

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Bianca Potsch

ERA UMA VEZ UM HOSPITAL:

Objetivos, características e benefícios da Ludoterapia aplicada a crianças hospitalizadas

Rio de Janeiro

2018

Bianca Potsch

ERA UMA VEZ UM HOSPITAL:

Objetivos, características e benefícios da Ludoterapia aplicada a crianças hospitalizadas

Projeto de monografia apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para aprovação no Curso Técnico em Análises clínicas.

Orientadora: Carolina Dantas

Rio de Janeiro

2018

*Dedico esse trabalho
a todos os profissionais que
trabalham com crianças.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) por ter me dado a oportunidade de realizar um trabalho de tão grande porte como a monografia ainda no Ensino Médio.

Agradeço, principalmente, a Carolina Dantas, a orientadora mais paciente, exigente, linda e maravilhosa de todos os tempos, que sempre acalmou meus dramas e que permitiu com que um simples projeto de pesquisa se tornasse uma monografia completa.

Agradeço a Viviane Soares que também colaborou para esse trabalho se tornar possível.

Quero dizer meu muito obrigado para os meus pais, meus professores, meus amigos, minha família, meus supervisores do estágio, e, principalmente para a minha dupla de monografia, Rafaella Peres. Sem eles nada disso teria sido possível.

Por fim, gostaria de agradecer também a todos os meus pacientes no estágio por terem me proporcionado a possibilidade de perceber a legítima importância e relevância da Ludoterapia na vida real, que me motivaram a chegar até o final da monografia pensando no sorriso que tinham no rosto depois de alguma brincadeira que eu fiz.

*“Considerar apenas o tratamento médico,
deixando de lado o psiquismo,
é retardar a cura”.*
(LINDQUIST, 1993, p.24)

RESUMO

Essa monografia tem como objetivo geral analisar de que forma a Ludoterapia aplicada a crianças em situação de internação hospitalar surgiu e se consolidou no contexto brasileiro. Como desdobramento do objetivo geral, também buscará identificar, caracterizar e demonstrar os objetivos e as vantagens de quatro estratégias ludoterápicas direcionadas à humanização do atendimento a crianças em hospitais. Estratégias lúdicas como teatro, contação de histórias, brincadeiras e brinquedotecas, atividades de artes plásticas, ambientação dos espaços, mobiliários hospitalares e, até mesmo, uniformes e acessórios médicos vêm sendo utilizados por instituições hospitalares visando tornar a experiência no hospital menos sofrida para as crianças. Foram escolhidas: brincadeiras, contação de histórias, dramatização e ambientação para serem tratadas com maior ênfase. A metodologia utilizada foi abordagem qualitativa, baseada em revisão bibliográfica por meio da leitura crítica interna e externa do texto, ambas relacionadas à contextualização como estratégia para a análise de textos. A primeira refere-se ao entendimento dos argumentos, às hipóteses, ao manejo dos dados empíricos, às motivações e às expectativas do autor, expressas em seus textos. Enquanto a leitura crítica externa faz alusão ao contexto sócio histórico em que o material foi produzido, no caso, aos autores e suas atuações profissionais, áreas de conhecimento, instituições, locais da pesquisa (em hospitais infantis, ala da internação e emergências) e aos sujeitos pesquisados (crianças adoecidas, amedrontadas e desconfiadas devido ao novo ambiente a que passaram estar submetidas).

Palavras-chave: Ludoterapia; hospitalização infantil; humanização; estratégias ludoterápicas.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	05
INTRODUÇÃO	06
CAPÍTULO 1- – A INFÂNCIA, A CRIANÇA E A SUA SAÚDE AO LONGO DO TEMPO	15
1.1 A legislação e a assistência médica específicas para a infância	17
1.2 A Ludoterapia para crianças hospitalizadas	20
CAPÍTULO 2 - OS IMPACTOS QUE INTERNAÇÕES HOSPITALARES GERAM EM CRIANÇAS.....	28
CAPÍTULO 3- PRÁTICAS E APLICAÇÕES DA LUDOTERAPIA EM HOSPITAIS INFANTIS	39
3.1 Brincadeiras	43
3.2 Contação de histórias	50
3.3 Dramatização.....	55
3.4 Ambientação	62
3.5 Desafios da implantação da Ludoterapia no Brasil	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXO 1.....	79

LISTA DE FIGURAS

IMAGEM 01 - Boneca utilizando respirador e bombinha de medicamento.....	44
IMAGEM 02 – Criança brincando de coletar sangue de boneca com materiais reais.....	45
IMAGEM 03 - Brinquedos adequados para bebês.....	46
IMAGEM 04 - Criança internada com pinos na perna abraçando sorridente seus brinquedos.....	46
IMAGEM 05 - Parquinho para criança maiores.....	47
IMAGEM 06 - Crianças jogando jogo de tabuleiro.....	47
IMAGEM 07 - Adolescente cadeirante sorrindo jogando videogames.....	48
IMAGEM 08 - Adolescente acamado jogando jogo de tabuleiro.....	48
IMAGEM 09 - Criança acamada brincando de colorir.....	48
IMAGEM 10- Enfermeira lendo para criança em leito de enfermaria.....	52
IMAGEM 11- Leitura conjunta de histórias para crianças de todas as idades.....	52
IMAGEM 12- Enfermeiro lê uma história para criança pequena e ela interage.....	54
IMAGEM 13- Enfermeira lê livro de princesas para criança internada.....	54
IMAGEM 14- Equipe Doutores da alegria.....	57
IMAGEM 15- Equipe Companhia do Riso.....	57
IMAGEM 16- Doutores da alegria no hospital Prontobaby.....	60
IMAGEM 17- Tomógrafo enfeitado.....	63
IMAGEM 18- Sala de exames enfeitada.....	63
IMAGEM 19- Jaleco estampado.....	65
IMAGEM 20- Brinquedoteca hospitalar.....	66
IMAGEM 21- Corredor hospitalar desenhado.....	67
IMAGEM 22- Quarto hospitalar infantil enfeitado.....	67

INTRODUÇÃO

Estratégias lúdicas como teatro, contação de histórias, brincadeiras e brinquedotecas, atividades de artes plásticas, ambientação dos espaços, mobiliários hospitalares e, até mesmo, uniformes e acessórios médicos vêm sendo utilizados por instituições hospitalares visando tornar a experiência no hospital menos sofrida para as crianças.

Deve-se ressaltar que:

O processo de hospitalização para a criança e o adolescente, em muitos casos, representa a perda de sua vida social, de seus brinquedos e de suas fantasias. A utilização da técnica de Ludoterapia dentro do contexto hospitalar tem a finalidade de resgatar a sociabilidade e a fantasia perdidas durante o processo da hospitalização (FERNANDES, 2011, p. 1).

Ficar internado em um hospital é uma experiência difícil para qualquer pessoa, especialmente na infância, pois a criança é retirada de um ambiente no qual, em tese, se sente segura e é inserida no hospital, um lugar desconhecido, onde muitas vezes é submetida a procedimentos dolorosos realizados por pessoas também desconhecidas. Fora, é claro, o sofrimento trazido pela própria doença, motivo da internação.

Além disso, é comum que as crianças ainda não tenham maturidade cognitiva para compreender a experiência pela qual estão passando, e por isso, tendam a interpretá-la como um castigo ou punição, contribuindo para torná-la um indivíduo inseguro e vulnerável. Isso pode gerar mecanismos de defesa como: regressão em relação à maturidade comum à faixa etária, recusa de alimentos, diminuição do vocabulário, perda do controle dos esfínteres, entre outros (SDALA; ANTÔNIO, 1995). No entanto, esses impactos podem ser atenuados ou, até mesmo, evitados com a incorporação das estratégias da Ludoterapia no cotidiano hospitalar infantil. (MARTINS *et al.*, 2001).

Podemos compreender que o lúdico é tudo aquilo que estimula a criança por meio da fantasia, do divertimento ou da brincadeira, também se origina na capacidade simbólica, na qual as imagens são consideradas fundamentais para instrumentalizar a criança, visando a construção do conhecimento e sua socialização (LUZ, 2009).

Já a Ludoterapia é a intervenção terapêutica que se dá por meio do brincar, se originou formalmente a partir dos estudos e práticas de Hermine Hug-Hellmuth, Anna Freud e Melanie Klein, todas consideradas como pioneiras da psicanálise (LEITE, 2007; CAMAROTTI, 2010). Tal

abordagem “[...] possibilita na criança e no adolescente um momento de regaste da sociabilidade que ficou em segundo plano devido ao processo de hospitalização que as enfermidades demandam. Essa técnica faz uso da brincadeira e do lúdico [...]” (FERNANDES, 2011, p.1).

Considera-se, portanto, a partir das concepções contemporâneas, que ser criança é pensar e ver o mundo de uma forma diferente e que a infância é uma fase específica da vida, uma etapa com características especiais que é essencial para o desenvolvimento do ser humano. Logo, é necessário olhar para a infância de modo humanizado, levando em consideração pensamentos e anseios desenvolvidos pela criança durante a hospitalização, assim como se deve respeitar suas necessidades. É válido ressaltar também que cada criança vive um contexto diverso em relação a diferentes classes sociais, raças, religiões e famílias. Por isso, é importante que períodos de hospitalização para crianças, quando necessários, não funcionem como uma interrupção total de todo esse processo de desenvolvimento.

Historicamente, esse pensamento acerca da especificidade da infância é relativamente recente, tendo sua origem no século XVIII com o desenvolvimento do pensamento iluminista. Um dos autores mais importantes que tratou do tema na época foi o filósofo suíço Jean-Jacques Rousseau (1712-1778), sobretudo, em seu livro “Emílio”, publicado em 1762 na França (LUSTIG *et al.*, 2014). A infância passou a ser tratada, em linhas gerais, como um período com características fundamentais para a formação do homem. Contudo, mesmo com essa concepção de infância nascida no século XVIII e consolidada entre os séculos XIX e XX no mundo ocidental,

Durante muito tempo no Brasil, a criança hospitalizada foi tratada como se fosse uma categoria excluída do sistema social, cultural e até mesmo escolar, dado que, pouco, ou muitas vezes, nada se investia no seu desenvolvimento cognitivo e cultural. Era como se a criança enferma não tivesse o direito de ser criança e usufruir de seus direitos sociais, sendo impossibilitada de crescer, brincar e se desenvolver. As crianças hospitalizadas, em algumas instituições, ainda são tratadas como se não tivessem desejos, expectativas de vida, fantasias e que não necessitassem do brinquedo para auxiliar no seu processo de desenvolvimento (PAULA, 1999, p.2).

E foi a partir da incorporação do conceito ampliado de saúde e do conceito de humanização que a Ludoterapia veio ganhando cada vez mais força como estratégia nos hospitais infantis brasileiros (LUZ, 2009).

O conceito de saúde adotado nessa monografia é o que Organização Mundial da Saúde

(OMS) propõe ao definir a saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS/WHO, 1946). Entende-se, assim, que uma das formas para obter saúde é o tratamento hospitalar humanizado, que consiste em evitar a “coisificação” do indivíduo. Tal princípio foi se desenvolvendo no início dos anos de 1990 no Brasil, por meio da implantação dos direitos básicos do paciente, tais como o direito à privacidade, à confidencialidade da informação e ao consentimento prévio. Além disso, a humanização também visa à valorização dos profissionais de saúde comprometidos com o princípio de dignidade e respeito à vida do paciente (ESTEVEZ, ANTUNES; CAIRES, 2014). Em 2003, a humanização em saúde foi instituída no Brasil através da Política Nacional de Humanização com o objetivo de “efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários” (BRASIL, 2014).

Tal política incide diretamente sobre a forma por meio da qual as crianças devem ser tratadas durante internações hospitalares. No entanto, antes já havia convenções internacionais - como a Conferência de Genebra (1924) - e a própria legislação brasileira - como o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e a Lei da Brinquedoteca (2005) - que também contribuíram para que, aos poucos, as instituições de saúde e os hospitais fossem incorporando a noção de que a criança é um sujeito de direitos (ROCHA, 2016). O ECA, por exemplo, estabelece em seu artigo 3º que:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990).

É partir dos conceitos de lúdico, Ludoterapia, saúde e humanização que essa monografia foi desenvolvida e teve como questão norteadora identificar e caracterizar as estratégias lúdicas mais comumente direcionadas às crianças em situação de internação hospitalar no Brasil atual.

A escolha por esse tema está intimamente relacionada a um grande interesse pessoal nas áreas da saúde voltadas para as crianças devido a experiências pessoais. Além disso, a escolha do tema Ludoterapia, em especial para crianças em hospitais, foi a forma encontrada para otimizar as oportunidades que a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ me trouxe. Pois, ao abordar esse assunto, além de cumprir com a exigência da elaboração de uma monografia e

trazer um tópico que interessa à autora, o tema se articula perfeitamente com a formação geral do Ensino Médio que o colégio fornece, juntamente com a formação técnica na área da saúde baseada na perspectiva politécnica. Essa perspectiva defende que o profissional não deve ser capaz apenas de realizar tarefas repetitivas sem utilizar a razão e o pensamento crítico e científico, e sim, olhar o paciente pediátrico como uma criança que está passando pela situação da doença para além de um conjunto de órgãos defeituosos. Tudo isso, ainda, pôde ser associado com a formação técnica específica em Análises Clínicas, que me possibilitou estagiar no laboratório de Análises Clínicas e coleta de sangue de um hospital pediátrico do Rio de Janeiro, o Hospital Municipal Jesus, no qual tive a oportunidade de conviver com crianças internadas submetidas a situações de estresse, oriundas de regiões periféricas da cidade do Rio e, algumas, com doenças graves, permitindo com que eu criasse uma visão mais ampliada da importância da Ludoterapia na prática, para além de um trabalho científico e da bibliografia aqui estudada.

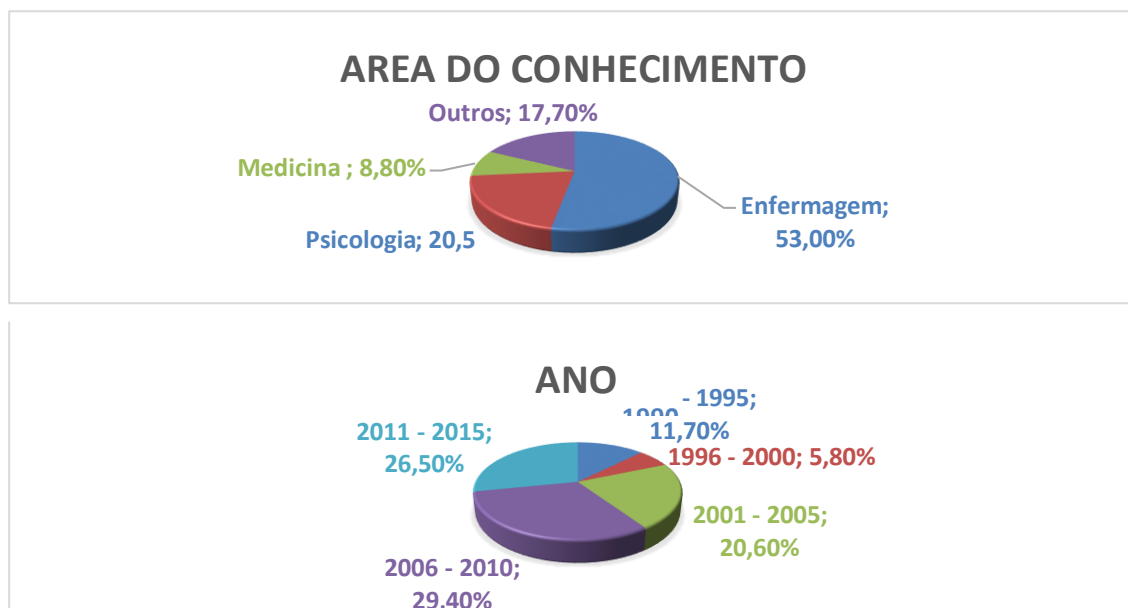
Assim, o estudo da Ludoterapia aplicada a crianças em hospitais é relevante tanto na dimensão acadêmica quanto na dimensão social, pois produzir conhecimento científico sobre o tema é uma forma de buscar contribuir para a humanização do tratamento de crianças internadas em hospitais, incentivar outros futuros profissionais técnicos em saúde a pesquisar sobre esse tema, contribuir para a luta pela efetiva implantação da legislação na área e para a criação de estratégias com objetivo de melhorar o atendimento hospitalar infantil, uma vez que, a implantação do próprio ECA e da Lei da Brinquedoteca, por exemplo, ainda é precária no Brasil (ROCHA, 2016).

