

A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR NO AMBIENTE HOSPITALAR

Andressa Ranzani Nora Mello*

Keila Maria Ramazotti**

RESUMO

Realizado por meio de revisão de literatura, este estudo focaliza o brincar para a criança hospitalizada e, nessa direção, os três capítulos que o compõem discorrem, respectivamente, sobre: a relevância do brincar; a questão da dor e da hospitalização da criança; o brincar e sua importância no contexto da internação hospitalar infantil. Brincar é uma das atividades essenciais para o desenvolvimento físico, emocional e social da criança. Apesar da reconhecida importância desta atividade, durante o processo de hospitalização ela é pouco valorizada, conseqüentemente não se encontra entre as ações terapêuticas previstas. O brincar beneficia não apenas a criança, ajudando-a no entendimento do que está acontecendo, liberando temores, tensões e ansiedade, como também ao enfermeiro e ao hospital. Chegou-se à conclusão de que o brinquedo no contexto da hospitalização infantil assegura a continuidade do desenvolvimento da criança, que pode apreender o sentido das vivências por meio do brincar e da dramatização, revelando-se um instrumento de trabalho para os profissionais da saúde e para os psicopedagogos.

Palavras-chave: Atividades Lúdicas; Crianças; Internação Hospitalar.

* Farmacêutica com Análises Clínicas pela PUCCAMP. Mestre em Ciências (Química) pela Universidade de São Paulo. Especialista em Homeopatia pelo IHFL. Docente do CEETPS e UNIFAE. E-mail: anmello@hotmail.com.

** Administradora de Empresas pela UNIFEOB. MBA em Administração e Logística pela UNINTER. Docente do CEETPS. E-mail: keilaramazotti@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

De acordo com Vygotsky (1998), todas as atividades fantasiosas e imaginárias, aparecem de forma indireta manifestações de regras, e todos os jogos e brinquedos regrados estabelecem situações imaginárias. O brinquedo, segundo o autor, auxilia muito a criança em seu desenvolvimento cognitivo, pois essas ações fantasiosas estimulam nitidamente seu processo de evolução cultural e criativo.

Ao brincar, a criança aumenta seu quadro de experiências. Nas brincadeiras a criança terá a oportunidade de reviver situações de seu mundo cotidiano e real, construindo, dessa maneira, sua marca pessoal e sua personalidade (VYGOTSKY, 1998).

No entendimento de Leite & Shimo (2008, o cuidado às necessidades emocionais de crianças hospitalizadas vem merecendo atenção dos profissionais de enfermagem no Brasil, apesar de ainda não ser de forma generalizada. Segundo os autores, a literatura científica tem indicado que os enfermeiros estão se preocupando mais com fatores emocionais das crianças diante da hospitalização, podendo-se observar o enfermeiro preocupado em desenvolver atividades de orientação, promoção e recuperação da saúde com crianças internadas, através do lúdico.

Mitre & Gomes (2004), entendendo que a hospitalização na infância pode ser uma experiência muito traumática, afastando a criança de sua vida cotidiana, do ambiente familiar e promovendo um confronto com a dor, a limitação física e a passividade, aflorando sentimentos de culpa, punição e medo da morte, defendem que se torna necessário que a criança possa dispor de instrumentos de seu domínio e conhecimento. E, nesse contexto, o brincar surge como uma possibilidade de expressão de sentimentos, preferências, receios e hábitos; mediação entre o mundo familiar e situações novas ou ameaçadoras; e elaboração de experiências desconhecidas ou desagradáveis (MITRE & GOMES, 2004).

A realização deste estudo fundamenta-se nas pontuações teóricas de Maluf (2009), ao afirmar que estudos e pesquisas têm comprovado a importância das atividades lúdicas no desenvolvimento das potencialidades humanas das crianças, proporcionando condições adequadas ao seu desenvolvimento físico, motor,

emocional, cognitivo e social, e que, sobretudo, a possibilidade de brincar atenua o sofrimento, sobretudo no período da infância. Assim, uma das formas de amenizar o sofrimento das crianças é o uso do brinquedo no hospital, beneficiando não somente a criança, ajudando-a no entendimento do que está acontecendo, liberando temores, tensões e ansiedade, como também ao enfermeiro e ao hospital.

Neste trabalho tem-se como objetivo geral discorrer sobre a importância do brincar para a criança hospitalizada e, para tanto, os objetivos específicos almejam: focalizar a importância do brincar; abordar a questão da dor e da hospitalização da criança; comentar sobre o brincar e sua importância no contexto da internação hospitalar infantil.

Para sua elaboração, este estudo contou com uma ampla revisão de literatura, apoiada em livros, artigos e periódicos que abordam o tema aqui analisado.

Espera-se que este trabalho sirva de impulso para futuras pesquisas a respeito, por tratar-se de um tema de grande interesse tanto para a área de saúde como para a psicopedagógica.

CAPÍTULO I

A RELEVÂNCIA DO BRINCAR

Desde os primórdios da educação greco-romana, com fundamento nas ideias de Platão e Aristóteles, utilizava-se o brinquedo na educação. Associando a ideia de estudo ao prazer, Platão sugeria ser, o primeiro, ele mesmo, uma forma de brincar.

Na Antiguidade, segundo Vial apud Wajskop (1997), utilizavam-se dados, assim como doces e guloseimas em forma de letras e números, para o ensino das crianças. A importância da educação sensorial nesse período determinou, portanto, o uso do “jogo didático” por professores das mais diferentes áreas, como filosofia, matemática, estudo das línguas e outros. Contudo, foi somente com a ruptura do pensamento romântico que a valorização da brincadeira ganha espaço na educação das crianças pequenas. Antes, a brincadeira era geralmente considerada como fuga ou recreação e a imagem social da infância não permitia a aceitação de um comportamento infantil, espontâneo, que pudesse significar algum valor em si.

Com os trabalhos de Comenius, Rousseau e Pestalozzi nasce um novo sentimento da infância que protege as crianças e que auxilia este grupo etário a conquistar um lugar enquanto categoria social. Dá-se início à elaboração de métodos próprios para sua educação, seja em casa, seja em instituições específicas para tal fim. Tal valorização, amparada em uma concepção idealista e protetora da infância, aparecia em propostas educativas dos sentidos, fazendo uso de brinquedos e centradas no divertimento.

Segundo Brougère apud Wajskop (1997), a nova concepção de criança é marcada pela ideia de um ser vinculado a uma verdade que lhe revela o sentido do mundo de maneira espontânea e cujo contato social ameaça destruir. A valorização da brincadeira infantil apoia-se no mito da criança portadora de verdade, cujo comportamento verdadeiro e natural é o seu brincar, desprovido de razão e desvinculado do contexto social. Por outro lado, a valorização crescente da criança no seio da família nuclear em desenvolvimento, assim como as necessidades educacionais de seu controle e orientação, criam um vínculo estrito entre a brincadeira e sua educação.

A partir desse período, a criança passou a ser cidadão com imagem social contraditória, visto que ela era, ao mesmo tempo, o reflexo do que o adulto e a sociedade queriam que ela fosse e do que temiam que ela se tornasse. As crianças eram vistas, ao mesmo tempo, livres para desenvolverem-se e educadas para não exercerem sua liberdade. Ao mesmo tempo, ocorre a transformação no papel da mulher na força de trabalho, que apontava para soluções educacionais alternativas para o cuidado das crianças que ficavam abandonadas em suas casas ou pelas ruas das cidades nascentes (WAJSKOP, 1997).

Com a influência das ideias de Rousseau, na França, foram criados vários brinquedos educativos utilizando princípios da educação sensorial com o objetivo de estudar crianças deficientes mentais e cujos conhecimentos foram, depois, utilizados para o ensino das crianças sem deficiência.

Para Kishimoto (2002) o brincar não é uma dinâmica interna da pessoa, mas se trata de uma atividade dotada de uma significação social precisa que, assim outras tantas, requer aprendizagem. Para a autora, a cultura lúdica é antes de tudo um conjunto de procedimentos que permitem tornar o jogo possível. Tal cultura é composta por esquemas e conteúdos que revestem estruturas gerais, sob a forma de um personagem e produzem jogos particulares em função dos interesses das crianças, das modas, da atualidade.

Na visão de Sarmiento & Pinto (1997), a vida infantil é constituída pelo mundo do brinquedo, um mundo criado pelas crianças, onde ela mesma se auto-cria. Portanto, a utilização do brinquedo e da brincadeira no cotidiano das instituições deve estar associada a atividades criativas, autônomas e imaginativas e, simultaneamente, estar em constante relação com as atividades criativas do trabalho e de aprendizagem formal.

