possível observar ainda que os profissionais do Programa propiciam um acolhimento maior para as mães e demais acompanhantes, disponibilizando-se para conversar e tirar algumas dúvidas.

*“Muitas mães permanecem no hospital internadas juntamente com as crianças durante dias, semanas e até meses, dispondo apenas uma cadeira reclinável para dormirem durante a noite. A exaustão, o medo e angústia, permanecem estampados em seus rostos, o que parece ser um pouco amenizado pela leveza da brincadeira ou pelas conversas que as supervisoras do Programa têm com elas, ocorridas enquanto as crianças brincam com as brincantes ou em outros momentos” (Diário de campo - 09/07/2014).*

*“Durante a passagem das informações coletadas na triagem, uma estagiária comentou com o restante da equipe que ao conversar com a mãe de uma criança que estava bastante debilitada, notou que a acompanhante estava muito triste e inconformada com a situação de seu filho. Uma das supervisoras afirmou que iria procurar a mãe da criança e disponibilizar-se para conversar com ela. E assim o fez quando a atividade do brincar teve início, posteriormente, na UPI” (Diário de campo - 12/05/2014).*



Abaixo, alguns trechos retirados das falas dos profissionais reforçam a percepção citada acima através de recortes provenientes do diário de campo:

*“A intenção geral é que elas se sintam acolhidas, sintam que podem confiar em alguém, que em algum momento que precisem de uma ajuda, que saibam a quem se dirigir, às vezes é só essa a intenção” (P01).*

*“O ambiente do brincar propicia isso, porque no atendimento eu tô lá séria, mas não completamente, mas eu ‘tô’ numa postura mais profissional. No brincar eu fico mais liberta ‘pra’ fazer o que eu quiser. O ambiente fica mais leve, mais feliz, aí a mãe começa a contar sobre os filhos, sobre como foi a infância. Tem uma troca muito bacana” (P02).*

*“[...] essas mães, elas se aproximam muito da equipe do saúde e brincar, não só pela brincadeira, porque elas brincam com o filho, mas por que elas percebem que são pessoas que têm esse olhar. Que às vezes a mãe por vergonha, medo ou por não ter coragem de perguntar isso pro ‘fulano de tal’, tem coragem de perguntar pra ela que é do Saúde e Brincar que tá aqui brincando com o meu filho e que também é uma profissional de saúde. Então eu percebo isso, o Saúde e Brincar faz vínculos muito fortes e muito interessantes com os acompanhantes” (P05).*

Junqueira<sup>47</sup> aponta que durante o internamento a mãe aparece como uma figura de apoio à criança, porém também vivencia temores frente à doença, hospitalização e morte, o que geralmente contribui para fragilizar a relação entre eles. Conforme a autora, a mãe desempenha um papel fundamental na maneira como a criança vivencia a internação. Um vínculo forte entre mãe e filho auxilia na recuperação da criança à procura de um bem-estar. A autora disserta que a brincadeira traz benefícios a essa relação, principalmente, por que as mães associam o brincar a um comportamento rotineiro e por isso sentem-se mais aliviadas e aproximam-se mais de seus filhos. Além

disso, através do brincar a mãe permite a si mesma sair um pouco de perto filho e isso faz com que ela consiga ter um momento para ela.

O brincar facilita ainda as outras interações que ocorrem no hospital, contudo faz-se necessário primeiramente, tecer alguns comentários sobre os aspectos que permeiam este assunto.

Compreende-se que uma interação social é pautada a partir da maneira como o indivíduo se enxerga e, portanto se expressa, das impressões que ele tem dos outros e do cenário onde a interação ocorre<sup>25</sup>. É um caminho de mão dupla: a interação depende da percepção que se tem do outro e de como o outro reage. Aplicado a uma instituição hospitalar e entre pacientes, seus acompanhantes e profissionais, nota-se a existência de vários fatores que podem contribuir de maneira insatisfatória para as relações neste espaço social.

Primeiramente, a maneira como o indivíduo/paciente-acompanhante se vê pode ser consideravelmente influenciada por todas as sensações de medo, angústia, desamparo e estranhamento, provenientes do distanciamento do seu cotidiano, afastamento dos seus familiares e da entrada e/ou permanência em um ambiente altamente normatizado e hierarquizado como o hospital. E, em segundo lugar, como os outros/profissionais representam seus papéis. Tais representações podem estar intimamente ligadas ao tradicional modelo biomédico, onde o principal é uma preocupação com a patologia e a sua cura e o reconhecimento somente de fatores biológicos como causas das doenças.