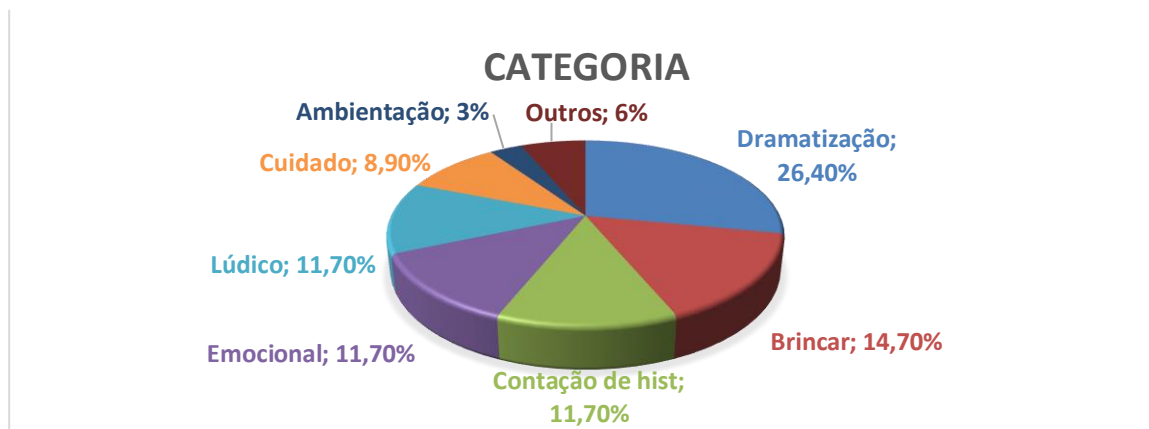
No que diz respeito à metodologia, essa monografia se baseou na abordagem qualitativa, pois a análise do objeto proposto será realizada a partir da observação de aspectos da realidade que não podem ser quantificados, com o objetivo de tornar compreensível a complexidade das relações e fenômenos sociais envolvidos (GERHARDT & SILVEIRA, 2009, p. 32; MINAYO, 2001, p. 14). Tal abordagem se justifica na medida em que essa pesquisa tem como objetivo geral analisar como a Ludoterapia aplicada a crianças hospitalizadas surgiu e se consolidou no contexto brasileiro e, como objetivo específico: identificar, caracterizar e demonstrar os objetivos e as vantagens de cada uma das principais estratégias ludoterápicas direcionadas à humanização do atendimento a crianças em hospitais.

Assim, utilizamos como estratégia metodológica a revisão bibliográfica com o objetivo de sistematizar e produzir uma visão ampla e crítica dos fatos previamente observados e hipóteses formuladas sobre a problemática dessa pesquisa por outros autores.

Desse modo, foram selecionados 74 textos acadêmicos de mais diversas áreas: terapia ocupacional, psicologia, fisioterapia, educação física, teatro, história, medicina, moda, fonoaudiologia, arquitetura e principalmente, de enfermagem para formar a biblioteca de arquivos do projeto. As bases de dados utilizadas foram: Lilacs, Scielo, BDTD e Google Acadêmico, tendo como referência os descritores: Ludoterapia, criança hospitalizada, hospitalização infantil, humanização e estratégias ludoterápicas.

Assim, a partir desse levantamento bibliográfico de 74 textos foram selecionados para a leitura obrigatória: dois livros, uma dissertação, quatro monografias e 33 artigos, produzidos por pesquisadores, predominantemente, das áreas da enfermagem e da psicologia, totalizando 40 itens bibliográficos. Tal seleção se deu em função alguns critérios: estarem em língua portuguesa, abordarem as questões específicas propostas nos objetivos, terem chancela de pares dentro do campo de estudo e ser possível analisá-los no tempo exigido para a conclusão da monografia na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Portanto, esse é o corpus de pesquisa dessa monografia. Considerou-se também que era preciso que esse conjunto de textos reunisse um número significativo de estudos/pesquisas acadêmicas que permitissem a generalização de hipóteses e conclusões.





Por meio desses gráficos é possível observar de modo sistemático o quanto cada área abordou cada tema nesse universo, e também, as lacunas que esses textos trazem. Desse modo, fica claro que a área da enfermagem, seguida pela psicologia, são aquelas nas quais mais se encontram publicações, permitindo que se afirme que são as mais preocupadas com o assunto da Ludoterapia em ambiente hospitalar. Isso se deve, principalmente, por estarem mais em contato cotidiano com o emocional do paciente pediátrico e, assim, sentir suas dores e buscar meios científicos para ajudá-los. Mas não é só isso. Pouco se trata sobre o assunto na área da medicina, tendo sido encontrados apenas dois artigos relevantes para a pesquisa. Sendo assim, essa é uma pista que indica que a maioria dos médicos, seja por falta de estrutura, pela sua formação, pela tradição acadêmica da área ou mesmo em função do status social que a medicina tem no Brasil, busca tratar apenas, em seus estudos científicos, da enfermidade motivo da internação e não o paciente como um todo. O que nos possibilita afirmar que esse não é um tema considerado relevante o suficiente para ser estudado no campo da medicina, até mesmo por sua relação direta com o cuidado em saúde, algo considerado socialmente “menor” ou uma simples atribuição técnica.

Mas, ao analisar a data das publicações, é possível, também, ter uma ideia sobre o tempo, pois a Ludoterapia hospitalar é um objeto de pesquisa recente, por isso não foram encontradas fontes de muita relevância sobre o tema antes do ano de 1990. O boom dos estudos sobre a Ludoterapia em hospitais coincide com a época em a legislação específica para infância no Brasil também começou a ganhar destaque. Pode-se observar, ainda, que o número de pesquisas é ascendente, revelando o aumento da preocupação com os aspectos emocionais da criança e de quem a cerca, elevando a importância e a procura pelo seu bem-estar geral. Para além disso, observa-se

a proporção entre os assuntos dentro da própria Ludoterapia, em que, embora tenha sido uma seleção de artigos baseada nos interesses da pesquisa, sem considerar o quantitativo total de textos existentes, há uma discrepante diferença de quantidade entre os diferentes assuntos, sendo a dramatização a mais estudada, e a ambientação - uma estratégia tão importante quanto - a menos pesquisada.

Esses textos selecionados foram, então, organizados em uma tabela e agrupados em sete subtemas: ambientação, brincar, emocional, dramatização, contação de histórias, lúdico e outros de acordo com os interesses específicos da pesquisa, a fim de facilitar o manejo dos textos, informações e hipóteses. Além disso, tal organização foi elaborada buscando-se facilitar a identificação, a caracterização e a demonstração dos objetivos e benefícios de quatro das principais estratégias ludoterápicas direcionadas para a humanização do atendimento a crianças em hospitais que foram aprofundadas nesse trabalho. Vale destacar, ainda, que há temas mais gerais, como objetivos e benefícios da Ludoterapia e sofrimentos relacionados à internação hospitalar na criança que são abordados em todos os textos selecionados.

Para possibilitar uma leitura desses textos que vá além da superfície, da mera opinião da pesquisadora, será adotada como ferramenta metodológica a leitura crítica interna e externa, estratégias próprias do campo de pesquisa em história, que tem como foco principal a contextualização de temas, afirmações e silêncios. Assim, foi possível entender os textos em seus contextos com um olhar crítico e atento para o que está explícito e o que está nas entrelinhas, elementos que ajudam a demonstrar os interesses e ideologias dos autores (BACELLAR, 2005). A metodologia utilizada, então, foi abordagem qualitativa, baseada em revisão bibliográfica por meio da leitura crítica interna e externa do texto, ambas relacionadas à contextualização como estratégia para a análise de textos (SAMARA & TUPY, 2007; BACELLAR, 2005). A primeira refere-se ao entendimento dos argumentos, às hipóteses, ao manejo dos dados empíricos, às motivações e às expectativas do autor, expressas em seus textos. Enquanto a leitura crítica externa faz alusão ao contexto sócio histórico em que o material foi produzido, no caso, aos autores e suas atuações profissionais, áreas de conhecimento, instituições, locais da pesquisa (em hospitais infantis, ala da internação e emergências) e aos sujeitos pesquisados (crianças adoecidas, amedrontadas e desconfiadas devido ao novo ambiente a que passaram estar submetidas). Assim, “foi possível relacionar texto e contexto, estabelecer constantes, identificar mudanças e permanências” (BACELLAR, 2005, p.71).

Segundo a proposta do historiador Arostégui, a regra de ouro para uma fundamentada busca, exploração e análise de textos, é uma planificação da pesquisa, pois essa é uma forma de otimizar o trabalho a ponto de permitir a orientação específica da análise por meio do agrupamento sistemático das informações. Além disso, um dos modos para produzir uma planificação da pesquisa será por meio da construção de fichamentos de conteúdo, ou seja, a criação de um método para obter a organização das informações e hipóteses e potencializar a análise (ARÓSTEGUI, 2006). Assim, de acordo com os objetivos e perguntas de pesquisa, uma ficha estruturada (ver ANEXO 1) foi elaborada para a realização de fichamentos de cada um dos textos selecionados.

Foi por meio dessas estratégias metodológicas que buscou-se responder às seguintes perguntas de pesquisa: Quais são as principais estratégias lúdicas direcionadas às crianças hospitalizadas no Brasil atual? Quais são as características e indicações de cada uma dessas estratégias? Quais seriam os benefícios da utilização de cada uma delas?

Essa monografia está estruturada em 3 capítulos com o objetivo de abordar a história e o contexto de surgimento da Ludoterapia no campo internacional e nacional e as leis que motivaram sua ascensão. Busca, também, retratar os extensos malefícios que a hospitalização pode vir a causar tanto na saúde física quanto mental dos pacientes pediátricos, profissionais de saúde, acompanhantes e sua família em geral. Por fim, identifica e caracteriza quatro das principais estratégias Ludoterápicas: Brincadeiras, Contação de histórias, Dramatização e Ambientação.

CAPÍTULO 1 – A INFÂNCIA, A CRIANÇA E A SUA SAÚDE AO LONGO DO TEMPO

Os significados dos termos infância e criança foram construídos historicamente. Logo, o que compreendemos atualmente como tal é uma criação do nosso tempo, o que se deu de acordo com as mudanças e permanências da sociedade ao decorrer dos anos e da própria estruturação do sistema capitalista e dos valores que propaga. É possível observar tal fenômeno ao acompanhar o pensamento de cada época da humanidade, pois

(...) a infância pôde apresentar variações impressionantes, de uma sociedade ou de um tempo a outro, como, por exemplo, o tempo de duração da infância, o trabalho infantil, as punições e formas de disciplinar as crianças e a idade que adentra ao ambiente escolar, são apenas algumas das variações inerentes que atravessam as fronteiras do mundo infantil (LUSTING *et al.*, 2014, p.14).

Na Antiguidade Clássica Ocidental, isto é, nos tempos do filósofo Platão, a infância não tinha características próprias ou específicas, sendo a criança apenas um ser em potencial, como uma projeção do futuro, um indivíduo que ainda não é nada no presente. A visão de infância na época platônica é de que a criança deveria ser moldada para que se preparasse para exercer funções na sociedade (LUSTING *et al.*, 2014).

Já na Europa da Idade Média - período com alto índice de mortalidade infantil - a noção de infância também não existia, não se dando um tratamento específico a quem estivesse nos anos iniciais da vida. As crianças eram vistas como adultos em miniatura. Conforme indicaram Gomes, Caetano e Jorge:

Em virtude da dependência e da fragilidade da criança nos primeiros anos de vida, durante muitos séculos ela foi ignorada. A ideia de infância estava ligada à ideia de dependência (...). Na sociedade medieval, a consciência da particularidade infantil, que distingue essencialmente a criança do adulto, não existia (GOMES, CAETANO; JORGE, 2008, p.1).

Essa visão começou a mudar entre os séculos XVI e XVII e a criança passou a ser vista como um objeto de diversão, se tornando fonte de distração aos olhos dos adultos. E, foi nesse mesmo tempo que a Igreja Católica, aos poucos, passou a se preocupar com sua disciplina dentro dos princípios morais associados aos cuidados de saúde e higiene, efetivando essa como uma das principais preocupações da época, se iniciando, assim, a ideia de adulto como provedor de alimento, saúde e proteção à criança (LUSTING *et al.*, 2014).

O pensamento sobre a infância como uma fase importante da vida é relativamente recente. Podemos localizá-lo mais precisamente na Europa no século XVIII, com o desenvolvimento do Iluminismo. Um dos autores que na época mais se dedicou a tratar do tema foi Jean-Jacques Rousseau (1712-1778), sobretudo em sua obra “Emílio” (1762). Suas concepções foram difundidas ao longo dos séculos XVIII e XIX e a infância passou a ser tratada como um período com características específicas e essencial para o desenvolvimento e para a formação do homem (LUSTIG *et al.*, 2014). A criança deveria ser educada na infância de modo a preservar o seu “potencial de virtude” para que fosse capaz de viver em sua sociedade livre e democrática. Rousseau foi “uma espécie de descobridor da infância”, compreendendo-a de modo particular e distinto da idade adulta. E, assim, projetou o “homem do amanhã” (TV CULTURA, s/d).

Portanto, a partir da historicidade da própria noção de infância e das disputas em seu entorno, é preciso refletir também sobre a categoria criança, no mundo pós Revolução Industrial (século XVIII), quando esses sujeitos saem da perspectiva de serem incapazes de produzir algo no presente para se tornarem (notadamente, as crianças pobres) mão de obra de baixo custo, constituindo o público de interesse dos patrões burgueses e de suas fábricas na época, o que tornou a exploração do trabalho infantil ainda mais comum. E, não podemos esquecer da especificidade do contexto do Brasil, que, por mais de 300 anos (1530-1888), manteve a escravização de africanos e dos seus descendentes, incluindo uma enorme quantidade de crianças. A representação da infância foi, então, sendo transformada no decorrer da história. Na Europa, ainda no século XIX, a criança deixou de ser um assunto exclusivamente privado e passou a ser pauta de congressos e debates públicos (AURELIANO, 2015). E, no século seguinte, a criança passou a ser alvo de toda uma legislação específica. A criança, portanto, é um sujeito sobre o qual se produziram e se produzem vários discursos, médico-científicos, jurídicos, pedagógicos e etc., (BAALBAKI, 2013) com os quais, até por uma questão de imaturidade cognitiva, a criança não dialoga diretamente e no mesmo patamar. Mas, são feitos discursos por pessoas externas, o que, por sua vez, são sempre perpassados por ideologias, relações de poder e de classe.

Com a chegada do século XX e a modernização nas sociedades ocidentais houve a criação de leis internacionais e nacionais específicas para crianças e, em vários países, essa visão/prática da criança como força de trabalho (seja escrava ou livre) foi se tornando cada vez mais uma exceção, mesmo que ainda não tenha se extinguido totalmente até hoje. Soma-se a isso a própria evolução do capitalismo que instituiu a criança como novo segmento de mercado e a transformou

em um consumidor, em mais uma engrenagem para mover a economia. Dessa forma, a criança - que desde seu nascimento se integra a esse mundo, construído com significados historicamente e/ou economicamente moldados, e nele se inspira e com ele interage, respondendo aos estímulos que recebeu (MOURA; VIANA; LOYOLA 2013) -, pode contribuir para continuidades ou para as transformações desse mesmo mundo que a gerou.

1.1 A legislação e a assistência médica específicas para a infância

As mudanças nas concepções sobre a infância e a criança que foram ocorrendo ao longo do tempo, como visto acima, são fruto de dinâmicas econômicas, sociais e religiosas, assim como as leis, isto é, o discurso jurídico. Logo, com tais mudanças, leis - assim como as concepções, também instituídas em meio a disputas e conflitos - sobre a criança foram sendo criadas e instituídas, sobretudo após a I Guerra Mundial (1914-1918).