A brincadeira não é uma atividade inata, mas, sim, uma atividade social e humana e que supõe contextos sociais, a partir dos quais as crianças recriam a realidade através da utilização de sistemas simbólicos próprios. É uma atividade social aprendida através das interações humanas. A brincadeira constitui-se uma atividade sócio-cultural, pois ela se origina nos valores e hábitos de um determinado grupo social, onde as crianças têm a liberdade de escolher com o quê e como elas querem brincar. É através do lúdico que a criança vive seu próprio corpo, relaciona-se com o outro e o mundo ao seu redor. O lúdico é uma necessidade humana e

proporciona a integração com o ambiente onde vive, sendo considerado como meio de expressão e aprendizado (SARMENTO & PINTO, 1997).

Também contribuindo para essa discussão, Oliveira (2002) postula que a brincadeira é um recurso privilegiado de desenvolvimento da criança pequena por ativar e desenvolver processos psicológicos, de modo especial a memória e a capacidade de expressar elementos com diferentes linguagens, de representar o mundo por imagens, de tomar o ponto de vista de um interlocutor e ajustar seus próprios argumentos através do confronto de papéis que nele se estabelece, de ter prazer e de dividir situações de intensa emoção e afetividade.

Segundo a autora:

A brincadeira favorece o equilíbrio afetivo da criança e contribui para o processo de apropriação de signos sociais, criando condições para uma transformação significativa da consciência infantil, por exigir das crianças formas mais complexas de relacionamento com o mundo, o que ocorre devido às características da brincadeira: a comunicação interpessoal que ela envolve não pode ser considerada “ao pé da letra”; sua indução a uma constante negociação de regras e à transformação dos papéis assumidos pelos participantes faz com que seu enredo seja sempre imprevisível (OLIVEIRA, 2002:160).

É por intermédio da brincadeira que a criança pequena exercita capacidades nascentes, como a de representar o mundo e de distinguir entre pessoas, possibilitadas especialmente pelos jogos de faz-de-conta e os de alternância, respectivamente. Ao brincar, a criança passa a compreender as características dos objetos, seu funcionamento, os elementos da natureza e os acontecimentos sociais. Para a referida autora, a brincadeira infantil beneficia-se de suportes externos para sua realização: rituais interativos, objetos e brinquedos, organizados ou não em cenários (casa de bonecas, hospital, etc.), que contêm temas e regras (OLIVEIRA, 2002).

Importante citar aqui que para o psicólogos soviéticos seguidores da teoria de Vygotsky (1998) o brincar favorece a socialização de muito modos:

1. Habilidades, papéis e valores necessários à participação da criança na vida social são por ela internalizados durante as brincadeiras em que ela imita comportamentos adultos (por exemplo, ao brincar de “escolinha”, de “casinha”, de “ônibus”, de “loja”, etc., a criança estará internalizando “regras” de comportamento).

2. Existem situações no brinquedo que levam a criança à auto-avaliação; por exemplo: quando ela, pela primeira vez, se compara às outras, observa que se saiu bem num jogo, que foi a mais rápida numa corrida, que tem habilidade para apanhar ou lançar uma bola, etc.

3. Outras situações permitem desenvolvimento moral; por exemplo: quando a criança, por si mesma, procura ajudar um companheiro.

4. Os jogos com regras, à medida que estas são internalizadas pela criança, levam-na à subordinação de seus impulsos, ao autocontrole, desenvolvem sua autodeterminação.

5. O brinquedo dá origem a situações imaginárias que irão libertando a criança das limitações da percepção das situações concretas em que ela se encontra, permitindo-lhe atuar a partir de representações mentais. Nas brincadeiras de “faz-de-conta”, por exemplo, a criança age numa situação que é definida pela brincadeira (tal como o “cavalo” que ela está montando) e não pelos elementos concretamente presentes (o cabo de vassoura).

6. O conflito entre o desejo infantil de dominar os “objetos humanos”, tal como o adulto os domina, e a incapacidade infantil de realizá-lo de imediato é resolvido na situação imaginária do brinquedo. Conflitos e tensões entre os desejos infantis e suas limitações (em grande parte impostas pelos adultos) são resolvidos no brinquedo.

Na definição de Maluf (2009:21) “toda e qualquer animação que tem como intenção causar prazer e entretenimento em quem a pratica”.

A atividade lúdica pode ser uma brincadeira, um jogo ou qualquer outra atividade que vise proporcionar interação. Porém, mais importante do que o tipo de atividade lúdica é a forma como ela é dirigida e vivenciada, e o porquê de sua realização.

Para Schaefer apud Maluf (2009):

As atividades lúdicas promovem ou restabelecem o bem-estar psicológico da criança. No contexto de desenvolvimento social da criança, tais atividades são parte do repertório infantil e integram dimensões da interação humana necessária na análise psicológica (regras, cadeias comportamentais, simulações ou faz de conta, aprendizagem observacional e modelagem) (SCHAEFER apud MALUF, 2009:22).

Toda a atividade lúdica pode ser aplicada em diversas faixas etárias, mas pode sofrer intervenção em sua metodologia de aplicação, na organização e nas suas estratégias, de acordo com as necessidades peculiares das faixas etárias. As atividades lúdicas têm capacidade de desenvolver várias habilidades na criança, proporcionando-lhe divertimento, prazer, convívio profícuo, estímulo intelectual, desenvolvimento harmonioso, autocontrole e autorrealização (MALUF, 2009).

Cabe mencionar aqui a importância da brinquedoteca, entendida como “espaço preparado para estimular a criança a brincar, possibilitando o acesso a uma grande variedade de brinquedos. É um lugar onde tudo convida a explorar, a sentir, a experimentar” (CUNHA, 2006:01).

A brinquedoteca pode apresentar diversos objetivos, que podem variar de acordo com suas preocupações específicas, dependendo do contexto nas quais foram criadas e no qual estão inseridas:

- estimular o desenvolvimento integral das crianças;
- valorizar o brincar e as atividades lúdicas;
- possibilitar à criança o acesso a vários tipos de brinquedos e de brincadeiras;
- enriquecer as relações familiares, através da participação dos adultos nas atividades infantis;
- emprestar brinquedos;
- desenvolver hábitos de responsabilidade e cooperação entre as crianças e entre crianças e adultos.

Devendo ser vista e praticada como instituição que tem por base uma proposta educacional; um local direcionado para a criação de um clima especial, mágico, lúdico, onde a criatividade, o afeto, a imaginação e a aprendizagem imperam, pode-se encontrar brinquedotecas em locais diversificados, segundo Cunha (2006):

- em hospitais: neste local são destinadas a amenizar o sofrimento das crianças internadas;

- terapêuticas: com a função de auxiliar no trabalho com crianças portadoras de deficiências;
- anexas a Universidades: destinadas a realizar pesquisas sobre o desenvolvimento infantil e onde são testados novos brinquedos e brincadeiras;
- comunitárias: privilegiando o estímulo das relações de vizinhança;
- em clínicas psicológicas: atuando no tratamento de crianças com dificuldades de comportamento, entre outros transtornos.

Ratificando o até aqui exposto, Wassermann (1994) vem afirmar que as crianças aprendem de inúmeras maneiras; aprendem através da observação, e mesmo as crianças muito jovens são observadores atentos que adquirem dados e os processam sem qualquer intervenção por parte dos adultos. A autora comenta que o jogo é outra área que fornece terreno fértil para a aprendizagem das crianças. Embora a observação, a audição e o exemplo ensinem muitas coisas às crianças, apenas o jogo permite um envolvimento ativo, experimental: testar e experimentar, manipular variáveis, reunir dados em múltiplos contextos diferentes e interpretar dados para desenvolver o entendimento dos conceitos.

Winnicott apud Kuwahara (2004:02) assim afirma: "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."

Kuwahara (2004) ensina que fundamental compreender o lugar que o jogo ocupa para que, assim, possa ser utilizado de modo adequado, pois ele somente é educativo quando o educador o desenvolve com o objetivo e intencionalidade, caso contrário é apenas uma brincadeira.

Piaget apud Kuwahara (2004) analisou os jogos e classificou-os conforme a evolução das estruturas mentais:

- Jogos de exercícios - de zero a 2 anos:

Na criança trata-se de uma fase caracterizada pela satisfação das necessidades básicas. Sendo assim, o jogo configura-se em rituais ou manipulações de objetos em função dos desejos e hábitos motores da própria criança. Aos poucos, a criança vai ampliando seus esquemas, adquirindo cada vez mais prazer através de suas ações. O prazer é que traz significado para as suas ações.

- Jogos de Símbolos - 2 a 7 anos:

É o período do faz de conta, da representação, do teatro, onde uma coisa simboliza outra; onde uma vassoura pode virar um cavalo, e ao brincar com as bonecas pode representar o papel de mãe. Os jogos simbólicos possuem características próprias, que são: liberdade de regras, desenvolvimento da imaginação e fantasia, ausência de objetivos, ausência de uma lógica da realidade, adaptação da realidade aos seus desejos.