Percebe-se que a brincadeira, enquanto uma atividade livre e espontânea<sup>57</sup>, ligada ao prazer e à criatividade, familiar à criança, e que possibilita a realização de escolhas, contribui diretamente amenizar as características de um espaço social compreendido muitas vezes como uma instituição total<sup>23</sup>. Dessa forma, a brincadeira permite e facilita a socialização em um espaço hospitalar, permitindo que a criança e seus familiares sintam-se mais acolhidos.

## 5. AMPLIANDO O CUIDADO EM SAÚDE ATRAVÉS DO BRINCAR

A saúde, sob a perspectiva da promoção, é compreendida não apenas como a ausência de doenças e enfermidades, como defende o tradicional modelo biomédico, mas também a partir de uma visão holística, que comporta os aspectos mentais, sociais, culturais e ambientais que fazem parte de qualquer contexto social onde o indivíduo esteja inserido. Torna-se relevante portanto, compreender de que maneira o brincar contribui para uma ampliação do cuidado em saúde dentro do hospital.

Ao realizar esta pesquisa, foi possível perceber toda criança pode e deve brincar, inclusive aquelas que possuem comprometimentos mais severos devido à patologia.

*“A brincante, segurando duas bonecas, entrou no box onde G estava internada. A menina que estava há 4 anos no hospital não se mexia sozinha e nem falava. Nesse momento a estagiária percebeu a minha presença, solicitou o meu auxílio para segurar um dos brinquedos e disse: ‘Quando eu falar você segura a boneca na altura dos olhos dela, para que ela possa ver. Nem muito perto, nem muito longe’. Então estagiária perguntou à menina: G vou mostrar duas bonecas diferentes pra você e a que você gostar, você pisca o olho duas vezes tá? A menina parecia estar atenta e então a estagiária prosseguiu: ‘Você quer brincar com qual boneca? Essa que tem cheiro de chocolate? Ou essa que está com a Ligia? (levantei a boneca e a menina olhou para ela e em seguida olhou para mim)’. A criança piscou duas vezes para a boneca pequena, com cheiro de chocolate, entretanto, a estagiária repetiu mais uma vez a pergunta e após obter a mesma resposta, disse: ‘Tô entendendo que você quer brincar com a boneca que eu mostrei, então vamos lá’. A brincadeira teve início e assim que a brincante aproximou a boneca do nariz da menina, repetindo que ela tinha cheiro de chocolate, a criança sorriu imediatamente e assim continuou reagindo sempre que a boneca estava próxima. Ambas continuaram brincando até o momento*

*em que a criança virou o rosto e fechou os olhos, indicando que não gostaria mais de brincar.”*

*(Diário de campo - 19/05/2014).*

*“Hoje observei uma criança chamada P, 9 anos de idade, internada na CIPE por conta de uma cirurgia na coluna e que por isso permanecia deitada em decúbito ventral (barriga para baixo) há pouco mais de uma semana. Durante a triagem, P demonstrou interesse em brincar e solicitou à estagiária que trouxesse uma boneca. A brincante então levou o que a criança havia solicitado e ainda um estojo de maquiagem, que permitiam P brincar na posição em que estava. Assim que viu o brinquedo, a criança expressou nitidamente sua alegria. A brincadeira teve início e tanto brincante quanto criança brincaram ativamente. Assim que terminou de pintar a boneca, P olhou para mim sorrindo e disse: “Olha como ela tá bonita”. Aos nos despedirmos ela entregou a boneca e disse com um tom de satisfação: “Já ‘tava’ com saudade de brincar”*

*(Diário de campo – 04/06/2014).*

A brincadeira remete a uma atividade que é parte da infância, o que faz com que a criança internada seja vista como uma criança no sentido pleno pela equipe que a atende, para além da sua patologia e das limitações impostas por ela. Através de algumas percepções dos profissionais entrevistados isso ficou explícito.