Com a criação de um cenário pró-infância, no qual se busca adaptar o mundo e as profissões para a criança e seu universo, as leis não ficaram de fora. Afinal, foi:

Somente a partir do século XX que a criança começou a ter lugar nas leis e códigos no mundo e, por extensão, no Brasil, podendo ser descrito como um século de descobertas, grandes invenções tecnológicas, devastadoras guerras civis e mundiais, mas fundamentalmente o século da descoberta da criança como um sujeito de direitos. (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008, p.2)

Em 1923, foram promulgadas, na Europa, as primeiras leis de proteção à infância, que foram posteriormente incorporadas na primeira *Declaração dos Direitos da Criança*, de 1924, em Genebra. Tal declaração se baseou nos seguintes princípios: o “direito à proteção foi ampliado e o brincar pela primeira vez foi incluído em um documento legal internacional no rol dos direitos à liberdade e à dignidade, “desobjetificando” a criança e lhe atribuindo um papel de sujeito de direitos” (ROCHA, 2016, p.18).

No entanto, foi somente em 1959 que se tornou realidade a garantia, em um documento internacional legal, do acesso da criança à saúde e ao atendimento especializado. Afinal, com a criação da *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (1948), que buscava garantir o reconhecimento da dignidade inerente a todos cidadãos, sem exceção, houve uma atualização na *Declaração dos Direitos da Criança* (1959), incluindo-se uma lista com 10 principais direitos,

entre os quais: o direito à alimentação, à recreação, à habitação e à assistência médica (Princípio IV); e o direito à educação e a cuidados especiais para a criança física ou mentalmente deficiente (Princípio V). Isto é, incluiu-se direitos especificamente voltados para a saúde, sendo esse o primeiro acordo desse fim adotado pelo Brasil (ROCHA, 2016).

Em diálogo com esse cenário internacional e, em função das sistemáticas lutas e reivindicações dos movimentos sociais, na legislação brasileira, a criança só passou a ter status de sujeito de direitos com a Constituição Federal de 1988, que decretou, entre outras coisas, que “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade o direito à vida, à saúde, à alimentação (...)” (BRASIL, 1988).

Seguido a isso houve a criação do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) em 1990, que garantiu, pela primeira vez, o processo de autonomia da criança e do adolescente no contexto de ornamento jurídico brasileiro, reconhecendo o direito do brincar como conservador da dignidade infantil e como uma expressão da liberdade, consolidando o conceito de “criança-cidadã” no país (ROCHA, 2016).

A Constituição Federal de 1988 - que abrange os direitos de cada cidadão brasileiro como um todo e o ECA de 1990 - que abrange os direitos específicos da criança - representam os principais marcos legais na longa caminhada em busca da efetiva proteção aos direitos da criança no Brasil.

Pode-se observar, então, que já existem leis que asseguram os direitos de todas as crianças, estejam hospitalizadas ou não. Contudo, em função das dificuldades, no Brasil, da execução plena e universal de tais leis, em 1995 foi aprovada pelo Ministério da Justiça e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) uma resolução denominada de *Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados*, que tem como princípio instituir determinações claras para o atendimento e cuidado em saúde das crianças:

Direito à proteção, à vida e à saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação (Artigo 1); direito de não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento de sua enfermidade (Artigo 2); direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas (Artigo 3); direito de não sentir dor, quando existir meios para evitá-la (Artigo 7); direito de ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico quando se fizer necessário (Artigo 8); direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde,

acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar (BRASIL, 1995, artigo 9).

No entanto, o cumprimento dessas leis e resoluções, muitas vezes, não é observado pelo Estado, gestores e profissionais de saúde, havendo, até mesmo, negligência e despreparo com as necessidades específicas da criança, falta de estrutura para assegurar o bem-estar dos acompanhantes e despreocupação com o lazer e a recreação, ignorando-se as necessidades existentes para que o seu desenvolvimento prossiga mesmo dentro do hospital (PARCIANELLO & FELIN, 2008)

Contudo, o acompanhamento dos pais aliado à obrigatoriedade da existência de um espaço apropriado para brincadeiras no hospital já é um primeiro passo, pois a lei prevê que seja proporcionado para a criança um ambiente hospitalar que busque fazer com que elas possam se sentir menos sozinhas e mais seguras durante procedimentos médicos e durante a hospitalização em si, além de poderem ter acesso a um local no qual lhes seja permitido brincar, extravasar seus medos, dividir suas tristezas, compartilhar suas conquistas e se socializar. Afinal, a criança não fica completamente alheia à gravidade da situação: ela sofre não só com procedimentos (injeções, exames, acessos, medicamentos, cirurgias e etc.) e com a própria doença, como também com o ambiente, em que tudo é novo e potencialmente ameaçador. (SDALA; ANTONIO, 1995). Portanto, com as mudanças nas concepções sobre infância e criança e com a criação de uma legislação específica para elas, passou-se a levar em conta, ao menos em teoria (e mais dificilmente na prática, especialmente no Brasil), que

(...) mesmo bastante jovem, a criança faz uma leitura do que sente, vê e ouve, do que lhe explicam e do que lhe escondem, daquilo que observa nos outros pacientes, e retira suas próprias conclusões (...) estas crianças, mesmo muito pequenas, eram capazes de ter uma noção da gravidade e da falta de esperança inerentes à sua doença, apesar dos adultos as julgarem ignorantes do diagnóstico e do prognóstico (BARROS, 1998, p.7-8).

Mas, tem sido dentro desse contexto, que, historicamente, foram criados serviços especializados de pediatria, havendo esforços em treinamento dos profissionais de saúde para que esses sejam capazes de lidar com a criança da maneira menos traumática (BARROS, 1998).

Entre os países ocidentais, o primeiro hospital infantil foi construído em Paris, em 1802, seguido pelo *Hospital for Sick Children*, em Londres, que podem ser considerados um marco inicial da assistência médica à criança. No Brasil, em 1881, foi criada a Policlínica Geral Rio de Janeiro,

com um consultório infantil. E, em 1901, foi fundado o *Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro*, sob a supervisão do médico pediatra Arthur Moncorvo Filho, seu fundador (FREIRE; LEONY, 2011).

De modo geral, a preocupação com a criança enquanto indivíduo cresceu muito nos últimos anos, e continua a aumentar. Embora ainda não seja o ideal, o Brasil já se encontra a caminho da jornada para diminuir ao máximo os períodos de acamamento, internação e de dor. Procura-se, assim, compreender a complexidade das consequências que a hospitalização infantil pode causar, com o objetivo de descobrir quais fatores prejudicam e quais ajudam a criança a passar por essa experiência de forma menos sofrida.

1.2 A Ludoterapia para crianças hospitalizadas

Para compreender quais são as estratégias ludoterápicas mais aplicadas em hospitais infantis no Brasil e como isso é essencial para a saúde das crianças, antes, é preciso tratar da origem da Ludoterapia. Assim, tal resgate histórico é necessário para podermos compreender como as estratégias ludoterápicas foram transformadas, ao longo do século XX. Atualmente, vivencia-se um momento que busca uma estratégia de promoção e prevenção da saúde para crianças internadas em hospitais, e não a vê como algo supérfluo ou menor; como uma simples técnica destinada mais aos profissionais da enfermagem; como mera diversão ou simplesmente como o lúdico pelo lúdico.

Em muitos casos, a Ludoterapia não é sequer aplicada por ser considerada uma estratégia excessivamente cara, o que, teoricamente, em um contexto de corte de gastos e baixos orçamentos da atualidade, se justificaria. No entanto, as formas de se aplicar a Ludoterapia em hospitais podem ser variadas, sendo possível sua utilização bem-sucedida na comunicação, acolhimento e cuidado entre o profissional e os pequenos pacientes. Essas estratégias não custam um valor financeiramente calculável, requerendo, entretanto, preparação e compromisso por parte de quem acolhe o paciente em todos os níveis do atendimento.

Foi, então, na década de 1920, na Europa, que três mulheres com formações em pedagogia, psiquiatria e/ou psicanálise deram início a observações e pesquisas sobre o uso de brinquedos e brincadeiras no tratamento de crianças em contextos de sofrimento psíquico: Hermine HugHellmuth (1871- 1924), Melaine Klein¹ (1882-1960) e Anna Freud² (1895-1982).

Embora menos conhecida e canonizada pelos meios acadêmicos, Hermine Hug-Hellmuth³ - uma professora e psicanalista austríaca - contribuiu para o desenvolvimento das pesquisas em torno da Ludoterapia aplicada a crianças. Hug-Hellmuth em comparação com Anna Freud e Klein, teve seus trabalhos menos divulgados no meio acadêmico devido a sua trágica morte: foi assassinada, em 1924, por seu sobrinho, no qual aplicava seus conhecimentos de educadora e psicanalista de modo experimental.

Em 1920, apresenta no Congresso Internacional de Psicanálise realizado em Haia um trabalho com o título “Sobre a Técnica da Psicanálise de Crianças”, texto que foi publicado no ano seguinte. Provavelmente as circunstâncias conturbadas de sua morte, (...) contribuíram para o relativo silêncio que se abateu sobre sua vida e obra. (...). Sendo assim, mesmo com uma produção bastante rica e tendo sido pioneira no campo da psicanálise de crianças, por vezes é colocada em posição secundária (quando é lembrada) (SILVA & SANTO, 2015, p. 10-11).

Suas pesquisas, nos anos de 1920, se destacaram por afirmar e fundamentar a importância do brincar no contexto terapêutico, percebendo que essa seria uma forma mais fácil para as crianças se expressarem (SILVA; SANTO, 2015). A psicanalista focava principalmente em estudar e pesquisar estratégias capazes de facilitar a comunicação das crianças com os adultos ao seu redor (CAMAROTTI, 2010). Ao entrar para a Sociedade da Psicanálise na Áustria, Hug-Hellmuth publicou dois importantes trabalhos sobre alguns ensaios de Stanley Hall e sua escola e jogos infantis sob o ponto de vista da psicanálise. E durante sua permanência nessa equipe, publicou numerosos trabalhos, sendo a maioria, sobre crianças, sendo, por isso, considerada por muitos como pioneira na psicanálise infantil. O seu texto “Análise de um sonho de um menino de cinco anos”,

¹ Melanie Klein, nascida Melanie Reizes, foi uma psicanalista austríaca que, estimulada pelo irmão e pelas obras de S. Freud, iniciou o tratamento de crianças. A juventude de Melanie foi marcada por uma série de lutos, muitos provavelmente responsáveis por um grande sentimento de culpa, cujos vestígios se encontram em sua obra teórica, que aborda, por sua vez, em diversos momentos a questão do impacto da culpa no desenvolvimento infantil. Seu principal trabalho foi “A psicanálise da criança”.

² Anna Freud nasceu na Áustria em 1895 e morreu na cidade de Londres, em 1982. Era pedagoga de formação e depois de ser analisada pelo pai, Sigmund Freud, seguiu seus interesses no tratamento de crianças, se tornando também uma das psicanalistas pioneiras na área do cuidado infantil. Escreveu vários livros de referência, sendo o mais famoso, “O tratamento psicanalítico de crianças”. Anna Freud estudou a fundo o período da infância e as crianças, se fundamentando em experiências prévias que tinha com adultos, criando a teoria de ênfase ao ego na personalidade, que é utilizada até hoje.

³Hermine Wilhelmina Ludovika Von Hugenstein, mais conhecida como Hermine Hug-Hellmuth³, seu pseudônimo de escritora, nasceu em uma família nobre que veio a perder seus bens na crise da bolsa de 1873. A partir de 1907 Hug-Hellmuth foi analisada por um médico psicanalista, e devido ao seu constante interesse na psicanálise, o médico lhe ofereceu uma vaga na sociedade da psicanálise, se tornando a primeira mulher a fazer parte desse grupo. Para maiores aprofundamentos em seus estudos: <http://periodicos.unb.br/index.php/hh/article/viewFile/13346/13283>
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952010000300007

no qual, embora não proponha nenhuma terapia, aborda um importante tema da área na época que é a relação entre os sonhos infantis com os desejos e sentimentos da criança é um dos primeiros trabalhos sobre o tema em crianças.

Por sua vez, Melanie Klein – austríaca, psicanalista e judia - concentrou suas pesquisas na utilização do brincar e na realização de jogos com crianças e bebês, produzindo seus estudos por meio da observação da relação do brincar com a situação psicológica desses dois sujeitos. Segundo Paula (2009), Melanie Klein concluiu que a criança se expressava por meio da brincadeira, utilizando o brincar como uma forma de transferência entre a mente e o meio externo por meio da simbolização e da personificação. A psicanalista, inicialmente, se comunicava verbalmente com os pacientes pediátricos, no entanto, esses não se mostravam abertos a conversa. Foi então, que passou a inserir o brinquedo em suas pesquisas, observando, principalmente, que, ao brincar, a criança colocava em atos o que antes estava somente em seus pensamentos, já que nela o inconsciente está mais próximo do consciente do que em um adulto, permitindo, assim, que a análise psicológica durante a infância seja tão eficaz quanto em adultos. Melanie Klein foi uma grande defensora da importância do brincar na infância de qualquer criança mesmo que não sofresse de alguma desordem psicológica, descrevendo o brincar como um ressignificador das vivências da infância, no qual a caixa lúdica simboliza um depósito de fantasias, conflitos e traumas (PAULA, 2017).

Já Anna Freud, - Assim como Hug-Hellmuth e Melanie Klein era austríaca, pedagoga, psicanalista e judia -, tendo sido também pioneira na psicanálise infantil, com a publicação de um estudo de caso, em 1909, no qual utilizava a psicanálise em uma criança de cinco anos. Sua linha de pensamento tinha como objetivo inicial confirmar uma de suas teorias sobre o comportamento de um indivíduo adulto que acreditava ter origem nos primeiros anos de vida. Para isso, teve que compreender os minuciosos aspectos da infância, estudando a importância e os benefícios do brincar para as crianças. Anna Freud, por ser judia no contexto da II Guerra Mundial (1939-1945), teve sua cidade (Viena), invadida pelos nazistas, seus pertences e o de sua família queimados, felizmente, conseguiu escapar com o pai (Sigmund Freud) para Londres com ajuda de uma amiga e paciente, no entanto, todas suas quatro irmãs faleceram em campos de concentração (MARASCIULO, 2018). Todos esses acontecimentos explicam a imensa dedicação de Anna Freud ao criar clínicas e berçários para crianças vítimas da guerra, possibilitando também o seu contato e observações mais profundas das relações infantis. Descreveu, então, o brincar não só como uma forma de prazer, mas também como um modo de demonstrar ao mundo as situações de angústia e

traumas pelas quais determinada criança estava passando. Posteriormente, passou a estudar as consequências que eventos traumáticos na infância poderiam gerar na vida adulta de determinado indivíduo. Sua tese mais conhecida é sobre os mecanismos de defesa desenvolvidos pelas crianças quando se sentem em situação de risco. Anna Freud concluiu que a principal diferença entre uma enfermidade em um adulto e em uma criança é que a criança, na maioria das vezes, não é capaz de ter consciência sobre sua enfermidade e, por isso, não busca pela cura (PAULA, 2017).

Essas três pesquisadoras faziam uso de estratégias terapêuticas semelhantes, envolvendo o brincar com objetivos um pouco diferentes. Anna Freud usava as brincadeiras para criar relações afetivas com as crianças de modo que se sentissem mais seguras e autoconfiantes; Melanie Klein utilizava o brinquedo como forma de encorajamento para se libertarem de temores e traumas desenvolvidos na infância (CONCEIÇÃO, 2015); já Hug-Hellmuth acreditava na terapia com brinquedos e brincadeiras como uma forma da criança exteriorizar seus sentimentos.

No entanto, foi apenas em 1930, com o psicanalista estadunidense David Levy (1892-1977) que o uso de estratégias lúdicas se tornou menos raro para os mais diversos agravos que uma criança poderia vir a ter, passando a ser utilizada em situações em que tinha passado por algum trauma, promovendo a relação emocional entre o profissional e o paciente pediátrico como um método de alcançar a cura. Vários outros pesquisadores e terapeutas seguiram desenvolvendo estudos e práticas nesse campo, como a psicóloga norte-americana Axline (1911-1988), que desenvolveu, a partir dos anos 40, o princípio de que a criança não deve ser incentivada a brincar de um certo modo, e sim ter autonomia suficiente para escolher sozinha o que deseja, sem a necessidade de que, a todo momento, um profissional especialmente treinado decida qual brincadeira/brinquedo será o mais adequado para ela, buscando, assim, que a criança atinja a sua auto realização, na qual ela mesma é capaz de expressar seus sentimentos por meio da escolha do brinquedo, e, desse modo, se comunicar (CONCEIÇÃO, 2015).