- Jogos de Regras - a partir dos 7 anos:

Neste estágio o convívio social é mais interessante e as obrigações são impostas por intermédio das relações de reciprocidade e cooperação do grupo. O jogo de regras é necessário para que as convenções sociais e os valores morais de uma cultura sejam transmitidos. As estratégias de ação, a tomada de decisão, a análise dos erros, lidar com perdas e ganhos, replanejar jogadas em função dos movimentos dos adversários é importante para o desenvolvimento das estruturas cognitivas de cada pessoa.

CAPÍTULO II

A QUESTÃO DA DOR E DA HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA

Na definição de Pires (2006), a dor é uma sensação de desconforto resultante da estimulação de terminações nervosas específicas; a dor é uma expressão de defesa contra algo que não está como deveria estar.

A dor é sentida de forma única para cada indivíduo, estando determinada por vários fatores contextuais, como bem explica Pires (2006):

- No campo biológico, um dos fatores é a hereditariedade, principal fonte de problemas, ou seja, da predisposição ao desenvolvimento de um sintoma.
- No campo cognitivo, tem-se que quanto mais tenra a idade menor a definição e localização da dor; já as crianças da pré-escola podem expressar-se com mais clareza, localizam melhor a dor e começam a adquirir noção de tempo. As crianças das primeiras séries do ensino fundamental são capazes de entender a relação causa/efeito e têm noções de tempo e espaço. Já os adolescentes adotam características próprias da fase, ou seja, onipotência e rebeldia, e acreditam que são imunes às doenças e às dores.
- No campo psicológico, o significado da dor para as pessoas pode afetar sua percepção, significando que, se a causa da dor representar um ganho ou melhora na condição física seja dada pela aparência ou saúde, ela é tolerada melhor, menos percebida e sentido do que num pós-operatório de doença grave, por exemplo, quando há uma situação traumática envolvendo maior ansiedade.
- No campo sociocultural, sabe-se que a vida social é condição humana essencial e sua complexidade insere-se num maior desenvolvimento das funções cerebrais que tornam possíveis habilidades tais como a linguagem. O meio onde vive a criança constitui um fator de aprendizagem e as crianças aprendem a expressar ou controlar sua dor através dos exemplos de comportamentos dos pais, familiares, amigos, somadas às suas próprias condições. “Pais que persistem e reagem dramaticamente, com queixas de dor exagerada e freqüente, passarão esse modelo aos filhos, e isso pode se transformar inclusive no tema ou assunto familiar, ocasionando um reforço de tais sentimentos” (PIRES, 2006:27).

Em seus estudos, Lecussan & Barbosa (2006) informam que a atenção às crianças com dor tem sido reconhecida cada vez mais como uma questão técnica que se refere à prestação de um atendimento médico de qualidade e um direito dos pacientes, inserido no repertório dos direitos civis e da cidadania.

No entendimento das referidas autoras, o reconhecimento da dimensão ética no acompanhamento de crianças doentes tem auxiliado efetivamente no desenvolvimento de uma atitude mais adequada e justa por parte dos profissionais no seguimento dos pequenos pacientes. Para elas, a correta avaliação do sintoma dor e suas possibilidades de eliminação ou minimização fazem parte desses direitos e a não promoção ou proteção destes direitos estabelece vulnerabilidade extra aos pequenos pacientes.

Em tal perspectiva, as autoras citam que uma das grandes metas do tratamento da dor é eliminar as experiências dolorosas associadas ao sofrimento.

A dor sentida é uma experiência singular, mas o sofrimento que ela determina é um fenômeno que pode ser reconhecido e compartilhado, assim como o desejo de eliminá-lo e, portanto, a dor deve ser avaliada e tratada (LECUSSAN & BARBOSA, 2006).

As mesmas autoras mencionam que há barreiras para o adequado tratamento da dor em crianças:

1. Mito de que as crianças, principalmente os recém-nascidos e lactentes jovens, não sentem dor da mesma forma que os adultos, ou, se sentem, não há conseqüências dessa dor.
2. Carência de avaliação e reavaliação para a presença da dor.
3. Falta de entendimento sobre a forma de como conceitualizar e quantificar uma experiência subjetiva.
4. Carência de conhecimento sobre a melhor forma de tratar a dor.
5. A noção de que avaliar a dor em crianças leva muito tempo e esforços.
6. Medo dos efeitos adversos das medicações analgésicas, principalmente os opióides, incluindo depressão respiratória e adição.

Também existem, conforme Lecussan & Barbosa (2006), algumas suposições antigas incorretas:

- recém-nascido não são capazes de sentir dor e a sua capacidade para discriminá-la é aprendida, não havendo tempo suficiente para o aprendizado;

- crianças pequenas não se lembram da dor;
- a criança não verbaliza a queixa e, por isso, não tem dor;
- as crianças, independentemente da faixa etária, metabolizam opióides de forma diferente e apresentam maior risco de depressão respiratória;
- as crianças desenvolvem rapidamente a adição aos opióides.

No conceito de Vasconcelos (2000), a hospitalização, acompanhada ou não de cirurgia, é um universo de instrumentação técnica sofisticada, com um estado de urgência iminente e permanente, traumatismos físicos e psíquicos à tona: angústia das crianças sobre seu futuro, depressão dos pais impotentes diante da doença do filho, sem saber como atenuar o sofrimento e o medo da criança.

A referida autora acredita que para a criança hospitalizada, a grande preocupação reside no tempo de tratamento a que ela se submeterá. “É uma inquietação que aparece antes mesmo de pensar no tipo de intervenção a ser aplicada e das agressões que o corpo sofrerá” (VASCONCELOS, 2000:05).

Considerando que o ambiente hospitalar parece excluir certas particularidades da vida das pessoas, tem-se em Vasconcelos (2000:06) que:

O homem é um ser social e em sociedade ele se insere e se determina como participante de uma comunidade. Desligar-se dessa comunidade por motivo de doença implica sair do seu mundo, o que pode vir a ser pensado pelo paciente como morrer antes de estar morto. Os dias e as noites passadas em um hospital são momentos de travessia aparentemente intermináveis para os pacientes. Ligado a tubos, fios, máquinas, perfusões, o paciente hospitalizado perde uma parte de sua mobilidade e decai submisso no desconforto de estar deitado. E mesmo se observa os passantes, tem a consciência de que são os outros que passam, ele estando parado em seu leito, como uma espécie de vitrine que se mostra inerte aos olhos curiosos, às mãos precisas, ao silêncio da dúvida.

Na verdade, a internação, cirúrgica ou não, é sempre uma agressão contra a criança, acompanhada de dor e de fantasmas.

No entender de Sendin; Barbosa & Bassanezi (2006) crianças admitidas em hospitais comumente experimentam dor, medo e ansiedade, sendo muitas vezes incapazes de expressar os seus sentimentos, o que dificulta um tratamento eficaz para a dor.

Para Sendin; Barbosa & Bassanezi (2006) a avaliação da dor em crianças é muito importante, sendo necessária para dar maior substrato à decisão de intervir e

tratar as circunstâncias estressantes e dolorosas, que muitas vezes cercam o paciente pediátrico.

A adequada avaliação permite uma facilidade maior na monitoração da terapêutica, avaliando-se o sucesso da medicação empregada e permitindo-se correções sempre que necessárias (SENDIN; BARBOSA & BASSANEZI, 2006).

Para as autoras, alguns fatores podem afetar a resposta da criança à dor:

- ansiedade da criança;
- utilização de analgésicos;
- significado da dor para a criança;
- normas culturais;
- observação de outras crianças com dor no mesmo local;
- duração da dor;
- dores anteriores já sentidas;
- nível de cansaço;
- ansiedade dos pais;
- comportamentos aprendidos;
- presença de profissionais de saúde;
- explicação sobre a dor;
- utilização de estratégias psicológicas para diminuir a dor;
- nível de desenvolvimento cognitivo;
- limiar de dor da criança;
- severidade da doença ou da lesão física;
- comportamento familiar aprendido.

Tem-se em Vasconcelos (2000) que a sensação de dor é sentida diferentemente de acordo com a idade do paciente e de acordo com diferenças individuais. Na criança de 0 a 3 anos, fatores físicos e processos psíquicos são ligados à impossibilidade que tem o bebê de distinguir entre estímulos externos e percepções internas. A vida emocional de bebê é ligada a percepções físicas e à experiência prazer-desprazer. Regressão, parada de desenvolvimento, problemas de relacionamento e escolares são freqüentemente algumas das conseqüências de hospitalização freqüentes prolongadas para tratamentos cirúrgicos.

De acordo com Vasconcelos (2000), uma intervenção hospitalar deixa marcas na memória da criança. Quanto maior a criança, mais ela fica agarrada à mãe e

maiores os traumas causados pela hospitalização, consequência de chegada de agressão somada a perigos imaginários de inconsciente.