*“Eu acho que assim nos outros espaços a gente começa a perceber muito isso, que a criança começa a ser alguém para aquela equipe a partir do momento que eles veem nossa ela é uma criança que brinca, é uma pessoa que tá ali, não é só aquela pessoa que fica gritando, que não quer saber de tomar remédio, começam a entender assim que ela tá ali” (P03).*

*“A criança dentro do hospital, pode ser qualquer pessoa, que quando passa muito tempo em uma instituição passa aos poucos a ser desumanizada. E quando é uma criança, você pode em algum momento esquecer que é uma criança, o profissional esquecer que ali está um ser em desenvolvimento, com tantas necessidades, então às vezes, só esse momento de você vê uma criança sendo criança, já desperta o profissional para uma outra situação” (P01).*

*“O brincar é importante para que os outros profissionais vejam que a criança não é só uma pessoa doente, acho que é muito isso, de repente, a gente começa a ver os profissionais brincando com a criança” (P02).*

Outro aspecto a ser ressaltado diz respeito sobre como o brincar contribui para formação dos profissionais que trabalham diretamente com o brincar.

*“Depois que eu comecei a participar do programa mudei muito a minha forma de como chegar na criança e como estar com ela também. Antes eu imaginava assim, de uma forma do senso comum, que a gente não precisa ficar explicando ‘pra’ criança porque ela é muito pequena e não vai entender certas coisas que a gente ‘tá’ fazendo e acho que o Programa me ensinou muito a explicar ‘pra’ as crianças o que tá sendo feito com elas por mais que seja uma brincadeira ou um procedimento mais estruturado. Me ensinou também a ver como que essa criança responde por mais que ela não fale de uma forma verbal” (P03).*

*[...] é uma outra valorização desse lugar do brincar. A gente aprende sobre várias teorias na faculdade. É claro que como eu atendia criança, sempre utilizava o brincar. Mas eu atendia mais com a lógica de tentar ver o que a criança ‘tava’ trabalhando ali, tentar guiar um*

*tratamento. É diferente de você olhar e perceber que a atividade em si é terapêutica, em si tá fazendo bem a ela, independente se você entendeu ou não o que ela quis dizer. Ela poder brincar já é importante” (P01).*

Além disso, ao introduzir um olhar mais ampliado do cuidado a brincadeira contribui para que a criança ressignifique o internamento e os processos de saúde e doença.

*“[...] uma criança que vem desde cedo a um hospital e encontra um modelo mais ampliado de olhar e atenção vai significar não apenas o hospital, mas a saúde de uma outra forma como nós significamos. Porque ela vai sentir que é um espaço que ela pode questionar, que ela pode utilizar, que ela pode e deve participar, que a saúde dela depende dela e não apenas de algo que vão dar ‘pra’ ela, que tem a ver com uma série de outras questões[...]” (P03).*

Para as mães das crianças internadas, a atividade de brincar também contribui para que a criança tenha uma percepção diferenciada do ambiente hospitalar e do tratamento.

*“[...] as crianças passam por esses momentos difíceis, tem que ter uma coisa diferente no hospital, pra que elas vejam que no hospital não é só sofrimento” (M02).*  
*“Muda um pouco aquela rotina de mal-estar que eles sentem o tempo todo, pressionado pelos médicos, e mexe daqui, dali, ficam com um pouco de medo, então o brincar descontraí. Vem pessoas, mas que não fazem nada daquilo. Então isso foi muito bom pra ela, por que ela sabe que quando vem pra cá, pode brincar também [...]” (M04).*

Portanto, observa-se que o brincar também auxilia na ressignificação da doença por parte dos sujeitos, como nos diz Santa Roza<sup>56</sup>, influenciando diretamente na maneira

como a criança percebe a sua condição de adoecimento e internamento<sup>68</sup>. Nesse contexto, Ceccim<sup>30</sup> mostra que ofertar à criança um acolhimento de seus desejos, ansiedades e medos, propiciará a produção de percepções sobre si e também uma construção positiva sobre a saúde.

Entende-se que o brincar propicia à criança a oportunidade de receber um cuidado integral que a reconheça como um sujeito de direito na sociedade, com todas as suas singularidades e limitações. Tal cuidado pressupõe que a manutenção da saúde e da qualidade de vida são imprescindíveis durante a hospitalização, independentemente da patologia, contribuindo significativamente para a construção de um espaço onde o cuidado é ampliado, que busca a compreensão da doença a partir do entendimento dos sujeitos com todas as suas particularidades e seus contextos.

Pensar em promoção da saúde no ambiente hospitalar é extremamente pertinente especialmente quando neste espaço existem crianças que permanecem internadas durante longos períodos ou que internam-se constantemente ao longo de suas vidas. O hospital nestes casos transforma-se no único ou no principal cenário onde transcorrem suas vidas e onde suas atividades diárias são realizadas.