Já no contexto brasileiro, e em diálogo com os debates e pesquisas internacionais, uma das pesquisadoras mais conhecidas em função do seu trabalho com brinquedos e brincadeiras com crianças é Nylse Helena da Silva Cunha (1929-2017), especialista em educação especial e pedagoga de formação. Publicou dois livros que introduziram a temática da educação adaptada para deficientes físicos. Posteriormente, começou a desenvolver trabalhos sobre a construção de brinquedos pedagógicos com materiais reciclados e fundou uma escola (Instituto Indianópolis),

contribuindo para o universo da educação infantil não só no âmbito nacional como também no internacional (GIMENES; TEIXEIRA, 2011).

Outra pesquisadora também bastante conhecida na área é Edda Bontempo. Pedagoga de formação e doutora em psicologia, conduziu importantes pesquisas sobre o brincar e a sua influência na aprendizagem e no desenvolvimento humano, destacando-se a sua pesquisa referente à influência dos super-heróis e dos brinquedos na imaginação infantil (GIMENES; TEIXEIRA, 2011).

Junto a esse movimento de elaboração de pesquisas sobre brincar, brincadeiras e desenvolvimento infantil ocorreu a introdução dos princípios do brincar e da Ludoterapia na área da saúde no Brasil. A psicóloga e pedagoga Aidyl Macedo de Queiroz Pérez-Ramos teve papel essencial nesse processo ao introduzir o brincar no campo hospitalar tendo como objetivo a humanização do atendimento pediátrico (GIMENES; TEIXEIRA, 2011).

Entretanto, a introdução das estratégias ludoterápicas em hospitais também está relacionada à própria ressignificação do conceito de saúde e da implantação das políticas de humanização no Brasil, já mencionados na introdução desse trabalho.

Assim, na segunda metade do século XX, o surgimento de outro modo de enxergar a saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, também influenciou esse processo de introdução da Ludoterapia nos hospitais infantis brasileiros. A saúde não é mais vista, ao menos nas políticas públicas, meramente como ausência de doenças, mas sim como estado positivo de viver (LUZ, 2009).

Aliado a esse conceito ampliado de saúde, ganhou força o conceito de humanização, que pode ser definido como busca pelo tratamento individualizado de forma que as necessidades específicas de cada indivíduo possam ser atendidas. É, portanto, uma política em saúde que busca impedir a coisificação do indivíduo enfermo para que esse possa ser tratado de modo mais humano, no qual o sujeito é visto em toda a sua complexidade e não como um conjunto de órgãos que precisam ser reparados, buscando, também, promover o avanço da integração de todos os envolvidos no cuidado em saúde: gestores, profissionais de saúde e usuários (PEREIRA; BARROS, 2009). Uma forma de colocar em prática essa política de humanização na saúde é a Rede HumanizaSUS, que atua como incentivadora das práticas para ajudar o paciente a se tornar protagonista do seu atendimento/tratamento e não sua doença. Assim, o paciente tem sua

subjetividade considerada e respeitada, de modo que a hospitalização possa ser menos dolorosa por meio da maior comunicação e atenção em hospitais da rede pública (HUMANIZASUS, 2014).

Contudo, a própria formação atual dos médicos ao estar estruturada na separação entre corpo e mente dificulta que essa política de humanização se torne uma realidade. Segundo Antônio Damásio, médico neurologista:

Um indivíduo ao se dizer médico geralmente escuta um elogio envolvendo o ato humanitário que exerce a cada dia de trabalho. E, de fato, por meio de sua busca incessante pela cura, a medicina já desenvolveu inacreditáveis avanços científicos [...]. No entanto, essa incansável busca, acaba por, muitas vezes, ignorar ou diminuir a humanidade do indivíduo que dela necessita, afinal, focam, em sua maioria, apenas na fisiologia e na patologia do corpo doente, esquece-se que, associada a ele, se tem uma mente, que por vezes, pode adoecer junto, e, essa, os medicamentos e exames, sozinhos, não são capazes de curar. O resultado de tudo isso tem sido uma considerável negligência quanto a função do paciente de “ser”, que não deixa de acontecer com o desenvolver da patologia. Infelizmente, poucas escolas de medicina se preocupam com o preparo desses profissionais para lidar com o “órgão” mais complexo do corpo humano – a mente. Percebe-se então, que esse conceito de humanidade que, em teoria, anda lado a lado com as ciências médicas, na verdade foi anulado, e assim continuará até que os médicos percebam que aquilo que as pessoas sentem em relação ao seu estado físico é o fator principal no resultado do tratamento. Percebe-se então, que a imagem distorcida do organismo humano aliada ao crescimento exorbitante do conhecimento e, por consequência, a necessidade da subspecialização, torna a medicina cada vez mais inadequada, se afastando, assim, do tão falado princípio de humanidade (DAMASIO, 1996, p. 267).

Além disso, também é um grande desafio promover uma atmosfera humanizada se baseando no respeito ao paciente e à sua subjetividade, enquanto os profissionais da saúde não têm seus direitos garantidos como trabalhadores e estrutura necessária para o acolhimento dos pacientes em todas as suas necessidades. Desse modo, não se pode pensar em humanização em saúde de modo dissociado da formação dos profissionais da saúde, das suas condições de trabalho e das unidades de saúde, afinal, para que seja possível promover um ambiente humanizado para o paciente é necessário criá-lo também para o trabalhador que o atende e acolhe (ROCHA, 2016).

Foi, então, a partir das mudanças nos conceitos de infância, saúde, humanização e criança, da criação de um campo de estudos e pesquisas sobre Ludoterapia, da implantação de uma legislação internacional e nacional específicas para a infância e do surgimento de instituições de saúde pediátricas que a Ludoterapia veio ganhando cada vez mais força como estratégia nos hospitais infantis (LUZ, 2009).

Assim, no Brasil, até quase o final do século XX, as crianças internadas em hospitais eram radicalmente separadas do ambiente que conheciam como lar e de sua família, sendo permitidos

apenas breves períodos de visitas e que, mesmo assim, não eram encorajados pelos profissionais de saúde. Não havia a preocupação com a interrupção do desenvolvimento normal da idade. Esse cenário, desde então, vem sendo modificado. Ficar internado em um hospital é uma experiência difícil para qualquer pessoa, especialmente, na infância. Afinal, a criança é retirada de um ambiente no qual, em tese, se sente segura para ser inserida em um lugar desconhecido, onde, muitas vezes, é submetida a procedimentos dolorosos realizados por pessoas também desconhecidas. Fora, é claro, o sofrimento trazido pela própria doença, motivo da internação.

Agora que já se compreende o contexto em que a Ludoterapia surgiu, é essencial se compreender o que essa significa nos debates mais atuais, relacionados à sua aplicação dentro de hospitais infantis.

A Ludoterapia é o nome científico da terapia através do brincar (LEITE, 2007), da dramatização de papéis e de conflitos (HUERTA, 1990) e da estratégia utilizada para o manejo e para o tratamento de crianças com prejuízos e/ou distúrbios emocionais, psiquiátricos, neuróticos, psicóticos (RIBEIRO, 1991). Nomeia também a terapia que busca aliviar o sofrimento da criança hospitalizada (COLLOSSAL *et al.*, 2011), minimizar os efeitos da hospitalização, diminuir os níveis de ansiedade da criança a níveis suportáveis (SADALA; ANTÔNIO 1995) a fim de prevenir sofrimentos mentais (PEDROSA *et al.*, 2007). O que, por sua vez, acontece por meio de intervenções lúdicas que são realizadas no interior de um espaço no qual o indivíduo exercita suas funções nos aspectos sensorial, motor, perceptivo, afetivo e social (SOUZA, 2016). Ou seja, a Ludoterapia deve acontecer em ambientes, espaços e situações destinados ao brincar dentro do hospital, organizados em função da criança e de suas necessidades (PARCIANELLO; FELIN, 2008).

Além disso, um dos benefícios já comprovados da Ludoterapia é justamente o auxílio que pode oferecer aos infantes internados, para que esses não tenham danos para além da doença inicial, buscando evitar distúrbios psicológicos que possam, em alguma medida, prolongar a estadia daquele paciente no hospital (BRITO *et al.*, 2009). Essa perspectiva, no fundo, está estreitamente relacionada ao princípio da Integralidade da saúde instituído no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, que “[...] considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL/MS, s/d). Isto é, tal princípio estabelece que se deve oferecer condições para que o indivíduo não adoça ou não agrave o seu adoecimento por

meio da prevenção, o que, do ponto de vista financeiro, também é positivo, pois, assim, o Estado economiza ao não precisar arcar com os altos custos que aquele cidadão teria caso chegasse a adoecer e necessitasse de uma internação ou no caso de agravamentos, tratamentos mais custosos.

Sendo assim, a Ludoterapia é uma estratégia que pode auxiliar não só o paciente que, na maioria das vezes, se sente mais compreendido e seguro, influenciando positivamente em seu processo de cura, mas também aos profissionais da saúde que o cercam, que podem atuar em um ambiente de trabalho potencialmente menos estressante. Além disso, em termos estritamente financeiros, o Estado também “ganha” ao poder gastar menos com possíveis recaídas que o indivíduo possa ter em função de uma internação hospitalar brutalizada e traumática. Nesse último caso, a criança não terá a sua subjetividade e seus sofrimentos psico-afetivos acolhidos, aumentando as chances de sofrimentos futuros após a internação, podendo vir a necessitar de mais cuidados hospitalares.

2 - OS IMPACTOS QUE INTERNAÇÕES HOSPITALARES GERAM EM CRIANÇAS

Imagine uma criança de 7 anos com câncer que passou 18 meses internada e conseguiu a cura da doença. Obviamente, o saldo desse processo é positivo, afinal o objetivo final foi alcançado. No entanto, o que será que significa em termos do desenvolvimento sócio, afetivo e cognitivo uma criança permanecer tanto tempo dentro de um hospital? A que impactos e danos ela está exposta? Como as estratégias ludoterápicas podem ajudar nesse processo instituindo um cuidado em saúde humanizado? Para buscar as respostas para essas perguntas não pode deixar de se considerar que

Embora o tratamento tenha por finalidade promover o tratamento e a cura da doença, os procedimentos hospitalares adquirem para a criança um caráter doloroso, invasivo e ameaçador, podendo interferir em seu desenvolvimento físico, psíquico e intelectual (PARCIANELLO; FELIN, 2008, p.1).

O caso citado acima, embora seja fictício, é representativo do cotidiano de diversas crianças internadas em hospitais brasileiros. Contemporaneamente, tem havido uma grande preocupação com as consequências do contexto ambiental sobre o desenvolvimento psíquico, físico e intelectual da criança, no entanto, o conhecimento sobre o assunto ainda é escasso, e

[...] esse processo tem sido lento e gradativo, mas algumas experiências realizadas anteriormente comprovam que ações criativas, com foco mais na conscientização da equipe profissional do que nos recursos financeiros, são capazes de produzir resultados recompensadores não só para os pacientes, mas também para os trabalhadores da instituição (BRITO *et al.*, 2009, p.3).

Além disso, a duração da hospitalização também é um fator determinante para a probabilidade e gravidade das possíveis sequelas. Quanto mais longa for, mais prejudicial poderá ser (PARCIANELLO; FELIN, 2008). Conforme, infelizmente, demonstram diversas pesquisas, tais danos podem ser graves (CARDOSO, 2007) (MARTINS *et al.*, 2001) (PARCIANELLO & FELIN, 2008) (SOARES; ZAMBERLAN, 2001) (PEDROSA *et al.*, 2007) (BRITO *et al.*, 2009) (RIBEIRO, 1991) (COLLOSSAL *et al.*, 2011) (LIMA & SANTOS, 2015) (BRANCO, 1991) (LIMA *et al.*, 2009).

A infância é um período crucial na vida de qualquer sujeito. É na infância, a partir das vivências das relações familiares e sociais como um todo, que o indivíduo constrói sua relação com o próprio corpo, com o mundo externo, e a partir daí,

adquire uma estrutura de personalidade que vai ser a base para todas as suas experiências futuras. (CARDOSO, 2007, p.8)

No entanto, a doença é algo indesejado e inesperado por todos, principalmente durante a infância, pois são nos primeiros anos de vida que os familiares, em geral, se preocupam em como será o futuro daquele indivíduo, quais serão seus valores e suas paixões (CARDOSO, 2007). Porém, é importante considerar que doenças como câncer, por exemplo, seja no momento do fechamento de um diagnóstico ou na procura por um, há um obstáculo muito maior do que o esperado, afinal, o maior problema daquela família deixa de ser se o filho (a) irá ou não se adaptar à nova escola, e sim, passar a temer se aquele indivíduo se adaptará ou não ao tratamento e se conseguirá passar por isso e sobreviver. O que, por consequência, gera o pânico da dor, do sofrimento, da mutilação e a insegurança constante baseada na proximidade com a morte (AMORIM *et al.*, 2015). Esse conjunto de novos sentimentos e expectativas trazidos pelo adoecimento gera uma situação geral de fragilidade para o paciente e para a sua família:

O paciente quando está internado em um hospital perde sua identidade. Ele não é mais o sujeito de nome próprio, que mora em sua própria casa, possui objetos particulares, exerce atividades diárias, possui uma rede social e uma autonomia que permite gerir sua própria vida. Numa enfermaria ele é apenas mais um paciente doente, identificado pela sua patologia, longe de sua casa, de suas coisas, de sua família, amigos e está totalmente dependente e submetido à equipe de saúde. É uma situação de completa fragilidade, desamparo e incerteza em relação a própria vida (CARDOSO, 2007, p.17).

Sendo assim, ao receber a notícia de uma internação ou de um diagnóstico propriamente dito, a criança e sua família têm esses medos compartilhados e suas vidas, por pelo menos por um período, transformadas. Embora câncer seja apenas uma das várias doenças diferentes que causa internações frequentes e/ou prolongadas, o sentimento de aflição e insegurança, na maioria das vezes, é comum a todos os pacientes pediátricos e a seus familiares (CARDOSO, 2007). Sobre isso a pesquisadora Lindquist afirma em seu livro sobre sua trajetória na enfermagem: “Elas [as crianças] não estavam lá por alguns dias, mas por semanas, meses, às vezes mesmo por anos (...). A criança não tem noção do tempo, não entende que sua estadia tem uma duração, para ela o que não acontece imediatamente, jamais acontecerá” (LINDQUIST, 1993, p.25).

É válido ressaltar que, assim como afirma HUERTA (1990), a criança, a fim de encontrar respostas para atender sua falta de informação sobre o processo de adoecimento e internação,

fantasia. Logo, mesmo que essa criança não tenha sido informada do que consta em seu prontuário também reagirá, não ao diagnóstico propriamente dito, mas ao clima que se instalará no ambiente familiar, já que os pais sabem da existência da doença e seus comportamentos podem vir a demonstrar de alguma forma que algo está errado. Afinal, segundo CARDOSO (2007), não revelar o que está acontecendo à criança não impede que essa sofra, podendo ser até pior, pois pode fazer com que ela passe a imaginar e fantasiar inúmeras situações que podem, até mesmo, ser piores do que a situação real (CARDOSO, 2007). Assim, é fundamental considerar que

O direito à informação ampla sobre a doença e a assistência leva em consideração o respeito à criança e ao adolescente, como indivíduos capazes de entender, dentro dos limites de sua competência intelectual, o que se passa com o seu corpo e sua doença. Significa, também, que essas pessoas não poderão ser tratadas como objetos passivos da intervenção da instituição de saúde, tampouco da família, pois a opinião particular de cada criança ou adolescente deve ser considerada. Resguarda, ainda, o direito de suporte psicológico para as suas ansiedades e fantasias (SOARES & VIEIRA, 2004, p. 5-6).