Freud apud Vasconcelos (2000:11) assim expressa:

As dores, mesmo as mais violentas, são bem suportadas pela criança desde que não são investidas de angústias saídas de fontes do inconsciente. Quando a angústia aumenta a dor, esta última se torna para a criança um acontecimento essencial do qual ela se lembrará por longo tempo e procurará prevenir o retorno por mecanismos fóbicos de defesa.

Ocorre, por vezes, de as crianças não serem capazes de expressar nem de reproduzir o que os faz temer.

Lévy apud Vasconcelos (2000) descreve respostas emocionais ligadas à intervenção e observa que terrores noturnos, medos (medo de escuro, de estranhos, de lugares desconhecidos), são reações de dependência especialmente de mais jovens crianças, enquanto demonstrações de agressividade e acessos de raiva acontecem mais freqüentemente com as crianças mais velhas.

“À medida que a criança cresce, a hospitalização vai despertar angústias que são função da compreensão da cirurgia e aquela criança regressa a um nível de desenvolvimento prévio em que velhas situações de perigo são reatualizadas” (VASCONCELOS, 2000:12).

A mesma autora comenta três principais traumas encontrados em hospitalização:

- A agressão contra o corpo:

Freqüentemente é vivida como perigo de mutilação: medo de "ser aberto" ou "cortado", de perder todo o sangue no momento da operação.

- A angústia de morte:

Talvez a mais freqüente, sobretudo nos adolescentes. Estar anestesiado, sem consciência, parece constituir um grave perigo. Algumas crianças temem não despertar, outros falar durante o sono e confessar algumas reflexões, algumas culpas.

- Os fantasmas sexuais:

Fantasmas ao redor de sexualidade desfigurada. Em primeiro lugar, medo de castração. Freqüentemente, nos meninos entre catorze e onze anos, acontece relação estreita com masturbação. Segundo, a perda da identidade reprodutiva,

sobretudo em casos de cânceres, cujo tratamento tem resultado preponderante de esterilidade.

Na visão de Viana; Sakita & Polastrini (2006), durante a hospitalização a experiência dolorosa é vivenciada pela maioria, se não pela totalidade, dos indivíduos, sobretudo em unidades de pronto-socorro e terapia intensiva onde, infelizmente, os procedimentos invasivos e dolorosos são mais comuns.

Para as autoras mencionadas, crianças admitidas em hospitais no serviço de emergência, na terapia intensiva, na enfermaria cirúrgica, entre outras unidades, com frequência experimentam dor, medo e ansiedade. Para a família e a criança, o ambiente hospitalar é hostil e traumatizante porque está sempre associado ao sentimento de sofrimento e dor.

Nesse sentido:

Dentro de um hospital, a criança passa por momentos difíceis e vivencia situações que variam desde procedimentos simples, como punção lombar e coleta de sangue, até os mais complexos, como cirurgias e respectivos períodos pós-operatórios. Essas ações são necessárias ao atendimento e, em certas circunstâncias, a dor da criança pode ser subtratada ou relegada a um segundo plano, deixando sequelas que refletirão em sua vida posterior (VIANA; SAKITA & POLASTRINI, 2006:04).

As autoras instruem que, para que esses fatores sejam evitados, é essencial que a equipe multidisciplinar esteja centrada na avaliação da dor para oferecer uma intervenção eficaz com possibilidades facilitadoras de melhora clínica e psicológica da criança, aliviando a ansiedade da família, fazendo com que a hospitalização seja menos traumática.

Na compreensão de Oliveira (1993) os procedimentos no espaço hospitalar revelam-se marca indelével de ruptura em todos os níveis de vida da criança.

“Rupturas inevitáveis, algumas; outras, criadas pela própria lógica de pensar a saúde e a doença e por esforços institucionais quase inaudíveis de reconstituir e religar a continuidade perdida” (OLIVEIRA, 1993:02).

Na opinião de Oliveira (1993), tais sintomas aparecem na percepção da criança quando estes geram dor ou quando modificam seu comportamento habitual: não andar, não fazer a redação, não aceitar um biscoito oferecido por um amigo. Para a criança, ainda não são codificados como doença, exceto pela mãe que por

algum sinal visível na criança, indica que algo não vai bem. Para a autora, a decisão pela hospitalização, geralmente, implica a procura de local com alguma referência familiar, o que nem sempre é conseguido. Uma vez superados os obstáculos apontados pelos meios de comunicação para as populações de baixa renda, a criança finalmente consegue iniciar sua terapêutica hospitalar.

Dentro do hospital, sua primeira impressão é de estranhamento: as escadas, as enfermarias, os medicamentos, os equipamentos, os procedimentos, as funções, as profissões e os nomes da equipe técnica. Há um profundo desconhecimento do ato médico como um todo. Este surge como algo vindo repentinamente de fora, fragmentado em intervenções invasivas, um ato cujo sentido a criança custa a encontrar na cura da doença, associando-o mais a intenções punitivas e a castigos. Há uma sensação de abandono, de que a função de cuidar não é desempenhada por qualquer das pessoas que a cercam (OLIVEIRA, 1993:03).

De acordo com a autora, somente por ocasião de hospitalizações prolongadas, como no caso de doenças crônicas, é que a criança consegue iniciar um conhecimento do nome de sua doença, do cotidiano hospitalar e dos profissionais que ali desempenham suas funções. Esse conhecimento, porém, resulta muito mais de um esforço da criança do que de uma preocupação da equipe médica em lhe transmitir os acontecimentos.

Na ótica da criança, o hospital constitui-se um local de proibições: não se pode andar pelos corredores, jogar bola, tomar ar fresco, falar alto, conversar com outras crianças, brincar.

“É um local de solidão, de lágrimas e de saudade, onde a criança é separada de seus irmãos, de seu pai e, principalmente, de sua mãe, que é proibida de entrar e obrigada a deixar seu filho dormir ali, sozinho, ambos em prantos” (OLIVEIRA, 1993:03).

Portanto, percebe-se que a hospitalização, os procedimentos médicos realizados e a própria doença são, para a criança, uma punição, um castigo.

CAPÍTULO III

O BRINCAR E SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR INFANTIL

O período da infância pode ser definido por determinado tipo de relacionamento com o mundo externo que não se pauta pelas leis da realidade, mas muito mais pelas leis do próprio desejo. Para ela, o tema do brincar, do brinquedo e da brincadeira tem sido largamente discutido nos meios educacionais, sobretudo a respeito da importância destas atividades para o desenvolvimento intelectual da criança pequena (ROSA, 2002).

No entender dessa autora:

Por intermédio do brincar e do conhecer é possível reviver, em certo sentido, aquela experiência extremamente satisfatória de ilusão. Só que de uma maneira muito mais sofisticada, na medida em que, agora, é possível transitar, de forma cada vez mais autônoma, entre a fantasia e a realidade (ROSA, 2002:45).

Na concepção de Brougère (2002), o caráter lúdico de um ato não vem da natureza do que é feito, mas, sim, da maneira como é feito; o brincar não comporta nenhuma atividade instrumental que lhe seja própria; ele tira suas configurações de comportamentos de outros sistemas afetivos comportamentais. Para o autor, a cultura lúdica é antes de tudo um conjunto de procedimentos que permitem tornar o jogo possível; a cultura lúdica é composta de um certo número de esquemas que permitem iniciar a brincadeira, já que se trata de produzir uma realidade diferente daquela da vida cotidiana: os verbos no imperfeito, as quadrinhas, os gestos estereotipados do início das brincadeiras compõem, assim, aquele vocabulário cuja aquisição é indispensável ao jogo.

A cultura lúdica compreende conteúdos mais precisos que vêm revestir essas estruturas gerais, sob a forma de um personagem e produzem jogos particulares em função dos interesses das crianças, das modas, da atualidade. A cultura lúdica se apodera de elementos da cultura do meio ambiente da criança para aclimatá-la ao jogo (BROUGÈRE, 2002:25).

“Ao brincar, explora sentimentos e dissipa ansiedades; ensaia eventos no intuito de controlar resultados; e pratica habilidades sociais” (TRAIN, 1997:50).

Segundo Train (1997), ao pensar sobre atividades com jogos e brincadeiras para a criança é preciso ter clareza sobre as necessidades dessa criança. Se ela tende a ser agressiva, não se estará beneficiando-a ao oferecer um contexto que estimule o comportamento violento.

Assim:

Você será capaz de avaliar se a criança está se beneficiando de um jogo pelo nível de controle dela durante a brincadeira; outra forma de verificar isso é observar o ritmo de recuperação dela após a brincadeira. Se demorar muito tempo para operar de forma aceitável, então, a atividade terá sido imprópria. Você deve optar por uma brincadeira que diminua a energia da criança e tenha efeito estabilizador (TRAIN, 1997:51).