Como vimos, a brincadeira e o brincar contribuem diretamente para que a criança vivencie a hospitalização de uma maneira diferenciada. Possibilita a continuidade e o desenvolvimento de diversas habilidades, propicia momentos de alegria, prazer, alívio de tensões e relaxamento; além de proporcionar contato com uma linguagem simples e familiar que permite à criança expressar suas vontades, medos, desejos e anseios e compreender os processos de adoecimento, hospitalização e morte, independentemente do seu estado de desenvolvimento. Além disso, contribuem para que ela saia da condição passiva de objeto de tratamento para ocupar um papel mais ativo perante a hospitalização. Benefícios estes que melhoram a qualidade de vida da criança e contribuem para seu bem-estar físico e emocional, e também para que ela tenha uma maior autonomia e participação no processo de internamento.

O estudo no IFF permitiu observar in loco a importância e o papel do brincar dentro de um ambiente hospitalar complexo. Ao criar ou recriar um ambiente familiar das crianças e de seus acompanhantes traz inúmeros benefícios, à medida que facilita e fortalece as interações e os cuidados, permitindo que as crianças vivenciem este cenário a partir de outra perspectiva.

Convém ressaltar que no IFF o brincar constitui-se como uma atividade rotineira, sistematizada e bem estruturada dentro de um programa que oferece sustentabilidade a uma rede de profissionais comprometidos com um olhar ampliado

sobre a saúde e o cuidado. Pessoas que refletem sobre suas ações, estão em constante aperfeiçoamento profissional e que formam e capacitam outros profissionais.

O brincar, portanto, desempenha um importante papel na ampliação do cuidado para crianças internadas em um ambiente hospitalar, pois proporciona à criança dispor um cuidado, uma escuta e um acolhimento que ultrapassa os limites físicos do adoecimento. Além disso, traz uma compreensão ampliada da saúde não como a ausência da doença, mas como um conjunto de aspectos psíquicos, sociais, culturais e ambientais, direcionando o olhar dos profissionais para estas questões e fazendo com que a criança perceba a sua saúde de uma forma mais positiva.



## 6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva CS. Promoção da saúde na escola: modelos teóricos e desafios da intersectorialidade no Município do Rio de Janeiro. / Carlos dos Santos Silva. Rio de Janeiro: s.n., 2010.
2. Salazar L. Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud, Guía de Evaluación Rápida. CEDETES, Universidad del Valle, Cali, Colômbia, 2004.
3. Cecilio LCO. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais publicos, In: Merhy EE, Onocko R. Agir em saude: um desafio para o publico. Sao Paulo: Hucitec; 2006.
4. Silva MAM; et al. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília; 64(3): 596-9, 2011.
5. WHO-World Health Organization. Health Promotion in Hospitals: Evidence and Quality Management, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
6. WHO- World Health Organization. Putting PHP Policy into action. Working paper of the WHO Collaborating Center on Health Promotion in hospitals and health care. Vienna: University of Vienna 2006.
7. WHO-World Health Organization. Health Topics: health promoting hospitals, 2008.
8. Whitehead D. The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? Health Promotion International, v.19, n.2. Oxford University, 2004.
9. Health Promotion for Children and Adolescents in & by Hospitals (HPH-CA).Template for Description of Good Practices Edited by: Peter Nowak, Hermann Schmied (Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine, University of Vienna, Austria). In collaboration with: HPH-CA Task Force on Health Promotion for Children and Adolescents in & by Hospitals. Florence, Italy, April, 2007.
10. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. [online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em:< <http://www.datasus.org.br>>. Acesso em: Agosto de 2014.

11. Santa Roza E. Um desafio às regras do jogo. Da análise na infância ao infantil na análise. In: E Santa Roza & ES Reis Rio de Janeiro (pp. 161-188), 1997.
12. Oliveira H. A Enfermidade Sob o Olhar da Criança Hospitalizada. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 326-332, jul/set, 1993.
13. Aujoulat I. Health promotion needs of children and adolescents in the hospital: exploration of current knowledge and practice. Tuscany Network of Health Promoting Hospitals; Firenze, Fondazione Meyer, May 2003.
14. Mitre RM. Brincando para viver: um estudo sobre a relação entre a criança gravemente adoecida e hospitalizada e o brincar [dissertação]. Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2000.
15. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069/90, de 13 de julho de 1990. São Paulo: CBIA-SP, 1991.
16. Whitebread D, et.al. The importance of play: A report on the value of children's play with a series of policy recommendations Written for Toy Industries of Europe (TIE). University of Cambridge, April 2012.
17. Alexander S, et.al. Playing for health? Revisiting health promotion to examine the emerging public health position on children's play. Oxford University Press Health Promotion International, Vol. 29 No. 1, 2012.
18. Foucault M. O nascimento da clínica. 5a. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
19. Gomes ILV. A criança hospitalizada, seus direitos e as relações interpessoais no cuidado e tratamento: caminhos e descaminhos / Ilvana Lima Verde Gomes. – 2006.
20. Foucault M. Microfísica do poder. 19a. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
21. Capobianco CSM. O corpo em off: a doença e as práticas psi na pediatria hospitalar. São Paulo: Estação Liberdade. 247p. 2003.