A criança é submetida, geralmente, em função de sua idade, a poucas realidades durante a sua infância e, definitivamente, o hospital, na maioria das vezes, não é uma delas. No entanto, ao ser hospitalizada cada criança deixa para trás o mundo das coisas comuns que conhecia: casa, irmãos, animais, escola, amigos, de um modo geral, perde suas referências (PEDROSA *et al.*, 2007; BRITO *et al.*, 2009; CASTANHA *et al.*, 2004; AMORIM *et al.*, 2015). A hospitalização da criança significa agressão ao seu mundo lúdico e mágico e, por isso, requer do profissional que a assiste, a compreensão do mundo infantil. E, infelizmente, em grande parte dos casos, ao passar pela experiência da doença - associada ou não a dor - e da atmosfera do hospital, há um impacto sobre o estado psicológico dessa criança que chega, algumas vezes, a constituir uma crise, tornando a internação um período ainda pior do que realmente é. O que pode se transformar em uma situação traumática e estressante no futuro, podendo, até mesmo, acompanhar a saúde mental desse indivíduo por toda a vida pós-internação (COA; PETTENGIL, 2006).

A internação hospitalar pediátrica revela diversas rupturas, mudanças abruptas e impostas, ininteligíveis ao olhar infantil. Ademais, exposta a essa situação de vulnerabilidade, muito além de um corpo doente, vê-se uma mente doente – uma criança que de repente se vê privada do seu aconchego, dos seus brinquedos, das suas brincadeiras, da sua escola, da sua casa, do seu referencial. Uma criança deslocada para um ambiente novo, estranho aos seus olhos, que segue uma rotina, que, por maior discernimento que ela tenha, não representa a leveza e a inocência

de costume. E mais, dói, imobiliza, machuca, impede de brincar (AMORIM *et al.*, 2015, p.1).

Muitas vezes, passa despercebido, até para o próprio profissional da saúde, a possibilidade de desempenhar ações que possam trazer à criança a coragem que necessita para lutar contra a doença, o tratamento e a permanência no ambiente hospitalar (BRITO *et al.*, 2009). Assim como afirma Pedrosa *et al.* (2007), observa-se que, além das dificuldades que a própria doença traz, as condições de hospitalização podem afetar a totalidade da criança de forma que os seus desenvolvimentos físico, emocional e intelectual fiquem comprometidos (BRITO *et al.*, 2009) (PEDROSA *et al.*, 2007). É no contexto hospitalar que a criança costuma vivenciar grande insegurança, desconforto e sofrimento psíquico em função do afastamento dos entes queridos, pela restrição ao leito, pela submissão à passividade, pela obediência aos procedimentos e pelo perigo real de morte, e, associado a todos esses fatores, ocorre a exposição de seu corpo aos procedimentos de investigação e tratamento, muitas vezes, colaborando para sua perda de privacidade pessoal, o que, por sua vez, pode ocasionar uma ruptura com sua identidade (PARCIANELLO; FELIN, 2008).

Certos exames são invasivos, agressivos e dolorosos, ou, ainda, requerem uma aparelhagem complexa que emite sons e ruídos, constituindo exigências técnicas de alguns tratamentos para auxílio diagnóstico e terapêutico. Esses procedimentos, embora não possam ser evitados, podem ser suavizados pela sensibilidade da assistência (SOARES; VIEIRA, 2004, p.2).

Assim, como afirma Cardoso (2007), “hoje é impossível não reconhecer que a doença é resultado de uma interação constante entre mente e corpo influenciada por diversos fatores que vão além do biológico e incluem fatores psicológicos, sociais e culturais” (CARDOSO, 2007, p. 15). Sendo assim, quando uma dessas esferas, seja do corpo e/ou da mente, é prejudicada pode ocorrer uma grande desestabilização emocional (CARDOSO, 2007).

São nesses momentos de doença, medo e insegurança que os indivíduos, sejam pacientes pediátricos ou não, passam a procurar por rostos familiares e formas de conforto já conhecidas (HUERTA, 1990). Embora esses se encontrem lá, não há segurança nos seus semblantes. Por isso, pode-se afirmar que a hospitalização de uma criança não causa transtornos apenas para si própria, mas para a família como um todo, a ansiedade de ambos aumenta, levando a criança a se sentir ainda mais confusa, desamparada e incapaz. Afinal, foi separada do conhecido lar para um mundo completamente novo, repleto de equipamentos desconhecidos, dominado por adultos estranhos, onde passa a estar em um local limitado no qual rotinas hospitalares e o próprio ambiente diminuem

o repertório de atividades com as quais estava habituada a executar (HUERTA, 1990; LIMA; SANTOS, 2015).

Agora, desde que as visitas às crianças hospitalizadas foram liberadas, os pais podem se dar conta, sozinhos, de que a hospitalização pode se constituir em dura experiência para seu filho. A maioria deles percebe que é seu dever permanecer próximo ao filho o máximo de tempo possível. No entanto, alguns acham que é difícil entreter uma criança neste ambiente desconhecido do hospital. Constantemente uma mãe ou um pai fica sentado perto da criança, inquieto, mas passivo. Transmitem assim sua inquietação (LINDQUIST, 1993, p. 9).

Além disso, considera-se que a criança não tem maturidade de um adulto para lidar sozinha com a lesão corporal, dor, separação da família e medo do ambiente desconhecido, e da mesma forma, ainda não têm linguagem verbal suficientemente desenvolvida para expressão de sentimentos e pensamentos mais profundos em relação a sua vivência (SOARES; ZAMBERLAN, 2001).

De fato, a hospitalização abrange especificidades que vão muito além da busca pela cura. Envolve também enfrentar pessoas estranhas realizadoras de procedimentos hospitalares invasivos, como injeção e curativos e entre outros, que, em sua maioria, provocam o sentimento da perda de controle de si e de sua personalidade. Todos esses fatores associados ao imaginário infantil podem desenvolver no paciente pediátrico um nível de ansiedade que os deixa inseguros e medrosos, principalmente quando não são preparados para a hospitalização e para o tratamento a ser realizado (MARTINS *et al.*, 2001).

Exames como Raio x, Eletroencefalograma, Eletrocardiograma e Ultrassonografia trouxeram à tona o medo de sentir dor. Isso decorreu da temperatura fria do ambiente, fiações e ruídos estranhos nunca antes ouvidos dos aparelhos, ou talvez do fato de as crianças não terem sido informadas quanto ao que consistia o exame que realizariam e as reações que provocavam. Após terem vivenciado a experiência, puderam constatar que a dor não acompanhava tais procedimentos (SOARES; VIEIRA, 2004, p.6).

É por isso que, muitas vezes, a criança se refere ao hospital como um ambiente estranho, desagradável, de proibição e de desumanização do indivíduo (LIMA & SOUZA, 2015; AMORIM *et al.*, 2015). É possível observar esse fenômeno acontecer por meio da chamada “coisificação” do paciente, no qual a criança deixa de ser tratada por seu nome e passa a ser chamada pela sua doença ou pelo número de seu leito. “A despersonalização ocorre desde sua chegada, onde a criança é despida, colocada dentro das roupas do hospital, dentro das normas e padrões, ou seja, camas iguais, roupas iguais, etc.” (PARCIANELLO; FELIN, 2008, p.3). Portanto, a assistência à criança

hospitalizada deve incluir não apenas prestação de cuidados físicos, mas também, para ser efetiva, deve considerar e atender suas necessidades emocionais e sociais (SOARES; VIEIRA, 2004).

A existência de um espaço dedicado ao brincar dentro de um hospital reflete a preocupação com o bem-estar global do indivíduo, proporcionando maior confiança nos pacientes e em seus familiares. Contribui também para a desmistificação do ambiente hospitalar, comumente percebido como hostil, uma vez que a possibilidade de brincar no hospital permitiria a visão desse ambiente como bom e agradável. Quando as pessoas vivenciam a hospitalização, a qualidade do ambiente pode afetar diretamente no processo de recuperação (BRITO *et al.*, 2009, p.2).

Além da ruptura com a identidade da criança, o ambiente hospitalar se torna “um local de proibições, não se pode jogar bola ou falar alto e, para sair do leito, é necessário pedir permissão para a equipe de saúde o que, muitas vezes, lhe é negado” (OLIVEIRA, 1993, p. 328 *apud* PARCIANELLO; FELIN, 2008). Essas restrições, em vários casos, desnecessárias, poderiam ser evitadas apenas aumentando-se o nível de informação sobre o assunto entre os profissionais de saúde (BRITO *et al.*, 2009; LIMA *et al.*, 2009). De fato, poucas famílias e profissionais de saúde consideram que uma criança levantar da cama para brincar já tem função terapêutica (PARCIANELLO & FELIN, 2008), e, por isso, optam pela opção mais fácil, simplesmente restringi-las a permanecerem deitadas/sentadas todo o período durante a hospitalização, mesmo quando sua doença, tratamento e/ou condição não exigem.

Neste sentido, o hospital pode abrir-se como um espaço de acesso e manipulação de conteúdos diversos - não somente lugar de dor, incômodo e restrição - permitindo a modificação da realidade e de valores socioculturais. Este deslocamento e complexificação do lugar do hospital e, conseqüentemente, das ações e lugares dos profissionais de saúde configuram-se também como estratégia de intervenção política. O brincar abre, para crianças e adolescentes, mas também para todos os demais envolvidos no processo, a condição permanente de reinventar o presente, a realidade e a si mesmo (ANGELI; LUVIZARO; GALHEIGO, 2010, p.4).

Nesse processo de internação é importante ressaltar a existência do fenômeno da infantilização excessiva da criança, afinal, nem todas as crianças internadas são bebês. No entanto, a maioria é tratada como tal: são colocadas em berços, lhes são oferecidas bebidas em mamadeiras, entre outros, indo contra o princípio da individualização do tratamento, no qual cada paciente deveria ser tratado de acordo com as suas especificidades, atendendo e acolhendo as necessidades de cada um, com objetivo de reinserir o ser humano no funcionamento da instituição hospitalar, ou

seja, impedindo que o paciente seja reduzido a um ser que precisa de reparos em seus órgãos prejudicados (COA; PETTENGIL, 2006). Essa importante base da saúde, ao ser quebrada, pode fazer com que aconteça regressão ou retardamento no desenvolvimento daquela criança (PARCIANELLO; FELIN, 2008).

Afinal, assim como afirmam Soares e Zamberlan (2001), “o hospital deve apresentar características de acolhimento, demonstrando que pode funcionar a partir de uma noção muito ampla de ser humano, buscando considerar sentimentos nas relações profissionais com os pacientes” (SOARES; ZAMBERLAN, 2001, p.3).

Soma-se a isso o fato de que a criança exige maior atenção e cuidado, pois qualquer desestruturação em sua faixa etária pode interferir na qualidade de vida e em seu pleno desenvolvimento. Devido a esses fatores, Martins *et al.* (2001) afirma que os pacientes entre as idades iniciais de 0 a 5 anos passam por vários estágios de ansiedade, como protesto, desespero e negação, que, por sua vez, podem resultar até em distúrbios nervosos e personalidade instável. (MARTINS *et al.*, 2001; COA & PETTENGIL, 2006).

Huerta (1990) afirma também que a criança hospitalizada se sente ansiosa e infeliz, podendo, inclusive, experimentar graus variados de estresse emocional. Sente o medo do abandono, não dos pais propriamente ditos, mas da família como um todo, convive com o sentimento de raiva de estar submetida àquela situação, ou, até mesmo, pode vir a perceber a internação como uma punição, sentindo-se culpada (HUERTA, 1990). As causas mais frequentes de ansiedade são a internação como um todo, cirurgias, agulhas de injeção, acessos e anestésias (MARTINS *et al.*, 2001)

Kenny, assim como Huerta, descreveu os comportamentos do paciente pediátrico como um processo que pode envolver quatro estágios: protesto e medo, no qual a criança reage, normalmente, chorando; apatia e fuga, a criança torna-se apática e se isola, podendo até ser confundida com o tradicional bom paciente; culpa, no qual busca compreender os motivos que a levaram a experimentar a hospitalização e, por fim, a tristeza, em que a criança se preocupa quase que unicamente com a sua integridade física, por sua autoconfiança já ter sido deixada de lado durante as fases anteriores (KENNY, 1975 *apud* HUERTA, 1990).

Segundo Silva, Teles e Valle (2005, *apud* CARDOSO, 2007), em estudos voltados para a compreensão das experiências de crianças diante a internação, as temáticas abordadas por elas envolviam sempre as mesmas dimensões: identidade (relação entre o mundo e o próprio corpo), a

doença e o tratamento (diagnóstico, procedimentos e consequências), a vida (âmbito social) e a morte (SILVA; TELES; VALLE, 2005 *apud* CARDOSO, 2007).

É importante também não só discutir a não aceitação do paciente frente ao tratamento, é necessário se atentar também com como a sua adaptação acontece.

A adaptação não deve ser confundida com uma aceitação passiva e submissa em relação à hospitalização, mas sim, deve ser entendida como uma atitude equilibrada do paciente, ou seja, de resiliência, capacidade do indivíduo frente à adversidade, de aceitar as limitações, superar os obstáculos e readaptar-se de forma positiva (JEAMMET, REYNAUD & CONSOLI, 2000 *apud* PARCIANELLO & FELIN, 2008).

É por meio dessas formas de manifestação de reações adversas que as crianças tentam transmitir aos adultos seus sentimentos, deixando-lhes sinais para que compreendam pelo que estão passando, o que, infelizmente, leva a uma experiência extremamente estressante e traumática que reflete em seu comportamento durante a permanência no hospital e após a alta (RIBEIRO, 1991).

Ademais, muitas vezes, pela própria condição de saúde da criança, ela é instruída a evitar determinadas ações e o contato com outros pacientes, reduzindo, assim, seu contato com outras crianças e, por consequência, prejudica também sua socialização (LIMA; SANTOS, 2015). No entanto, é possível observar esse triste fenômeno principalmente no caso do isolamento, essencial para os pacientes que possuem doenças que diminuem excessivamente seu sistema imunológico e que, por consequência, estão extremamente suscetíveis a adquirir qualquer doença, ou para as portadoras de patologias infecciosas:

(...) ficar isolado significa ter o mínimo de contato com a equipe e com o meio externo. No entanto, do ponto de vista psicológico, esse é um quadro de abandono e limitação, aumentando o sofrimento. Em consequência dessa intensificação do sofrimento, os números de óbitos aumentam, principalmente com crianças, pois essas acabam perdendo a vontade de viver (PARCIANELLO; FELIN, 2008, p.6).

É importante considerar também que os impactos psicológicos não se restringem exclusivamente ao paciente doente, mas também aos indivíduos que os cercam. Diante disso, a rotina da família muda muito, um dos responsáveis passa, em tese, a estar sempre ao lado da criança o que pode desestruturar suas relações sociais tanto entre casal como como sujeito social propriamente dito (COA; PETTENGIL, 2006). Além dos problemas conjugais é necessário destacar que há casais que têm filhos saudáveis além do doente, e esses, ao ter ao menos um dos pais sempre longe, perde o foco da família, que, geralmente, aponta mais para a criança

hospitalizada. Essa situação pode vir a originar crises familiares nos quais os outros filhos passam a apresentar sentimentos de ansiedade, depressão, raiva, ciúmes, culpa e isolamento social e, em raros casos, chegam até a manifestar queixas psicossomáticas na tentativa de chamar a atenção da família. A questão é, os responsáveis além de terem que lidar com uma drástica mudança no relacionamento conjugal, com estresse e o medo de ter um filho internado, precisam também lutar para manter as suas relações sociais e familiares e o próprio trabalho sob controle fora do hospital (CARDOSO, 2007).

Assim, de modo mais sistemático, como resultado da ligação corpo e mente, a criança apresenta repertórios diferentes de comportamentos, indicando como está lidando com a hospitalização (PARCIANELLO & FELIN, 2008). É possível observar diversos prejuízos que a internação pode causar no seu estado psicológico e suas consequências, dentre as principais se encontram: problemas de sono, agressão hostil, perda de apetite, choro excessivo, sentimento de raiva, agressão, aquisição de inúmeras fobias, perda de peso, parada do desenvolvimento e crescimento, dermatoses, manifestações psicossomáticas, incapacidade de fazer contatos e tomar iniciativas, personalidade instável, gritos, rigidez facial, defasagem escolar, aumento de retardo, carência afetiva, perda da autoconfiança, gemidos, falta de estimulação sensorial, recusa de contato social, sentimento de vingança, evasão escolar, desorientação, distúrbios do comportamento, insegurança, enfraquecimento de suas funções fisiológicas e imunológicas, ausência de aquisição das aprendizagens normais da idade ou a perda das que já existiam, sentimento de culpa tanto pelo fato de ter sido submetida a internação, como uma espécie de castigo, quanto por ocasionar tanto sofrimento aos seus pais (PARCIANELLO & FELIN, 2008) (MARTINS *et al.*, 2001) (RIBEIRO, 1991) (BRITO *et al.*, 2009) (PEDROSA *et al.*, 2007) (COLLOSSAL *et al.*, 2011) (LIMA & SOUZA, 2015) (VERISSIMO, 1991) (BRANCO, 1991) (OLIVEIRA, DIAS & ROAZZI, 2003) (COA & PETTENGIL, 2006) (AMORIM *et al.*, 2015) (ESTEVES, ANTUNES & CAIRES, 2014) (SIMIONI *et al.*, 2017) (BEGNIS & CARVALHO, 2006).