Ao analisar a enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada, Oliveira (1993) enfatiza que a criança doente ensina que brincar é uma forma de viver e o não brincar é a marca da hospitalização, muitas vezes justificadas pela necessidade de silêncio e de repouso para os pacientes internados. Porém, as pesquisas do autor revelam que as crianças sempre encontram uma maneira de brincar, mesmo quando não se trata de uma atividade promovida pelo local.

É através dos brinquedos que as crianças falam de seu sentimento de enfermidade, predominantemente referido à ameaça de desintegração física, isto porque brincar é uma forma de viver, de ultrapassar os sentimentos mais dolorosos e de vencer a solidão e a saudade (OLIVEIRA, 1993).

Na opinião de Castro & Almeida (2006), a necessidade da realização de procedimentos invasivos e às vezes dolorosos desencadeia na criança reações de estresse. Nesse contexto, algumas situações novas e que geram dor ou desconforto nas crianças dentro ou fora de um hospital produzem estresse de menor ou maior grau, o que conduz a reações negativas como medo, ansiedade, agressividade, apatia, choro, raiva, rejeição e muitas vezes até um estado de negação.

Certamente, as necessidades da criança no hospital continuam sendo as mesmas de quando ela se encontrava em casa, acrescentando algumas outras em decorrência da hospitalização ou de novas situações que geram estresse. Em tais

situações, o brinquedo é fundamental no processo de desenvolvimento emocional e psicológico da criança, possibilitando a restauração e manutenção da sua saúde física e mental, mantendo-a ativa, explorando e procurando respostas nesse novo mundo que a cerca.

Dentro desse entendimento:

A manipulação do brinquedo permite ao mesmo tempo manipular os códigos culturais e sociais para projetar uma relação individual tanto para os meninos quanto para as meninas. Contudo, essa identificação permite que se progrida ao construir uma relação com o meio social e cultural (CASTRO & ALMEIDA, 2006:27).

O brincar beneficia a criança durante a hospitalização. A aplicação do brinquedo terapêutico pode fazer com que esta permanência se torne menos hostil e proporcione um recurso que ajude a superar a ansiedade causada pela doença e pela hospitalização. Indo mais além, os mesmos autores pontuam que a participação do adulto na brincadeira demonstra amor e interesse e reforça laços afetivos, visto que acrescenta valor à brincadeira e, assim, a criança aprenderá a não ter medo porque alguém lhe ensinou a não tê-lo.

Quanto ao brinquedo terapêutico, Castro & Almeida (2006) informam que este serve como instrumento ou meio de comunicação entre o adulto e qualquer criança, já que permite a compreensão das suas necessidades e sentimentos, diminuindo significativamente o nível de ansiedade, melhorando a relação com o profissional e a satisfação com o atendimento, principalmente se aplicado à criança que ainda não domina a linguagem.

Castro & Almeida (2006) comentam que o brinquedo é uma valiosa ferramenta de comunicação que, além de promover a atividade física da criança, possibilita estimulação intelectual e socialização, desperta o interesse e enriquece a imaginação, passando de agredida a agressora.

Portanto, o brinquedo satisfaz a necessidade afetiva da criança, bem como sentimentos mais complexos, e serve como válvula e escape de suas emoções, ajudando-a a controlar o ambiente hospitalar.

Segundo Castro & Almeida (2006), os brinquedos recomendados na literatura mais comuns para menores de um ano são chocalhos, espelho, brinquedos de berço, livros com som, mordedores, pano, brinquedos de puxar e de formatos

diversos. Tais brinquedos estimulam os sentidos e favorecem o desenvolvimento motor. Já para crianças de 1 a 3 anos, os brinquedos mais adequados são bolas, livros, dominó, giz de cera, massas de modelar, pinturas a dedo, blocos para construção, marionetes, bonecos que simulem os profissionais de saúde e a família, carrinhos, brinquedos para empurrar, quebra-cabeça, instrumentos musicais, jogos de memória e alfabeto. Esses brinquedos estimulam habilidades motoras finas e grosseiras, imitação, entendimento de relações espaciais e faz-de-conta. Os brinquedos ajudam as crianças de 3 a 5 anos a compartilhar, seguir regras e se preparar para a escola. Entre esses brinquedos destacam-se os jogos de tabuleiro, desafio, kits de ciências, matemática e karaokê. Para a idade escolar, os brinquedos permitem trabalhar a concentração, o pensamento estratégico, estimular a criatividade e ajudam como reforço escolar.

Tem-se em Furtado & Lima (1999) que o brincar durante o processo de hospitalização, embora ainda seja uma prática pouco valorizada, ajuda a criança na compreensão do que ocorre consigo e a liberar temores, tensões, ansiedade e frustração; promove satisfação, diversão e espontaneidade e possibilita que se converta experiências que deveria suportar passivamente em desempenho ativo.

É ratificado por Schmitz; Piccoli & Vieira (2003) que a necessidade de brincar não deve ser eliminada quando as crianças adoecem ou são hospitalizadas. Muito pelo contrário: o fato da criança poder brincar desempenha papéis importantes para o trans-operatório, dentre eles, a capacidade de sentir-se mais segura em um ambiente estranho com pessoas estranhas.

Segundo Vaughan & Mickmay apud Schmitz; Piccoli & Vieira (2003), as crianças ficam amedrontadas quando deixam a segurança e o ambiente do lar, principalmente aquelas que são incapazes de compreender o propósito da hospitalização. Segundo eles, quando a criança é internada para realização de procedimento cirúrgico, sua rotina sai do normal podendo vir a desenvolver distúrbios psicológicos, provenientes do desconforto, ansiedade e alterações do sensorio (turvação da consciência, alucinações, ilusões e desorientação), devido ao medo do desconhecido. Assim, a hospitalização é para a criança uma situação estressante, os resultados de uma hospitalização, mesmo que não haja comprometimento físico, poderá causar em algumas crianças traumas futuros e muitas vezes com conseqüências imprevisíveis.

Schmitz; Piccoli & Vieira (2003) instruem que são necessárias medidas que venham minimizar o trauma causado pela mudança brusca de rotinas e de pessoas, considerando, para tanto, a necessidade de uma mudança na assistência prestada à criança, contando com a utilização do brinquedo terapêutico como uma das principais medidas para prevenção das possíveis seqüelas decorrentes da hospitalização.

Em seus estudos, Mitre & Gomes (2004) perceberam que o lúdico se torna um contraponto às experiências dolorosas, à dor da hospitalização, que é mais do que a dor física provocada pela doença ou pelos procedimentos, trazendo aí embutido o conceito de sofrimento psíquico e existencial. Ou seja, o lúdico é percebido como uma possibilidade de se ganhar ou construir algo de positivo ou bom num momento de tantas perdas.

O brincar é visto como elemento que propicia um resgate de um contexto familiar à criança e à sua própria condição de criança, e que no contexto hospitalar, muitas vezes, permite o acesso da criança a possibilidades e vivências que não teria em casa (MITRE & GOMES, 2004).

Além disso, os referidos autores identificaram o brincar como um facilitador para a interação entre os profissionais de saúde, crianças e seus acompanhantes, sendo o brincar uma linguagem universal e que remete ao prazer e à alegria, como se nota em suas próprias falas:

O lúdico é percebido por alguns como instrumento para garantir a própria adesão ao tratamento. É visto como veículo de comunicação no sentido de levar a informação, relativa ao adoecimento e tratamento, numa linguagem acessível à criança e sua família. Bem como para mostrar procedimentos, com a possibilidade de experimentação por parte da criança (MITRE & GOMES, 2004:04).

Os mesmos autores consideram que a promoção do brincar pode ser uma ferramenta significativa para se lidar com questões tais como:

- a integralidade da atenção;
- a adesão ao tratamento;
- o estabelecimento de canais que facilitem a comunicação entre criança-profissional de saúde-acompanhante;

- a manutenção dos direitos da criança;
- a (re)significação da doença por parte dos sujeitos.

Diante da dor e da possibilidade da morte, a promoção do brincar talvez possibilite aos profissionais viverem uma experiência diferente com as crianças, uma vez que, ao invés de se lidar apenas com a incapacidade, as limitações, podem ter a possibilidade de estabelecer um outro tipo de relação com seus pacientes, em que por meio do processo lúdico se privilegie o saudável e o prazeroso (MITRE & GOMES, 2004).

Motta & Enumo (2004) também defendem a importância do brincar em situação de hospitalização, afirmando que essa prática ganhou relevância social sobretudo a partir do trabalho do médico Patch Adams (1999), nos Estados Unidos da América, cuja história pessoal foi popularizada através de filme. Portanto, a promoção do brincar no processo de hospitalização infantil constitui-se um recurso adequado para o enfrentamento da situação, sendo muito importante que as instituições viabilizem e disponibilizem recursos humanos e materiais para tal finalidade.