22. Pitta AMF. Hospital: dor e morte como ofício. 3a. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
23. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1987.
24. Santos R. Interações, Poder e Instituições Totais: a narrativa de primo Levi e a microssociologia de Erving Goffman. Rev. Sociol. Polít., Curitiba, v. 17, n. 34, p. 231-240, out. 2009.
25. Goffman E. A representação do eu na vida cotidiana. Petrópolis: Vozes, 1983.
26. Mitre RM. A experiência da promoção do brincar em hospitais [tese]. Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2004.
27. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Caderno de Saúde pública, Rio de Janeiro, v.15, n. 3, p 647-654, jul-set, 1999.
28. Canguilhem G. O normal e o patológico. 5ª. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 307p. 2002.
29. Rodrigues JC. “Os Corpos e a Antropologia”. In: Minayo, M.C.S.; Coimbra Jr., C.(orgs) Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz;, p.157-182. 2005.
30. Ceccim RB. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: Ceccim RB, Carvalho PRA. (Orgs.). Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, p.27-41. 1997.
31. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. 1996/1997 Publicado em Saúde Paidéia. São Paulo, Editora Hucitec, 2002.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo

Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed.– Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 52 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2006.

33. Buss PM. Promoção da Saúde na infância e adolescência. Rev. Bras. Saúde matern. Infant., Recife, 1(3): 279-282, set.-dez., 2001.

34. Rollo AA. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2006.

35. Aujoulat I, Simonelli F, Deccache A. Health promotion needs of children and adolescents in hospitals: A review. Patient Education and Counseling. 2006

36. Ariés P. História social da criança e da família. 2a. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

37. Cunha LDL. Os clássicos da “literatura” sociológica infantil: as crianças e a infância de acordo com Marx, Weber, Durkheim e Mauss. PLURAL, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP, São Paulo, v.20.1, pp.83-98, 2013.

38. Durkheim É. Educação e Sociologia. Lisboa: Edições 70, 2007.

39. Dias S da C. A emergência da Sociologia da Infância: rupturas conceituais no campo da Sociologia e os paradoxos da Infância na contemporaneidade; Veras revista acadêmica de Educação do ISE Vera Cruz v.2, n.1, 2012.

40. Sirota R. Emergência de uma sociologia da infância: evolução do objeto e do olhar. Cadernos de Pesquisa Fundação Carlos Chagas; 112:7-31. 2001.

41. Montandon C. Sociologia da infância: balanço dos trabalhos em língua inglesa. Cadernos de Pesquisa Fundação Carlos Chagas; 112:33-60, 2001.

42. Corsaro W. The sociology of childhood. California: Pine Forge, 1997.

43. Lau B. Stress in children: can nurses help? Pediatr Nurs 28:13–9, 2002.

44. Black MM. Society of pediatric psychology presidential address: opportunities for health promotion in primary care. *J Pediatr Psychol*; 27:637–46, 2002.
45. Silva SMM. Atividades lúdicas e crianças hospitalizadas por câncer: o olhar dos profissionais e das voluntárias. In: Bomtempo, Edda; Antunha, Elsa Gonçalves; 2006.
46. Miyake RS, Reis AG, Grisi RS. Sedação e analgesia em crianças. *Rev Assoc Med Bras*; 44:56-64, 1998.
47. Junqueira MFPS. A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiência. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 193-197, 2003.
48. Oliveira MCD. Brincar no hospital: um encontro possível. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Unesp, São Paulo, 2005.
49. Neto AC. Crianças hospitalizadas: aspectos emocionais. *Pediatria Atual*, v. 2, n.5, p. 8-15, set./out., 1989.
50. Matos ELM. *Pedagogia Hospitalar: a humanização integrando educação e saúde*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
51. Pérez-Ramos AMQ. O ambiente na vida da criança hospitalizada. In: Bomtempo E, Antunha EG, Oliveira VB. *Brincando na escola, no hospital, na rua*. 2.ed. Rio de Janeiro: Wak editora, p. 111-127, 2008.
52. Mello DB, Moreira MCN. A hospitalização e o adoecimento pela perspectiva de crianças e jovens portadores de fibrose cística e osteogênese imperfeita. *Ciência & Saúde Coletiva*. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, v.15, num, 2, Marzo, pp.453-461, 2010.
53. Perosa GB, Gabara LM. Explicações de crianças internadas sobre a causa das doenças: implicações para a comunicação profissional de saúde-paciente. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.8, n.14, p.135-47, 2004.
54. Brewster A. Chronically ill children's concepts of their illness. *Pediatrics*; 69:355–62. 1982.