Soma-se a isso os danos que os traumas sofridos durante a hospitalização podem vir a causar para a criança ao retornar ao ambiente familiar após a alta, pois essa pode passar a: requerer mais atenção, apresentar tiques, maneirismo e/ou temores novos, chorar excessivamente, ter medo da separação, expressar ciúmes, desenvolver timidez excessiva, ter insônia e/ou pesadelos, ter

comportamentos agressivos, buscar por conforto em objetos, fazer birra, desenvolver hiperatividade, entre outros (RIBEIRO, 1991; HUERTA, 1990).

Segundo Marlow (MARLOW, 1977 *apud* RIBEIRO, 1991, p.1) “os prejuízos da hospitalização podem ser tão graves que são capazes de fazer com que a criança fique traumatizada em maior grau do que está fisicamente doente”. Desse modo, ao se considerar o tamanho da extensão da lista de malefícios que a hospitalização pode vir a causar, não é surpreendente afirmar que alguns, ou vários desses prejuízos possam vir a ser confundidos com os sintomas da própria doença motivo da internação, dificultando, assim, o diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento (PARCIANELLO & FELIN, 2008).

Além dos efeitos psicológicos, a internação hospitalar, devido aos seus procedimentos, medicamentos ou até mesmo por causa da doença em si, pode causar uma série de problemas para saúde física também. Observa-se esse quadro por meio de queda de cabelo, náuseas, vômitos, úlceras bucais, ganho ou perda excessiva de peso, amputação, esterilidade, danos cerebrais, atraso no crescimento, distúrbios do crescimento, danos neurológicos, atraso cognitivo, distúrbios de memória, visão e atenção, entre muitos outros (CARDOSO, 2007).

Sdala & Antônio (1995), em sua pesquisa, descrevem todo o roteiro de apresentação de uma enfermeira novata a seu paciente pediátrico, que no fim, demonstra que uso de frases simples, demonstração de interesse, estabelecimento de limites, comunicar previamente a criança antes de realizar qualquer procedimento, utilização de perguntas sobre seu estado emocional, uso de frases descritivas e de comunicação não verbal. Estratégias simples de adaptar a hospitalização para um indivíduo durante sua infância, que, todas associadas, conseguiram criar uma relação de confiança entre profissional-paciente que foi bastante benéfica para ambos os lados.

VERÍSSIMO (1991) fez uma pesquisa envolvendo 20 crianças internadas entre 5 e 10 anos e, em uma das perguntas feitas em seu questionário, perguntou para as crianças do que mais gostavam no hospital. Recebeu como respostas: "atividades recreativas" (8) e "alimentação" (6). Observa-se, também, a indicação dos "colegas" (3) e de "adultos" (2) como coisas boas do hospital; 3 disseram não haver "nada" de que gostassem. Fez também a pergunta ao contrário, do que não gostam na hospitalização, e teve como resultado: "ficar internado" (3), "tomar soro/injeções" (4) e "alguns alimentos" (3). Com apenas um relato encontra-se "dormir", "ficar deitado", "enfermeiras", "ficar no quarto" e "andar e tomar sol". Assim, com a aplicação da Ludoterapia, a percepção das crianças da internação é capaz de perder seu sentido apenas negativo (VERÍSSIMO, 1991):

Certamente, de acordo com o senso comum, qualquer pessoa diria que estar no hospital ou doente é algo de que ninguém gosta. O importante dos resultados desta questão é concluir que é possível e desejável permitir às crianças que sua experiência não se limite a algo de que elas não gostem. Para isso, é de grande importância tornar presentes situações que proporcionem a manutenção de suas atividades habituais (VERISSIMO, 1991, p.12).

Cabe a todos que cuidam de uma criança procurar conhecer a legislação e as normativas relacionadas ao cuidado em saúde para crianças e buscar entender o sofrimento físico e psíquico dela e cuidá-la com paciência e respeito. É indispensável olhar para a criança sendo ela o foco da atenção e não somente sua enfermidade.

Desse modo, se pode chegar à conclusão de que a hospitalização para crianças - quando ocorre de modo humanizado - pode ser um momento que lhe traga aprendizado e até boas recordações, desde que sua rotina de infância seja continuada, seja com o contato com outros pacientes e familiares, seja com participações em brincadeiras e em atividades educativas.

3 - PRÁTICAS E APLICAÇÕES DA LUDOTERAPIA EM HOSPITAIS INFANTIS

Paredes brancas, beges e verdes. Ruídos de equipamentos. Cama, mesa e televisão. Agulhas, injeções e punções. Essas palavras, sozinhas, já provocam impactos em quem as lê. No entanto, representam a realidade diária de diversas crianças internadas. É importante lembrar que crianças não reagem à internação da mesma forma que os adultos. Se paredes sóbrias, tédio, sons e odores característicos de hospital abalam emocionalmente um paciente adulto, para uma criança essa memória, quase a totalidade dos casos, pode ser ainda maior. Agora, imaginar um hospital colorido, com brinquedos, música, palhaços, fantasias, brincadeiras, dança, espaços recreativos e parquinhos já faz, até mesmo um leitor experiente, se sentir mais leve e mais tranquilo. Esse mesmo efeito acontece para os pacientes pediátricos internados em hospitais que fazem o uso da Ludoterapia.

Brincar é uma das atividades mais importantes na vida de uma criança, e é crucial para seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social. É a forma que o paciente pediátrico tem de transformar um evento em que é um sujeito passivo em um no qual é investigador e controlador ativo, adquirindo, assim, o domínio da situação por meio da brincadeira e da fantasia (MARTINS *et al.*, 2001; LIMA & SOUZA, 2015; LIMA *et al.*, 2009; ANGELI, LUVIZARO & GALHEIGO 2012).

O brincar é também uma das maneiras principais de descoberta de si mesmo, dos outros e do mundo que a cerca. Através da brincadeira, a criança aprende, exercita suas novas habilidades, percebe – encantada - coisas novas; digere medos e angústias, repete incessantemente o que gosta, explora e investiga o que há ao seu redor (HUERTA, 1990, p.4)

De fato, o modo como a criança brinca é um indicativo de como está e de quem é. Um indivíduo que se encontra na fase da infância e é proibido de brincar deixa de ter acesso a forma mais natural de autoterapia que está disponível para a sua idade. E como o exercer dessa ação funciona como uma válvula de escape para seus conflitos, esse sujeito passa, na maioria das vezes, a perder sua essência, e desse modo, os adultos à sua volta perdem a oportunidade de compreender seus sentimentos e necessidades, que, por não serem observados, não são supridos (MARTINS *et al.*, 2001) e mediados.

Na Ludoterapia, esta relação dialógica, se dá, principalmente, quando o terapeuta interage com a criança na situação do brinquedo: brincando com ela. E ao brincar a criança se expressa. A relação com este outro que é o terapeuta, experiência com ele, ou seja, viver um processo interno concreto ao estar com o terapeuta, torna presente na vida da criança este modo de vivenciar. Significa, ao mesmo tempo,

algo importante vivido com alguém e a aprendizagem de uma nova forma de ser (BRANCO, 1991, p.62).

Desse modo, a Ludoterapia busca oferecer às crianças, independentemente de sua idade, atividades estimulantes, divertidas e enriquecedoras que possam, ao menos por um momento, trazer calma e segurança para aquela criança (LINDQUIST, 1993, p. 24).

Alguns estudos revelam o lúdico como uma medida terapêutica, que promove a continuidade do desenvolvimento infantil e possibilita o restabelecimento físico e emocional, por tornar a hospitalização menos traumatizante. O brincar ainda reduz tensão, raiva, frustração, conflito e ansiedade, e funciona como atividade meio entre a criança e o profissional (BRITO *et al.*, 2009, p. 2).

Essas estratégias buscam alcançar seus objetivos por meio de práticas adaptadas ao momento da vida em que aquela criança se encontra, tentando permitir que aquele indivíduo continue descobrindo, experimentando, inventando no incrível universo da infância (PEDROSA *et al.*, 2007).

Na situação de crise vemos a ajuda como o oferecimento de oportunidade à criança para que expresse os seus sentimentos a respeito das experiências traumáticas assim como a ansiedade, a raiva e a hostilidade (SDALA; ANTONIO, 1995, p. 2).

Existem algumas medidas que são essenciais para que a realização das estratégias ludoterápicas consiga gerar os efeitos positivos esperados. Entre elas se encontra a constante presença dos pais, essa condição embora seja garantida por lei, muitas vezes, seja por falta de informação ou de condições, não é cumprida (VERISSIMO, 1991):

Enfermeiras das três unidades apontaram como fatores da ausência das mães, distância da moradia, dificuldades financeiras, trabalho, existência de outros filhos e falta de um substituto para as atividades domésticas. Há, porém, outros fatores que podem limitar a presença da mãe, decorrentes do próprio Regulamento do hospital como, por exemplo, comunicação inadequada, impedimento de sua participação no cuidado da criança e falta de uma prática de atendimentos às suas necessidades. [...]. É verdade que os profissionais de saúde não podem solucionar dificuldades provocadas pela situação social das famílias; contudo, é essencial ajudá-las a encontrar suas próprias soluções, ressaltando a necessidade da criança. Cabe, também, a esses profissionais, auxiliar a família a entender e a lidar com a hospitalização tornando-se elementos de apoio para a criança (VERÍSSIMO, 1991, p.4-5).

A primeira dessas vantagens, a hospitalização conjunta, traz benefícios para todas as esferas, pois possibilita que os pais, ao acompanhar o tratamento, desenvolvam as habilidades

necessárias para cuidar da criança durante e após a hospitalização (PARCIANELLO; FELIN, 2008), permite que a equipe de saúde consiga dar melhor assistência, afinal, na maioria dos casos, os responsáveis conhecem seus filhos e podem ajudar a compreender melhor as necessidades do paciente pediátrico, o que, por sua vez, faz com que a criança se mostre mais segura e confiante (LIMA *et al.*, 2009).

Além da presença dos pais, permitir visitas irrestritas e a participação dos responsáveis no cuidado, evitar rodízios na equipe que cuida da criança, explicar para a criança o motivo da internação, capacitar o staff com os conhecimentos necessários para lidar com crianças hospitalizadas e suas famílias, adaptar os impedimentos promovidos pela doença e pela internação em si às necessidades de desenvolvimento das crianças (HUERTA, 1990). Essas atitudes são de extrema importância para promover um hospital humanizado, se tornando assim, uma boa base para se aplicar a Ludoterapia de forma mais eficiente.

Parcianello e Felin (2008) fizeram uma pesquisa que aponta que crianças com a presença da família, frequentemente, apresentam: diminuição do tempo de hospitalização, declínio da incidência de infecção cruzada, a amenização da tensão e do sofrimento da criança, o aumento da percepção de segurança por não haver mais a angústia da separação e abandono, a maior aceitação ao tratamento, uma maior facilidade de coleta de material para os exames, um declínio nas complicações pós-operatórias e a melhora do comportamento após a alta.

As estratégias ludoterápicas buscam o atendimento individualizado, se adaptando para melhor atender as necessidades de cada paciente. No entanto, há casos de crianças que não podem ir até o espaço de Ludoterapia/Brinquedoteca por motivos diversos, que vão desde a criança se encontrar na fase terminal, e/ou ter se submetido a uma cirurgia recentemente, e/ou seu corpo estar incapacitado de sair do leito. Nestes casos, essa criança deve receber a visita dos profissionais que trabalham no espaço lúdico no leito todos os dias, devendo ser levada até ela uma grande seleção de brinquedos (LINDQUIST, 1993). São em casos como esses que o uso de eletrônicos poder ser bem-vindo. Apesar de gerar controvérsias, o uso de computadores, tablets, celulares e televisões para crianças internadas podem vir a ser grandes aliados em casos de restrição ao leito ou isolamento, pelo simples fato de não ocasionarem fadiga em seus usuários e também por poder vir a ser uma companhia para aquela criança que não pode ou não tem com quem se socializar na vida real, portanto, o mundo virtual vira sua única forma de socialização.

É possível constatar que a Ludoterapia, quando alcança o efeito desejado, pode fazer com que a criança: se alimente melhor, fique mais falante, se recupere melhor, aceite melhor o tratamento, entenda o que ocorre consigo, conheça uma visão desmistificada do hospital, aprenda a administrar sua agressividade, seja estimulada a se aproximar com seus pais/acompanhantes, tenha o estresse diminuído, tenha a autoestima aumentada, tenha maior adesão ao tratamento, possua a manutenção dos seus direitos, tenha seu desenvolvimento físico, psicológico, social e moral desenvolvido, se encontre em um ambiente mais agradável, tenha seus temores, raiva, frustração e ansiedade diminuídos, aumente a confiança nos outros, fique hospitalizada por menos tempo, apresente menos incidência de infecção cruzada, tenha a tensão e sofrimentos amenizados, aumente sua percepção de segurança, tenha uma forma de recreação, permita com maior facilidade a coleta de material para os exames e a sua realização, apresente um declínio nas complicações pós-operatórias e, por consequência positiva de todas as vantagens, apresente melhora no comportamento após a alta.(BRITO *et al.*, 2009) (SDALA & ANTONIO, 1995) (PARCIANELLO & FELIN, 2008) (LIMA & SANTOS, 2015) (MARTINS *et al.*, 2001) (RIBEIRO, 1991) (PEDROSA *et al.*, 2007) (COLOSSAL *et al.*, 2011) (BRANCO, 1991) (LIMA *et al.*, 2009), (ANGELI, LUVIZARO & GALHEIGO, 2012) (AMORIM *et al.*, 2015) (ESTEVES, ANTUNES & CAIRES, 2014) (LINDQUIST, 1993) (SIMIONI *et al.*, 2017).

Ademais, Simioni *et al.* (2017) destaca em seus resultados de pesquisa a constatação de um dos médicos entrevistados, que ressalta que os benefícios do lúdico proporcionam também assimilação e aceitação da patologia gerando melhor adesão ao tratamento, o que, consequentemente, aumenta a autoestima e eleva os níveis de linfócitos NK, contribuindo para a melhora na imunidade (SIMIONI *et al.*, 2017).

A Ludoterapia pode ser expressa por meio das mais diversas estratégias: teatro, contação de histórias, brincadeiras e brinquedotecas, palhaçaria, musicoterapia, atividades de artes plásticas, ambientação dos espaços, mobiliários hospitalares e, até mesmo, uniformes e acessórios médicos vêm sendo utilizados por instituições hospitalares visando tornar a experiência no hospital menos sofrida para as crianças. Desse modo, essa monografia aprofundará melhor as características e aspectos de quatro estratégias principais: brincadeiras, contação de histórias, dramatização e ambientação.

3.1 - Brincadeiras

Primeiramente, é necessário definir o conceito de brinquedo terapêutico que será utilizado diversas vezes ao longo desse texto. Segundo Martins *et al.* (2001) consiste na utilização de uma brincadeira que simule situações hospitalares às quais a criança irá ser submetida, sendo assim, poderá receber explicações sobre seus futuros procedimentos ou pode também usar para descarregar sua tensão após a sua realização. Já a definição de brinquedo terapêutico de acordo com Ribeiro (1991) é de técnica com objetivo de permitir ao profissional alguma compreensão das necessidades e sentimentos da criança. De um modo geral, as pesquisas definem esse conceito por meio da necessidade de, ao brincar, estimular a criança. As brincadeiras devem ser escolhidas de modo a corresponder com um benefício específico sem a necessidade do esforço do pensamento por parte do paciente pediátrico (LINDQUIST, 1993).

Assim, a criança se torna capaz de reorganizar sua vida, seus sentimentos e diminuir sua ansiedade, afinal, seu futuro passa a ser explicado do modo que sua faixa etária permitir, podendo, desse modo, assimilar novas situações, compreender o que, de fato, se passa consigo no hospital e esclarecer conceitos errôneos que a falta de informação associada ao imaginário infantil é capaz de causar (MARTINS *et al.*, 2001).