Constata-se, assim, que o brincar envolve uma infinidade de atos criativos que melhoram o ambiente hospitalar e a qualidade de vida do paciente sob tratamento, resgatam sua autoestima e sua identidade como ser humano (FRANZESE, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inúmeros são os benefícios que o brincar traz à criança no que se refere ao seu desenvolvimento motor, mental, emocional e social, pois através das atividades lúdicas as crianças, além de se divertirem, têm a oportunidade de desenvolver a criatividade, a imaginação, a motricidade, a sociabilidade e a integração.

Constata-se que o lúdico promove momentos de reflexão, alegria, descontração e comunicação, trazendo às crianças vivências necessárias para a vida social ao estabelecer relações e, no caso específico de crianças hospitalizadas, elevam a autoestima, promovem estímulos dinâmicos à cooperação, o coleguismo, o respeito, além do fortalecimento de vínculos afetivos, auxiliando no desenvolvimento das habilidades físicas e mentais da criança.

A hospitalização pode ter diversos efeitos negativos sobre o desenvolvimento infantil. O processo de internação hospitalar impede que a criança continue suas rotinas diárias, limitando-a a um ambiente sentido como estanho e desfavorável, com sons e rotinas que mobilizam medos e fantasias.

O adoecimento por si só, já favorece alterações na sua vida, como um todo, podendo, muitas vezes, desequilibrar seu organismo interna e externamente, o qual, em consequência disso, poderá gerar bloqueios no processo de desenvolvimento saudável da criança, especialmente se a doença ou a internação for longa e duradoura.

Entre as possíveis estratégias utilizadas no contexto hospitalar, para amenizar o sofrimento e favorecer um ambiente menos hostil está, portanto, o brincar, que permitirá a interação com outros pacientes infantis que, igualmente, estão hospitalizados.

As crianças conseguem com o brincar e o uso de brinquedos no hospital, enfrentar as condições estressantes da hospitalização e, conseqüentemente, os procedimentos médicos a que ficam sujeitos.

As atividades lúdicas tornam as crianças hospitalizadas mais felizes e a recuperação é melhor, mas, infelizmente, não são todos os hospitais que contam com um espaço ou pessoas dispostas a fazer um trabalho voluntário em torno daqueles que estão ali tratando de uma doença.

Na verdade, o brincar beneficia não apenas a criança, ajudando-a no entendimento do que está acontecendo, liberando temores, tensões e ansiedade, como também ao enfermeiro e ao hospital.

Chega-se à conclusão de que o brinquedo no contexto da hospitalização infantil assegura a continuidade do desenvolvimento da criança, que pode apreender o sentido das vivências por meio do brincar e da dramatização, revelando-se um instrumento de trabalho para os profissionais da saúde e para os psicopedagogos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BROUGÈRE, G. A criança e a cultura lúdica. In: KISHIMOTO, T. M. (org.). *O brincar e suas teorias*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

CASTRO, A. R. V.; ALMEIDA, A. P. Utilização do brinquedo terapêutico na assistência de enfermagem à clientela. In: SILVA, A. P. A. et al. *Instituto da criança 30 anos: ações atuais na atenção interdisciplinar em pediatria*. São Caetano do Sul: Yendis, 2006.

CUNHA, N. H. S. *O valor do brincar*. Artigo publicado em 2006. Disponível em www.brinqueduca.com.br. Acesso em 02 Dez. 2011.

FRANZESE, M. *Brincadeira no hospital é coisa séria*. Artigo publicado em 2009. Disponível em www.amigosdocoracao.wordpress.com. Acesso em 07 Dez. 2011.

FURTADO, M. C. C.; LIMA, R. A. G. *Brincar no hospital: subsídios para o cuidado de enfermagem*. Artigo publicado em 1999. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 06 Dez. 2011.

KISHIMOTO, T. M. (org.). *O brincar e suas teorias*. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

KUWAHARA, M. C. M. *Jogos no processo de aprendizagem*. Artigo publicado em 2004. Disponível em www.psicopedagogia.com.br. Acesso em 02 Dez. 2011.

LECUSSAN, P.; BARBOSA, S. M. M. Importância do tratamento da dor infantil e causas do seu subtratamento. In: SILVA, Y. P.; SILVA, J. F. *Dor em pediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

LEITE, T. M. C.; SHIMO, A. K. K. *Uso do brinquedo no hospital: o que os enfermeiros brasileiros estão estudando?* Artigo publicado em 2008. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 29 Nov. 2011.

MALUF, A. C. M. *Atividades lúdicas para Educação Infantil: conceitos, orientações e práticas*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MITRE, R. M. A.; GOMES, R. *A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde*. Artigo publicado em 2004. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 30 Nov. 2011.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. *Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil*. Artigo publicado em 2004. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 04 Dez. 2011.

OLIVEIRA, J. *A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada*. Artigo publicado em 1993. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 03 Dez. 2011.

OLIVEIRA, Z. R. *Educação infantil: fundamentos e métodos*. São Paulo: Cortez, 2002.

PIRES, A. L. S. Fatores que afetam a percepção da dor em crianças. In: SILVA, Y. P.; SILVA, J. F. *Dor em pediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ROSA, S. S. *Brincar, conhecer, ensinar*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. Coleção Questões da Nossa Época.

SARMENTO, M. J.; PINTO, M. *As crianças, contextos e identidades*. Braga: Bezerra, 1997.

SCHMITZ, S. M.; PICCOLI, M.; VIEIRA, C. S. *A utilização do brinquedo terapêutico na visita pré-operatória de enfermagem à criança*. Artigo publicado em 2003. Disponível em www.fen.ufg.br/revista. Acesso em 01 Dez. 2011.

SENDIN, E. F. A.; BARBOSA, S. M. M.; BASSANEZI, B. S. B. Hospital sem dor. In: SILVA, Y. P.; SILVA, J. F. *Dor em pediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SILVA, A. P. A. et al. *Instituto da criança 30 anos: ações atuais na atenção interdisciplinar em pediatria*. São Caetano do Sul: Yendis, 2006.

SILVA, Y. P.; SILVA, J. F. *Dor em pediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

TRAIN, A. *Ajudando a criança agressiva: como lidar com crianças difíceis*. Campinas: Papipus, 1997. Coleção Educação Especial.

VIANA, D. L.; SAKITA, N. K.; POLASTRINI, R. T. V. Assistência de enfermagem no controle da dor em hospital pediátrico. In: SILVA, A. P. A. et al. *Instituto da criança 30 anos: ações atuais na atenção interdisciplinar em pediatria*. São Caetano do Sul: Yendis, 2006.

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

WAJSKOP, G. *Brincar na pré-escola*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997. Coleção Questões da Nossa Época.

WASSERMANN, S. *Brincadeiras sérias na escola primária*. Lisboa: SIG, 1994.

VASCONCELOS, S. M. F. *A psicopedagogia hospitalar para as crianças e adolescentes*. Artigo publicado em 2000. Disponível em www.psicopedagogia.com.br. Acesso em 01 Dez. 2011.

ANEXOS

ANEXO 1
PSICOPEDAGOGIA HOSPITALAR - O VÍNCULO AFETIVO DA
CRIANÇA HOSPITALIZADA COM A APRENDIZAGEM¹
(Daniella Reis Mello)

[...]

INTRODUÇÃO

Sendo a Psicopedagogia um campo de atuação em saúde e educação que lida com o processo de construção do conhecimento, utilizando-se de vários recursos das áreas do conhecimento, compreendemos que o profissional dessa área atua com um caráter preventivo e/ou remediativo, buscando a melhoria das relações com a aprendizagem, assim como a melhor qualidade na construção da própria aprendizagem de aprendentes e ensinantes. Contudo, a Psicopedagogia na Instituição Hospitalar surgiu da necessidade de oferecer um acompanhamento psicopedagógico aos pacientes pediátricos internados, que possuem patologias crônicas como as Hematológicas, Imunológicas e Psicopatológicas, aos quais podem permanecer por longos períodos hospitalizados. Considerando que a maioria desses pacientes estão fora do seu convívio social, da escola, ou de alguma forma, excluída dentro dela, a intervenção psicopedagógica se torna de fundamental importância, a qual será realizada através de atividades educacionais e lúdicas centradas na aprendizagem, possibilitando um prognóstico onde o psicopedagogo irá desenvolver uma escuta apurada e um olhar sistêmico, analisando e assinalando os fatores que favorecem, intervêm ou prejudicam uma boa aprendizagem, assim

¹ Fonte: <http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=571>

como o funcionamento dos processos cognitivo, afetivo/desiderativo, social, obstáculos epistêmico e/ou epistemofílico, autoria de pensamento, vínculo normal e/ou patológico e modalidade de aprendizagem. Onde o significante e o significado da avaliação é a observação direta do desempenho da criança, desenvolvido a partir de conceitos que ela já tenha construído ou que ainda precise aprimorar, construir ou reconstruir.