55. Soares MRZ. Hospitalização infantil: análise do comportamento da criança e do papel da psicologia da saúde. *Pediatria Moderna*. v. 37 n. 11, Nov. 2001.
56. Santa Roza E. Quando brincar é dizer: a experiência psicanalítica na infância. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
57. Huizinga J. *Homo Ludens*. São Paulo: Perspectiva, 1980.
58. Brougère G. *Brinquedo e cultura*. São Paulo: Cortez, 2006.
59. Caldeira VA, Oliver FC. A criança com deficiência e as relações interpessoais numa brinquedoteca comunitária. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*; 17(2): 98-110, 2007.
60. Almeida FA. Lidando com a morte e o luto por meio do brincar: a criança com câncer no hospital. *Bol. psicol. dez.*, vol.55, no.123, p.149-167, 2005.
61. Kishimoto TM. A importância do jogo para a educação infantil. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 3:121-139, 1992.
62. Winnicott D, *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
63. Souza BL, Mitre RMA. O Brincar na Hospitalização de Crianças com Paralisia Cerebral. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Abr-Jun, Vol. 25 n. 2, pp. 195-201, 2009.
64. Medrano CA. *Saúde Pública, Psicanálise e Infância: Do silêncio ao brincar [dissertação]*. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
65. Pereira AM, et.al. Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria\* *Pensar Enfermagem* Vol. 14 N.º 1 1º Semestre de 2010.
66. Instituto de Apoio à Criança. Carta da criança hospitalizada. Disponível em: <<http://www.iacrianca.pt/carta-da-crianca-hospitalizada>>. Acesso em: Outubro 2014.
67. Brasil. Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento

pediátrico em regime de internação. Diário Oficial da União, Brasília, 22 mar.Seção 1, p. 1. 2005.

68. Ferreira NAS, et.al. Representação social do lúdico no hospital: o olhar da criança. *Journal of Human Growth and Development*; 24(2): 188-194, 2014.

69. Vila ACD, Vila VSC. Tendências da produção do conhecimento na educação em saúde no Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 15(6):1177-83, 2007.

70. Motta AB, Enumo SRF. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicol Estud*; 9(1):19-28, 2004.

71. Moreira MCN, Macedo AD. A construção da subjetividade infantil a partir da vivência com o adoecimento: a questão do estigma. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 55, n. 1, p. 31-41, 2003.

72. Santos DR. The play process of the hospitalized child, guided by the ludic model\**Cogitare Enferm. Jul/Set*; 19(3):571-4,2014.

73. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

74. Becker HS. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais; trad. Marco Estevão, Renato Aguiar – São Paulo: Hucitec, 1993.

75. Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos /Robert K. Yin; trad Daniel Grassi. -3 eds. – Porto Alegre: Bookman, 2005.

76. Parra-Filho D, Santos JA. Metodologia científica. São Paulo: Futura, 1998.

77. Da Matta, R. Ofício do etnólogo ou como ter anthropological blues. In *Aventura Sociológica*. p.23-35, Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

78. Velho G. Observando o familiar. In: *Individualismo e cultura: notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea*, (cap.9) pp.121-132, Rio de Janeiro. Jorge

Zahar Editor, 1994.

79. Laplantine, F. Aprender antropologia. São Paulo: Brasiliense, 205 p., 2005.

80. Giddens A. A constituição da sociedade. São Paulo: Martins Fontes. 458p. 1984.

81. Bardin L. Análise de conteúdo/ Laurence Bardin; tradução Luís Antero Reto. Lisboa: Edições 70, 2011.

82. Sampaio et.al. Sentimento dos acompanhantes de crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos: vivências no perioperatório. Rev.Min.Enferm.13(4), 558-564, out/dez,2009.

83. Bonet O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Introdução (pp.15-21) e capítulo 2 (pp.45-82), 2004.