Noble (1974) opina que o brinquedo é de suma importância para a criança hospitalizada porque não apenas assegura a continuidade de seu desenvolvimento, como também ajuda a criança a encontrar alguma normalidade num ambiente estranho e ameaçador (NOBLE, 1974, *apud* HUERTA, 1990, p.4).

Kuzman (1972) aponta que o brinquedo não promove apenas uma oportunidade de o paciente pediátrico lidar com seus sentimentos, mas também pode vir a favorecer algum tipo de atividade física (KUZMAN, 1972 *apud* HUERTA, 1990). Afinal,

Exercícios físicos fazem, com frequência, parte do tratamento médico. Alguns devem treinar para ficar em pé, outros ajoelhados ou sentados. Para facilitar-lhes a tarefa, tratamos de torna-la atraente. Assim poderão se exercitar se divertindo (LINDQUIST, 1993, p.24).

O que, por sua vez, contribui para o desenvolvimento social e cognitivo daquela criança. Inclusive, existem diversas pesquisas que afirmam que brincar ajuda na transmissão de informações e na preparação psicológica, colaborando assim, muitas vezes, para o melhor comportamento e resposta ao tratamento (BARTON, 1969 *apud* HUERTA, 1990; RIBEIRO, 1991).

O brinquedo é, pois, uma importante atividade da infância e deve ser considerada não só como uma forma de diversão e entretenimento, mas, sim, como o trabalho da criança, o meio pelo qual ela se desenvolve emocionalmente, socialmente e intelectualmente de forma natural. Por isso, para a criança hospitalizada que continua sendo criança, e deve continuar a se desenvolver, ele é de primordial importância. (RIBEIRO, 1991, p.2).

De acordo com os enfermeiros pediátricos Martins *et al.* (2001) há algumas especificidades no uso do brinquedo por enfermeiros (as) com objetivo de explicar como acontecerá os próximos procedimentos. Primeiramente, não é recomendado que a preparação seja feita com muita antecedência para evitar que a criança fantasie sobre o assunto, assim como não se deve fazê-la muito em cima do procedimento, pois o psicológico da criança requer um certo tempo para se preparar adequadamente, o indicado é realizar esse preparo com cerca de 30 minutos de antecedência.

Além disso, é necessário que esse procedimento seja feito pelo profissional que conviva mais continuamente com a criança de modo que tenha adquirido a confiança desse paciente, sendo na maioria dos casos um (a) enfermeiro (a), associado com a presença dos pais que, por sua vez, devem ser instruídos a reagir de modo mais positivo de forma incentivadora para que as suas ansiedades e nervosismos não sejam passadas para a criança. Essa estratégia é muito útil também nos casos em que a criança precisa se acostumar com algo mais permanente, para isso, se pode utilizar uma boneca ou uma pelúcia para que a criança e o brinquedo passem juntos pela mesma experiência, aumentando a confiança da criança.



Imagem 1. Boneca utilizando respirador de oxigênio e bombinha de medicamento.
Fonte: Blog da enfermeira Juju

Em seguida é feita a apresentação dos brinquedos à criança, que deve ter o tempo de se familiarizar com eles, para que o medo que esses possam representar seja diminuído. Sendo assim, uma história é contada a fim de expor à criança pelo que vai passar, o que vai sentir e o que pode fazer para ajudar, o que deve sempre ser feito utilizando palavras adequadas ao nível de desenvolvimento da criança (MARTINS *et al.*, 2001). Dessa forma, esse é um exemplo de como usar o brinquedo como forma de preparar a criança para a coleta de sangue demonstrando em uma boneca primeiro:



Imagem 2. Criança brincando de tirar sangue da boneca com materiais reais.
Fonte: Saúde da Criança UFMT

A perspectiva da utilização do brinquedo em enfermagem pediátrica é a de servir como meio de comunicação entre os profissionais e a criança e detectar a singularidade de cada uma. Do ponto de vista da criança ele promove o desenvolvimento físico, psicológico, social e moral; ajuda-a a perceber o que ocorre consigo, libera temores, raiva, frustração e ansiedade. Ajuda a criança, ainda, a revelar seus pensamentos e sentimentos, promovendo satisfação, diversão e espontaneidade. Assim, brincando ele [o brinquedo] exercita suas potencialidades (FRANÇANI *et al.*, 1998, p.2).

Para a utilização do brinquedo terapêutico propriamente dito com objetivo de fazer com que a criança compreenda procedimentos e situações a que irá ser submetida, e permitir que os profissionais da área da saúde e sua família entendam o que se passa na esfera emocional daquele paciente pediátrico, muitas vezes:

(...) foram usados: bonecas de pano caracterizando médico, enfermeiros, pai, mãe e crianças, material hospitalar como termômetro, seringa, estetoscópio, espátula, utensílios domésticos como pratinhos e mamadeiras, carrinhos, telefone, revólveres, blocos de madeira, papel e lápis de cor, entre outros (RIBEIRO, 1991, p.4)

O material utilizado para cada criança varia de acordo com os interesses de cada uma, suas necessidades terapêuticas, a disponibilidade do local (presença de acompanhantes e/ou outras crianças), idade, quadro clínico e desejo do paciente pediátrico. Portanto, recomenda-se (LINDQUIST, 1993):

Material para brincar com crianças de 0 a 1 ano: Bebês tem necessidade de brinquedos sólidos, inofensivos, muito coloridos e fáceis de limpar (LINDQUIST, 1993).



Imagem 3: Brinquedos adequados para bebês. Fonte: Hospital Sabará

Material para brincar com crianças de 1 a 3 anos: São recomendados brinquedos grandes, robustos, de formas e cores diferentes; quebra-cabeças fáceis, que podem auxiliar na coordenação motora entre mãos e olhos, bolas, casinha de bonecas, balanços, bonecas, carrinhos, móveis e livros com imagens (LINDQUIST, 1993).



Imagem 4: Criança internada com pinos na perna abraçando sorridente seus brinquedos. Fonte: Canal Ensino

Material para brincar com crianças de 3 a 7 anos: Progressivamente aumentar a dificuldade dos quebra-cabeças, casinha de bonecas, gangorras, escorregas, trepa-trepas, trem, carrinhos, fantasias, livros curtos, balanço, bolas, boliche, jogos de areia, massa de modelar, tinta e jogos de água (LINDQUIST, 1993).



Imagem 5: Parquinho para crianças maiores.
Fonte: Brinquedos para playground

Material para brincar com crianças de 8 a 12 anos: Quebra-cabeças, jogos de tabuleiro, livros, instrumentos musicais, toca discos, tinta, desenho, fantasias, videogames, bingo, oficinas de reciclagem, dominó, resta um, baralho, bolas e bolinhas de gude (LINDQUIST, 1993)



Imagem 6: Crianças jogando jogo de tabuleiro.
Fonte: Fala, mãe!

Material para brincar com adolescentes: Quebra-cabeças, jogos de tabuleiro, instrumentos musicais, toca discos, videogames, bingo, boliche cursos de culinária, livros, cursos de costura, dominó, baralho, pingue-pongue, resta um, totó e bolas (LINDQUIST, 1993).



Imagem 7: adolescente cadeirante sorrindo jogando videogame. Fonte: Arena Xbox

Material para brincar com crianças acamadas: quebra-cabeças, livros, jogos de construção, bonecas, carrinhos, jogos de tabuleiro, bingo, resta um, fantoches, jogo da memória e dominó (LINDQUIST, 1993)



Imagem 8: Adolescente acamado jogando jogo de tabuleiro. Fonte: Engeplus.



Imagem 9: Criança acamada brincando de colorir. Fonte: Radar da primeira infância.

Observou-se que ao utilizar a estratégia do brinquedo terapêutico em um paciente de quatro anos de idade que antes se apresentava choroso, agitado, agressivo, e que necessitava de duas pessoas para segurá-lo durante o procedimento de punção venosa, esse mesmo paciente, ao se realizar novamente uma punção venosa, chorou, mas se manteve calmo e pediu para ficar sentado com o braço estendido sem a necessidade que alguém o segurasse. Dois dias depois foi necessária uma nova punção nesse mesmo paciente, o qual não foi submetido novamente ao protocolo de preparação, apesar de ter chorado muito, a criança se manteve quieta, receptiva, não apresentou qualquer agressividade e também não foi preciso segurá-la (MARTINS *et al.*, 2001). O mesmo foi observado em uma paciente de seis anos de idade, que antes do procedimento de punção se mostrou chorosa, agitada, se isolando dos demais. Ao ser submetida ao protocolo de preparo chorou bastante, questionou, mas permitiu a punção sem ser necessário que alguém a segurasse, tendo até concordado com a necessidade do procedimento, apenas solicitou a permanência de sua mãe na sala (MARTINS *et al.*, 2001). Lindquist (1993) relata em seu livro diversos casos de sucesso por meio do brincar, sendo um deles:

Uma das minhas primeiras pacientes apresentava problemas psicossomáticos. Tinha sido adotada aos seis anos, após várias passagens por instituições diferentes. Seus pais adotivos faziam o possível, mas as brigas eram frequentes e inevitáveis, tão difícil era o seu comportamento. Ela reagia a esta situação com intensas dores de estômago e todo ano era hospitalizada por períodos mais ou menos longos. Tinha catorze anos quando a conheci. Todo mundo reclamava dela. Aproveitava da ausência de controle para ler os relatórios médicos, pegava no ar discussões e contava-as aos enfermos e a seus pais. Era considerada uma mitômana (necessidade doentia de mentir). Encontrei-a deitada, desenhando roupas. À perguntei se gostava de desenhar e pintar, respondeu-me “Não, mas o que mais se pode fazer?” Falei-lhe então de uma mistura que obtínhamos com alvaiade e água e que se parecia com creme de “chantilly”. Bastava acrescentar guache. Começou a pintar curiosas linhas sinuosas cobrindo toda a folha. [...] depois fez caricaturas engraçadas [...], esculpiu bonequinhos em argila. Utilizando papéis e tecidos obteve colagens originais, muito bonitas. Sua reputação de artista começou a se espalhar pelo hospital [...]. Britt ia cada vez melhor e seus problemas estomacais desapareceram (LINDQUIST, 1993, p. 101102).

Além das pesquisas feitas por Martins *et al.* (2001) e Lindquist (1993), Ribeiro (1991) também analisou que crianças submetidas à Ludoterapia se movimentavam e expressavam emoções mais frequentemente e em menor variação do que as crianças do grupo controle, que tiveram apenas um atendimento focado unicamente na cura da doença. Ou seja, a maioria das crianças do grupo experimental que são, em natureza comunicativas, mantiveram seu desenvolvimento social não

prejudicado, enquanto as que não tiveram acesso as estratégias ludoterápicas apresentaram, na maior parte dos casos, variação de comportamento, tendo em alguns momentos se recusado a verbalizar seus sentimentos e/ou apresentaram crises de raiva. Pode-se inferir, então, que o uso do brinquedo em hospitais favoreceu o aparecimento de comportamentos mais compatíveis ao desenvolvimento esperado nesta faixa etária (RIBEIRO, 1991).

Azevedo (1999) afirma que o uso das estratégias ludoterápicas:

Pode ser benéfico tanto para criança quanto para o profissional. O trabalho do psicólogo deve ser o de incentivo para que o profissional de saúde compreenda o que está sendo manifestado pela criança, respondendo contingentemente a estas manifestações. Tal condição, pode promover sentimentos positivos e de relaxamento para o paciente e para a equipe hospitalar (AZEVEDO, 1999, *apud* SOARES & ZAMBERLAN, 2001, p.4)

Além disso, Soares & Zamberlan (2001) também concluíram que o ambiente deve ser considerado terapêutico para os pais quando observam seu filho brincando e interagindo com outras crianças apesar da enfermidade. Deve, portanto, haver um empenho para a valorização da díade criança-família, evitando esta dissociação na experiência de hospitalização.

Conclui-se, então, que a maioria das crianças submetidas ao protocolo de preparo da punção venosa, por exemplo, se tornaram mais cooperativas não necessitando que alguém as segurasse, houve a diminuição do medo frente ao procedimento, conseguiram exteriorizar seus sentimentos de mágoa e revolta, demonstraram ter compreendido a necessidade da técnica e passaram a se relacionar melhor com as outras crianças e com a equipe de enfermagem (MARTINS *et al.*, 2001). Sugere-se, portanto, que essa estratégia seja utilizada para o (a) enfermeiro (a) ou qualquer profissional que esteja em grande contato com o paciente pediátrico para que incorpore o brinquedo em sua prática diária, pois ele pode ser usado em todos os níveis do trabalho em saúde, desde a avaliação até o diagnóstico e intervenção, em resposta aos problemas psicossociais do paciente (MARTINS *et al.*, 2001).

3.2 - Contação de histórias

Chapeuzinho vermelho, Três porquinhos, Peter Pan, Cinderela, Bela Adormecida, Bela e a Fera, Pocahontas, Tarzan, Cinderela, Branca de Neve, Bambi, O Patinho Feio e Pinóquio. Todos esses títulos são de importantes livros da literatura infantil, que fizeram e ainda fazem parte da

infância de praticamente todos os brasileiros. No entanto, poucos relacionam a importância da leitura dessas histórias para as crianças hospitalizadas, pois os interesses delas não são menores do que o de uma criança saudável, são, inclusive, maiores, pois a contação de histórias é uma forma de transportar a mente da doença para um universo mágico e lúdico (PEDROSA *et al.*, 2007). Logo, é de extrema importância:

(...) contar histórias infantis para a criança durante o período em que está hospitalizada, no intuito de explorar os seus sentimentos, compreendendo os mecanismos de defesa utilizados por ela e que prejudicam na cura de sua doença. São histórias sobre outras crianças que superaram problemas similares aos seus. Nestas duas áreas, os livros infantis são selecionados conforme o assunto, servindo para diferentes temas de sessões com a criança. Estes profissionais acreditam que é uma oportunidade que a criança tem de aplicar o que elas aprenderam nas histórias às suas próprias situações na vida-real (BRANCO, 2001, p. 9).

O uso da contação de histórias no contexto hospitalar não precisa envolver unicamente as histórias já existentes, podem ser utilizadas histórias criadas pela própria criança ou sua família, se tornando um importante revelador do estado psicológico desse paciente. Além disso, o próprio profissional da saúde pode criar uma história na qual os personagens resolvem seus conflitos de forma adaptada, oferecendo assim, por meio de metáforas, alternativas para as crianças enfrentarem seus traumas e medos. Assim,

Tanto o enfermeiro quanto a criança, como parceiros de leitura, além da imaginação criativa, devem utilizar a comunicação, posto que ela gera troca de experiências, promove o relacionamento entre as pessoas e ajuda na busca de soluções. Então, é importante que, no ambiente hospitalar, no qual culturalmente prevalece a dor e o sofrimento, coloque-se algo novo para a criança, criando-se a oportunidade para ela voltar a sonhar colorido (CASTANHA, LACERDA; ZAGONEL, 2004, p.3).