O psicopedagogo interagindo com uma equipe multidisciplinar de profissionais como psicólogos, fonoaudiólogos, psicomotricistas, fisioterapeutas, pedagogos e outros, dentro da Instituição Hospitalar articulará seus métodos e técnicas específicos da psicopedagogia dentro da realidade vivenciada neste contexto, contribuindo para melhoria da qualidade da saúde e auto-estima da criança internada, para que esta se descubra capaz de aprender a aprender e principalmente para o entendimento do vínculo afetivo que a criança hospitalizada desenvolveu com a aprendizagem, e quais os fatores que contribuem para esta não aprendizagem, assim como sua relação entre a afetividade e o desenvolvimento mental, considerando a sua especificidade em perceber, discriminar, organizar, conceber, conceituar e enunciar no que se refere a sua ação como um ser cognoscente e suas relações intrínseca e extrínseca que devem ser contextualizadas.

Objetivando estabelecer um vínculo afetivo saudável e positivo deste sujeito com a aprendizagem, o psicopedagogo fornecerá subsídios para um material dialético mais adequado e suficiente para um correto atendimento psicopedagógico ao paciente pediátrico hospitalizado, por intermédio de uma pesquisa descritiva bibliográfica e observações realizadas a uma classe hospitalar, agregando

conhecimentos e contribuições aplicáveis em prol da qualidade de vida e aprendizagem de tal paciente.

Capítulo 1

O CONTEXTO HOSPITALAR E ATUAÇÃO DO PSICOPEDAGOGO

Como Psicopedagogo Hospitalar é imprescindível compreender todo o corpo de uma estrutura hospitalar, por se tratar de uma área relativamente nova, onde a instituição hospitalar em algumas situações não saberá o que pedir ao psicopedagogo e cabe a ele mostrar o que pode acrescentar em benefício do paciente pediátrico e da instituição. O psicopedagogo irá por em ação um questionamento e reflexão de como se adaptar a este novo ambiente, provido de regras, normas, valores e função social, o qual o mesmo deverá se conscientizar de sua identidade profissional e delimitar até onde vai a sua atuação e a de outro profissional, realizando o devido encaminhamento quando se fizer necessário. O psicopedagogo junto à equipe multidisciplinar atuará de forma coesa e nunca isoladamente ou fragmentada, é importante que haja um espaço para que os conhecimentos de ambos profissionais envolvidos neste contexto sejam integrados a novas idéias, compartilhados e ressignificados, conhecer o olhar de cada um contribuirá para reconhecer as dificuldades pessoais e institucionais para pôr em ação uma atitude sistemática, contínua e reflexiva, de maneira a contribuir para que o vínculo entre a equipe se consolide o mais prazeroso possível, visando um ambiente mais humanizado ao paciente pediátrico. O qual nos remete a ser um ambiente impessoal, frio, hostil, assustador, incompreensível e depressivo, vivenciado e sentido na condição de hospitalizado.

É direito do paciente pediátrico conhecer os motivos que o levou a real situação, e ao verbalizar a verdade, há o cuidado de se utilizar uma linguagem simples e compreensível, respeitando sempre o estágio ou fase de desenvolvimento que ela se encontra.

É indispensável que os pais ou outros que sejam significativos na vida do paciente pediátrico os preparem para a hospitalização, pois, as representações internas mentais que a criança faz de seus pais com quem convive e tem como sendo os primeiros modelos na formação da sua subjetividade irão influenciar em seus sentimentos, seu comportamento e seu grau de compreensão e aceitação. O desempenho da criança tanto na aprendizagem como nas diversas situações que ela irá enfrentar ao longo de seu desenvolvimento serão influenciadas pelas imagens parentais que foram estabelecidas de forma positiva ou negativa, certamente as imagens dos modelos parentais que foram estabelecidas positivamente, ou seja, são aquelas imagens de pais carinhosos, presentes de alma e de sentimentos, que sabem dar o limite, mas, que também sabem ceder com referencia as suas condutas e regras de forma coerente, serão determinantes na formação de vínculos afetivos que favorecerão positivamente por todas as aprendizagens que a criança irá se deparar.

Não somente a criança como também os pais necessitarão da equipe de saúde para o devido esclarecimento sobre a doença, o tratamento e o possível tempo de internação, sendo este último uns dos motivos mais sofridos e angustiosos por ambas as partes envolvidas; de tantas outras situações, mas em particularmente nestas, que se faz necessária à presença e atuação de um psicólogo, proporcionando ao enfermo e sua família a devida e carinhosa acolhida;

considerando ser estes primeiros momentos fundamentais para que se estabeleça uma relação menos traumática possível no processo de hospitalização.

O paciente pediátrico a peregrinar por salas de espera, unidades de internação, de terapia intensiva e ambulatória, em muito irão contribuir para a sua baixa auto-estima, e como aprender exige ter auto-estima, se faz necessário e presente a atuação do psicopedagogo, o qual poderá realizar diversas atividades em uma sala apropriada ou no próprio leito, podendo ser individualmente ou em grupo, proporcionando condições ao paciente pediátrico dentro do seu quadro hospitalar a não perder o prazer pela aprendizagem, pelo conhecimento e até mesmo direcionando caminhos para que o paciente aprenda a conviver com as diversas dificuldades que irá ter que passar por consequência de sua doença.

É bastante enriquecedor que o psicopedagogo trabalhe com atividades que envolvam, por exemplo, a dramatização e teatros de fantoches, tais atividades irão despertar na criança uma nova forma de elaborar e expressar os seus sentimentos é importante que ela viva gradativamente o aqui e agora de sua real situação, pois certamente elas irão estimular e favorecer um bom vínculo afetivo da criança com a aprendizagem, principalmente no momento de prepará-la para a alta, onde terá que se integrar novamente ao seu mundo social.

O ponto de partida para o psicopedagogo trabalhar, é identificar o sujeito relacional/real, ou seja, como anda a relação desta criança com o outro, o outro com ela, e, ela consigo mesma. No primeiro momento, irá se trabalhar com o sujeito simbólico/afetivo, o sujeito do desejo, identificando neste sujeito o que ele mais gosta e sabe fazer, buscando caminhos de resgatar a sua auto-estima e não a deixando entrar em uma depressão anaclítica, neste primeiro momento é bastante

comum pedir aos pais da criança que se traga ao hospital um objeto transicional. Em WINNICOT (1997, pág. 57) compreendemos que, “é no espaço da transicionalidade que se entrelaçam os fios da subjetividade e da objetividade, trama de angústia e de esperança. Fios que se entrelaçam se acrescentam e se desfazem, adquirindo novas formas e cores, numa dança contínua. Dança por vezes suave e encantadora, por outra, vigorosa e arrebatada, agressiva, triste ou apaixonada, mas sempre melodia expressando o mistério da vida”.

Em seguida se chegará ao sujeito lógico/racional; é justamente na interseção dessas três dimensões que se consolida a essência do sujeito/EU, desenvolvendo o processo do conhecimento.

É fundamentalmente importante esclarecer que o psicopedagogo na Instituição Hospitalar, não irá trabalhar com diagnóstico, mas com prognósticos, o psicopedagogo irá trabalhar com a linha de faixa etária de cada criança, utilizando-se, por exemplo, de recursos como o psicodrama. As atividades poderão ser realizadas duas vezes por semana em quarenta minutos, podendo o psicopedagogo atuar em outras instituições também, de forma empregatícia e / ou voluntária.

1.1 - A DOENÇA/PATOLOGIA

A doença possui um significado particular para o paciente pediátrico, interpretando os fatos de sua patologia diferenciados dos de mais, levando-se em consideração que, cada criança ao decorrer de seu tratamento irá utilizar-se de seus próprios recursos internos para enfrentar situações dolorosas, em conformidade com a sua realidade externa e apoio familiar.

A doença para a criança acarreta medo e abandono, onde esta irá buscar

mecanismos para aprender a conviver com a nova situação e assegurar sua homeostase psíquica. Situação esta bastante traumática e determinante de seqüelas mais ou menos presente em sua vida futura, principalmente no que se refere ao fato de ter que, se “separar” e se privar inesperadamente do que WINNICOTT (1997, pág. 99) chama de uma mãe suficientemente boa. WINNICOTT diz que, “a mãe tomada pelo estado de preocupação materna primária, “sabe” o que o seu bebê necessita. Ela lhe dá calor, alimentos, amor, silêncio, obscuridade, prazer, medicamentos, calma. Tudo isso na hora certa e no momento exato. Todo esse “saber” brota espontaneamente do mais profundo espaço do seu ser. Nada disso pode ser aprendido. Essa mãe suficientemente boa não somente cria um ambiente facilitador ao desenvolvimento do bebê, como ela é esse ambiente”.

Ao decorrer do tratamento específico da doença de cada criança, ela perceberá e vivenciará as possíveis modificações da sua auto-imagem, como a queda de cabelo, perda ou aumento de peso, mutilações e limitações.

É importantíssimo que a criança seja devidamente orientada e participe ativamente do seu processo patológico, mesmo porque como falar e tentar promover a saúde, se não esclarecermos o que é a doença e não permitirmos que esta criança seja possibilitada de perguntar, questionar e até mesmo se lamentar de sua própria doença, de viver mesmo o luto de está distante do convívio com a família, amigos, de seus antigos dever e lazer. Participar ativamente deste momento acompanhado das orientações de profissionais qualificados irá contribuir em muito para um não futuro recalque. Tal atuação será bastante interessante se for analisada e praticada com mais veemência por parte de toda a equipe de saúde, fomentando desta forma um vínculo afetivo mais confiante e humanizador entre o paciente pediátrico e todo o processo que envolve a sua doença.

No que se refere a esse contexto humanizador se faz presente e necessária a atuação do psicopedagogo, pois, este profissional irá contribuir para um bem-estar não somente físico, mas cognitivo, afetivo e social também.

O paciente pediátrico não pode ser tratado e visto como uma máquina desajustada que precisa simplesmente ser reajustada, sendo bastante comum presenciar a despersonalização do paciente no âmbito hospitalar, o qual passa a ser denominado como, o “leito cinco”, “o doente tal” ou “tire a temperatura ou colete o sangue do sete”. É até compreensível que se trata de uma forma de localização ou referencia do paciente, mas até que ponto esse tipo de conduta irá influenciar na sua subjetividade e personalidade?

Afinal trata-se da Ritinha, Mariazinha, Joãozinho e Pedrinho, seres humanos providos de sentimentos, desejos e características próprias, devendo ser respeitados os aspectos que envolvem a sua história passada e presente (verticalidade/horizontalidade), aspectos tais, que irão nortear a devida atuação do psicopedagogo no real processo de aprendizagem da criança.

1.2 – A DOR FÍSICA E PSÍQUICA

É comum presenciarmos no paciente pediátrico um processo de conflito interno gerado pela dor física, a dor é um ataque à criança como um todo, que conseqüentemente irá deteriorizar a sua capacidade de resistência interna, criando assim condições que poderão agravar o seu estado orgânico e afetivo. Os fatores internos e externos geradores de conflitos emocionais serão determinantes na evolução ou não de sua doença. Costuma-se observar que, os estados psicológicos e afetivos contribuem de alguma forma para um aceleração ou melhoria da doença e da dor.

A dor física está interligada a dor psíquica, o que ocasionará muito sofrimento à criança, passando a desenvolver sentimentos de medo, ansiedade, incerteza, dúvida e culpa/punição, dependendo da fase de desenvolvimento que a criança se encontra poderá despertar nesta algum tipo de sentimento de culpa sim, o fato de está em um lugar desconhecido que não faz parte do seu meio social, onde está sendo despida, banhada, vestida com roupas que não são as suas de uso habitual, de está sentindo dores e sendo medicada e enquadrada nos parâmetros da instituição poderá ser assimilada por ela como algum tipo de punição e castigo por ter feito algo de errado. Por isso volto a ressaltar a importância do esclarecimento da doença e sua real condição hospitalar para o paciente pediátrico e sua família.

Após o tanto sofrimento e dor, cada criança irá reagir de maneiras adversas, será complexo lidar com a reação particular de cada uma, algumas crianças irão se senti exaltadas, apáticas, tristes, caladas, outras agitadas, falantes, agressivas e ressentidas. Tornando assim difícil de propor uma atividade psicopedagógica para ela, mas é importante que o psicopedagogo não desista, não se deixe contaminar pelas adversas reações que a doença ocasiona na criança, afinal este profissional está ali exatamente para criar condições de recuperar a auto-estima da criança, a solicitá-la para vida, a contribuir para que ela aprenda a enfrentar as muitas outras situações que terá que vivenciar no hospital e para que adquira ou readquira a sua autonomia e o desejo pela vida e pela aprendizagem, e preencher as lacunas que podem surgir pela sua condição de hospitalizada, mantendo assim aquecido o processo cognitivo da criança.

Dessas e de tantas outras situações que o psicopedagogo terá que enfrentar, muitas das vezes deixasse de lado, por exemplo, as atividades lúdicas centradas na aprendizagem e utiliza-se um exercício muito mais eficaz que qualquer outra

atividade, é o fantástico exercício do olhar, aquele olhar além do que os nossos olhos podem ver, é o toque, o carinho, um abraço bem dado, um sorriso ou até mesmo um sofrer junto, mas essencialmente um psicopedagogo nunca poderá deixar de exercitar o sentimento de amor e respeito que venha a ter para consigo e para o outro.

Capítulo 2

A RAZÃO DAS EMOÇÕES E SENTIMENTOS

Alguns estudiosos da neuropsicologia caracterizam a essência da emoção como uma coleção de mudanças no estado do corpo que são induzidas numa infinidade de órgãos através das terminações das células nervosas sob o controle de um sistema cerebral, respondendo ao conteúdo dos pensamentos relativos a uma determinada entidade ou acontecimento. A emoção nos remete a pensar em um movimento para fora, porém existem outras alterações do estado do corpo que só são perceptíveis pelo dono do corpo em que ocorrem. Existindo assim muitas variedades de sentimentos. A primeira variedade baseia-se nas emoções, sendo a felicidade, a tristeza, a cólera, e o nojo. E quando os nossos sentimentos estão associados às emoções, a atenção converge substancialmente para sinais do corpo. A segunda variedade de sentimentos é a que se baseia nas emoções que são pequenas variantes das mencionadas anteriormente: o êxtase e a euforia são variantes da felicidade; a ansiedade e a melancolia são variantes da tristeza; a timidez e o pânico são variantes do medo. Evidenciando desta forma os seres humanos como racionais e emocionais, e não somente racional. Pensamentos estes que divergem de outros estudiosos, os quais supõem que há uma separação entre o racional e o irracional / emoção e sentimento.

Na visão psicopedagógica podemos evidenciar que as emoções vão além da sua essência, observar a importância no controle emocional do comportamento do ser cognoscente, incluindo as chamadas funções mentais superiores, percepção, memória, inteligência e aprendizagem, se fazem necessárias para a atuação do psicopedagogo, que todo o momento irá trabalhar com a cognição e emoção.

As emoções são indispensáveis para a nossa vida racional, ela nos faz únicos, é justamente o nosso comportamento emocional que nos diferencia uns dos outros. O nosso cérebro não depende exclusivamente do nosso conjunto de respostas emocionais, mas da sua interação com o corpo e das nossas próprias percepções corporais, o que se faz essencial um vínculo entre emoção e razão.

2.1 – OS ASPECTOS EMOCIONAIS DA FAMÍLIA

Os pais diante da impotência da doença do filho, não sabendo como atenuar o sofrimento da criança passará por diversos aspectos emocionais / mecanismos de defesa, tais como o choque inicial e a negação, situação essa que se deparam diante de uma grande dificuldade em aceitar o diagnóstico e a pesarosa incerteza do prognóstico.

A família poderá expressar raiva e ressentimento, podendo a desenvolver um comportamento de controle excessivo diante do paciente, ou poderá desenvolver um distanciamento emocional pelo medo da perda, o que gera uma intensificação da ansiedade e angústia no paciente.

2.2 – OS ASPECTOS EMOCIONAIS DO PACIENTE

Com as diversas mudanças de comportamento que foram evidenciadas no capítulo 1.2 ocasionadas pela dor física e psíquica da criança, evidencia-se um forte

aspecto emocional indagada pela família, como as angústias, depressões, tristezas, medo do escuro, incertezas, negação, raiva e ressentimento, tais como as vivenciadas pela família.

A família deve ser assistida tal qual o paciente, para que estes possam aceitar a real condição em que se encontram, as aceitações os ajudará a refletir e a reorganizar as prioridades e o estilo de vida que terão que se adequar. Visto que ambas reações repercutem nas emoções da família e do paciente.

Capítulo 3

AS CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

A equipe multidisciplinar contribuirá para dar uma abordagem mais humana e uma visão holística aos processos que envolvam a recuperação do paciente pediátrico, o qual cada profissional em sua área específica de atuação deve sempre ter em mente de que o ser humano deve ser considerado de forma completa e íntegra, respeitando todas as suas dimensões e particularidades e que com ele deve interagir também de forma harmônica, considerando o seu contexto, necessidades, limitações e aptidões. Cada profissional ao se comprometer com sua atuação e ao aceitar a atuação do outro estará contribuindo para um amanhã melhor, celebrando a vida com menos patologias e mais saúde. [...]