De fato, o faz de conta pode ajudar a criança a compreender o mundo, a vida e a si mesma, servindo como um ensaio ou treinamento para expressar o que se passa internamente, suas percepções, sentimentos e pensamentos (BRANCO, 2001). É possível observar o encanto do paciente pediátrico ao ser submetido à uma contação de histórias e à fantasia nos dois exemplos abaixo:



Imagem 10: Enfermeira lendo para criança em leito de enfermaria

Fonte: Opinião e notícia



Imagem 11: Leitura conjunta de histórias para crianças internadas de todas as idades

Fonte: Prefeitura do Recife

Desse modo, poder falar das histórias, identificar-se com os personagens, rir e se emocionar com os contos e as imagens contidas nos livros proporciona à criança espaço para imaginar e brincar, mesmo ela estando imobilizada. Sendo assim, se torna uma importante estratégia em casos de restrição ao leito e/ou quando o paciente pediátrico sofre com problemas de fadiga (CASTANHA, LACERDA; ZAGONEL, 2004):

As histórias contadas, memórias do humano, da cultura, da sociedade na qual se vive, retomavam a vivacidade do mundo na experiência pessoal: ser sujeito no mundo, ser parte de suas histórias e, assim, ter condição de modificá-las. Observamos que, ao utilizarmos os espaços de convivência da enfermaria em sua brinquedoteca, a realização da contação de histórias inventava um lugar para o brincar dentro da estrutura hospitalar. Eram rodas, tendas, caminhadas atrás de uma música, de uma caixa, que ressignificavam os “verdes e brancos” da enfermaria. A constituição heterogênea dos participantes das atividades permitiu uma circulação de elementos culturais, afetivos, memórias que enriqueceram o que era possível

trocar e se apropriar nas atividades. Uma história podia surgir de uma conversa, uma lembrança ou uma novidade. [...]. Durante a realização da oficina, inventamos uma caixa de contar histórias que, frequentemente, foi suficiente para fazer o “momento” de a história acontecer. A caixa de papelão, decorada com papel colorido, podia conter panos, fantoches, instrumentos musicais e material reciclado que se transformavam em personagens, compunham paisagens, constituindo uma realidade outra, mesmo que efêmera. Mas a caixa também podia estar vazia de todas estas coisas, sendo lugar onde o invisível e o imaginário também cabiam. Considerávamos, assim, a heterogeneidade da população e a circulação de sujeitos pela enfermaria, bem como o processo de formação em que se encontravam alguns dos terapeutas que conduziam a atividade. Buscávamos, também, novos modos de criar um repertório de objetos e histórias. (ANGELI, LUVIZARO; GALHEIGO, 2010, p.6).

Um dos exemplos de grupos que fazem uso da contação de histórias no âmbito hospitalar infantil é o “Projeto Diversão em Movimento”, iniciado em 2003, com objetivo de promover a humanização hospitalar, que faz uso do lúdico como recurso terapêutico a fim de oferecer materiais educativos e entretenimento para crianças no Instituto Fernandes Figueira (FIOCRUZ), no Rio de Janeiro, proporcionando:

(...) às mesmas o direito de brincar e a continuidade do seu desenvolvimento nas áreas física, afetiva, cognitiva, pessoal e social. Favorecendo, também, uma melhora na qualidade de vida dessas crianças, facilitando a prática da equipe multidisciplinar (PEDROSA *et al.*, 2007, p.2).

Um interessante fator desse grupo é justamente o fato de possuir uma equipe multidisciplinar composta por psicólogos, bibliotecários, enfermeiros, médicos e terapeutas ocupacionais. É importante ressaltar, também, que o “Projeto Diversão em Movimento”, embora tenha a contação de histórias como um de seus principais recursos, também faz uso de outras estratégias, como desenho, brinquedos e jogos, sendo todos adaptados para percorrer as enfermarias, promovendo diversão e descontração, sendo por isso, chamado exatamente de “Diversão em movimento” (PEDROSA *et al.*, 2007).

Para fazer o uso da contação de histórias no ambiente hospitalar é necessário estar atento às especificidades de cada criança, tanto aos seus gostos quanto ao seu estado clínico e idade. Crianças de zero a dois anos necessitam da ajuda de adultos para escolher o livro adequado para seu perfil. E, por estarem vivenciando o período sensório-motor, preferem, normalmente, livros com estímulo visual e/ou sonoro, ou seja, são atraídos por materiais coloridos, que se movimentem e/ou que emitam sons. Nessa fase, é essencial valorizar os campos visual e auditivo, aspectos importantes para a aprendizagem, e não esquecer que a criança recebe informações através dos sentidos (PEDROSA *et al.*, 2007).



Imagem 12: Enfermeiro lê uma história para a criança pequena e ela interage
Fonte: Instituto História Viva

Já no caso de crianças mais velhas, de 2 a 12 anos, que vivenciam o período intuitivo, período no qual o indivíduo começa a questionar o mundo, sua razão é baseada em seus desejos e/ou temores. Logo, para esse grupo são recomendados livros de contos de fadas e fantasia variados, talvez por trazerem elementos simbólicos contidos em seus dias de internação (PEDROSA *et al.*, 2007). Como no exemplo abaixo, em que uma criança hospitalizada se encanta com um livro de faz de contas:



Imagem 13. Enfermeira lê um livro de princesas para criança internada
Fonte: Portal hospitais Brasil

A literatura infantil e, principalmente os contos de fadas podem ser decisivos para a formação da criança em relação a si mesma e ao mundo à sua volta. O maniqueísmo que divide as personagens em boas e más, belas e feias, poderosas ou fracas, etc., facilita à criança a compreender certos valores básicos da conduta humana ou do convívio social (COELHO, 2000 *apud* PEDROSA *et al.*, 2007, p.5).

Quanto aos pacientes acima de 12 anos, que normalmente demonstram mais timidez, muitos ainda gostam de contos de fadas, histórias de fantasias e sagas. Mas é nessa fase que começa a surgir o anseio pela leitura autônoma, podendo assim, despertar seus interesses por meio do enredo, dos acontecimentos e do sensacionalismo, encontrados nos livros de aventuras, de romances, de viagens e de histórias extraordinárias (PEDROSA *et al.*, 2007).

É importante ressaltar que alguns detalhes devem ser considerados, logo, é essencial:

(...) dar atenção ao fato de que, independentemente do local, os ouvintes devem estar bem acordados, dispostos em círculo, sentados no chão, em tapetes ou almofadas, em ambiente com conforto térmico, livre de outros barulhos, em horário adequado. Contar histórias para crianças cansadas, com fome e com vontade de ir ao banheiro não é nada gratificante (SOUZA; DUPAS, 2000 *apud* CASTANHA, LACERDA; ZAGONEL, 2004, p.4).

A conclusão do grupo “Projeto Diversão em Movimento” quanto aos resultados foi bastante satisfatória. O projeto permitiu a aproximação entre todas as pessoas envolvidas, contribuindo para a humanização e o enriquecimento do ambiente hospitalar, obtendo assim, a aprovação total dos participantes. Foram observados como principais benefícios que:

(...) além de acreditar no poder da história e na magia e atração que exerce o contador sobre seus ouvintes, muitos estudos mencionam a importância da literatura para o desenvolvimento infantil, por ela ser recreativa, educativa, instrutiva, afetiva (alarga horizontes, estimula a criatividade, cria hábitos, desperta emoções, valoriza sentimentos) e física (ajuda na recuperação de crianças enfermas e hospitalizadas). Ela estimula, também, a socialização e desenvolve a atenção e a disciplina (SOUZA; DUPAS, 2000 *apud* CASTANHA, LACERDA; ZAGONEL, 2004, p.4).

3.3 – Dramatização

Assim como foi observado anteriormente, há diversas vantagens no uso do brincar para crianças hospitalizadas, e, um dos meios mais utilizados para promover o riso no ambiente hospitalar é a dramatização, muitas vezes, conhecida apenas por “palhaçaria”. Essa estratégia faz

uso do oposto da dor para torná-la mais suportável, utilizando o artifício do ridículo para transformar a hostil atmosfera hospitalar em um universo mais leve e descontraído. Dessa maneira, Françani *et al.* (1998) afirma que:

A literatura tem registrado superioridade da abordagem por meio da dramatização quando comparada com a unicamente verbal. Através da primeira, podemos nos comunicar com as crianças, informando-as de forma mais compreensível e prepará-las para enfrentar situações novas. (...). Durante a dramatização a enfermeira pode observar se as informações foram ou não assimiladas corretamente (FRANÇANI *et al.*, 1998, p.2).

A história da parceria entre o circo e a área da saúde se deu com Michael Christensen, diretor do *Big Apple Circus*, em Nova York, que foi convidado a ir em um hospital infantil e optou por fazer brincadeiras sobre o universo hospitalar e seus procedimentos, realizando, então, transfusão de *milk-shake* e transplante de nariz vermelho, tudo isso, por meio da utilização de técnicas do denominado teatro *clown*, mistura de técnicas circenses e teatrais (FRANÇANI *et al.*, 1998; LIMA *et al.*, 2009). Foi em 1991, que um ator brasileiro, formado nos EUA, chamado Wellington Nogueira, que trabalhava no *Big Apple Circus* no campo da dramatização em hospitais infantis, retornou ao Brasil encantado com a ideia e fundou seu próprio projeto nomeado de “Doutores da Alegria”. Esse é um dos grupos mais famosos com essa finalidade atualmente no Brasil (FRANÇANI *et al.*, 1998).

A visível mudança de comportamento das crianças foi apontada como o resultado mais marcante: crianças que antes estavam prostradas mostraram-se mais ativas; as quietas passaram a se comunicar melhor e a se queixar menos de dores e ainda passaram a se alimentar, e aceitar melhor a medicação, os exames e a própria internação. No geral, a imagem da hospitalização tornou-se menos hostil, com reflexos diretos na aceleração da recuperação e da cura. Para a equipe o stress da rotina diminuiu, e isso facilitou o trabalho e melhorou a integração entre os profissionais (LIMA *et al.*, 2009, p.2)



Imagem 14 - Equipe doutores da alegria Fonte: Doutores da alegria

Depois disso, em 1996, também foi criada a “Companhia do riso” com o objetivo de resgatar o riso da criança/família hospitalizada por meio de atividades divertidas, como injeção de alegria, infusão de suco de uva e extração de mau humor, a fim de colocar em evidência esse evidente sintoma de saúde física e mental, individual e coletiva (FRANÇANI *et al.*, 1998). Esse projeto tem como principal expressão a música, geralmente acompanhada por instrumentos musicais (violão, flauta e pandeiro), gestos e representações. Com isso, foi observado que a música é um estímulo não só de atenção, mas também de expressão corporal. Afinal, muitas músicas infantis promovem gestos e movimentos corporais, sendo algumas dessas músicas de autoria própria do grupo, com a intenção de estimular a criança a adotar mudanças de hábitos, incentivá-la na alimentação ou para satirizar alguns procedimentos hospitalares (LIMA *et al.*, 2009).



Imagem 15- Equipe Companhia do Riso Fonte: Cia do Riso

Sendo assim, o *clown* abre canais diferenciados de comunicação, constituindo-se em uma via de acesso que permite à criança exteriorizar seus medos, dores, angústias e limitações (LIMA *et al.*, 2009). Isso pode ser observado no relato no qual cada *clown* é identificado pelo seu nome fictício e a criança permanece anônima:

As palhacinhas entram na enfermaria e a criança está em pé ao lado da mãe com um estetoscópio de plástico, cor de rosa, no pescoço. Ela diz: hoje sou a *dotôra*! A Fraidei insiste que está com dor de barriga e a criança diz: deixa eu examinar! Coloca o estetoscópio na barriga da Fraidei e exclama: Santo deus, eu vou ter que pedir uns exames! Fraidei, com voz aflita, diz: se tiver que tirar a roupa eu não faço! A criança em tom firme diz: você quer ou não quer ficar curada? Os exames são só *pra* quinta-feira! A paciente concorda e então a *dotôra* chama a próxima paciente. Flaflu apontando para o joelho, diz: dói aqui. E a criança diz: vou examinar o seu joelho, onde é? Flaflu diz: não sei. A criança muito determinada: seu problema não tem cura, é hereditário (a criança tem Fibrose Cística, doença de caráter hereditário). Todos riem. Criança chama a próxima. Xeléia senta-se na cadeira enquanto a *dotôra* pergunta o nome dela e se aproxima. Xeléia diz que está doendo e se encolhe impedindo de ser examinada. A *dotôra* insiste e coloca o estetoscópio na barriga da Xeléia. Criança diz: pronto. Você tem uma coisa rara, todo mundo tem. Você não consegue ir ao banheiro. Xeléia, aos prantos: que que eu faço? Criança diz: vai ao banheiro. Todos riem. Criança com ar de mistério diz: preciso falar em particular com alguma de vocês. Diz para a Fraidei que Xeléia tem um *tomor* (tumor) e que vai precisar operar, mas que ela não deve saber. A Fofolete diz que também está sentindo dor no corpo inteiro. A *dotôra* manda a Fofolete se sentar na cadeira e depois de examinar escreve num pequeno pedaço de papel o nome do remédio a ser tomado: *Propovit* [Protovil, medicação usada pela criança] 29 gotas às 3, 4, 6, 8 e à meia noite e, em seguida grita: próximo. Uma auxiliar de enfermagem assiste as consultas sorridente - O.4 D (LIMA *et al.*, 2009, p.5)

Além desses, existe também o projeto “Prescrição do dia: infusão de alegria”, criado em 1998, que utiliza recursos simples para buscar promover a felicidade de seus pacientes. Os materiais utilizados pela equipe são: jaleco branco com identificação do nome do grupo estampado com algum personagem do universo infantil. É feito um penteado e é utilizada uma maquiagem característica de palhaço e nariz vermelho. Para a visita propriamente dita, são utilizados brinquedos que imitam ferramentas de plástico de fácil higienização e transporte, sendo alguns deles símbolos do grupo. O primeiro, é o martelo, conhecido pelas crianças como “anestesia” e, também, uma galinha característica da equipe batizada de Giselda. É feito um rígido controle dos dados da criança tanto de identificação e prontuário quanto de evolução e gostos, a breve descrição do estado geral da criança é essencial, pois é extremamente importante estar ciente do que:

(...) possa interferir no processo de brincar (soro, sonda, dreno, imobilização, cateter de oxigênio, infusão de quimioterápicos, curativo cirúrgico, repouso, jejum). São registrados também, todos os procedimentos, materiais oferecidos e as reações da criança frente ao

grupo e as brincadeiras - susto, medo, raiva, choro, risada, algumas falas relevantes, pedidos e gostos (FRANÇANI *et al.*, 1998, p.3).

As visitas, por sua vez, não são programadas em horário fixo, mas o objetivo é que aconteçam, no mínimo, uma vez por semana. As brincadeiras variam de acordo com a idade, personalidade e quadro do paciente pediátrico. Exemplos desses encontros são, chamar a criança pelo nome de seu personagem favorito, aplicar a chamada “besterologia”, que consiste em curar casos de “tristeza profunda” por meio da risada, o que pode acontecer por meio de questionários que façam perguntas de fora do âmbito hospitalar, permitindo conhecer a criança que está no leito para além de paciente pediátrico. Alguns dos “procedimentos” realizados pelos dramatizadores além dos já citados acima, são “teste do pezinho” (cócegas nos pés); “medição de veia cômica” (veia imaginária que contém alegria); e, associado a isso, eles prescrevem “deveres de casa”, que consistem em exercícios respiratórios (soar o apito três vezes por dia), comer todas as refeições no horário e dar no mínimo trinta risadas por minuto. Ao se observar esses artifícios é possível compreender que a estratégia utilizada pelo grupo buscar dar outro significado a palavras do cotidiano hospitalar. Um exemplo de sucesso utilizando esse simples método é a ressignificação de infusões venosas pelo nome de uma bebida, variando de acordo com sua cor: infusão de soro é chamada de caipirinha, hemácias de licor de morango, quimioterápicos de cerveja, e assim por diante. Há, inclusive, um relato de um paciente pediátrico que:

(...) depois de um esbarrão de um membro da equipe a criança reclamou “hei, quase que você derruba a minha cerveja!!” Com a utilização desse vocabulário o grupo busca desviar a atenção da criança dos fatores que estão provocando dor ou incômodo, fazendo com que ela, ainda que por alguns minutos, seja capaz de transportar-se para um mundo de brincadeiras e visitas (FRANÇANI *et al.*, 1998, p.4).



Imagem 16- Doutores da alegria no hospital Prontobaby
Fonte: Álvaro Dias

Dentro do âmbito da dramatização existe outra estratégia para além da palhaçaria, a dramatização propriamente dita. Essa abordagem é pouco utilizada com fim de observar a criança de forma que ajude a compreender pelo que passa e, dessa forma, colaborar com o tratamento. É mais comum ser vista em pesquisas científicas como método utilizado para coleta de dados envolvendo crianças. Desse modo, Cibreiros & Oliveira (2010) fizeram um teatro envolvendo quatro crianças em idade escolar utilizando esse método como forma de coleta de dados. Esse trabalho foi feito por meio da encenação do papel de um enfermeiro, um médico e um paciente, sendo dividido em duas esquetes nas quais duas crianças participaram duas vezes,

A dramatização mostrou-se como uma estratégia viável e eficaz para coleta do material necessário à análise da pesquisa quando os sujeitos são crianças, em destaque, escolares. Além disso, se constituiu em uma experiência extremamente gratificante para as crianças. Para a criança, brincar é um ato muito fácil, é uma ação pertinente à infância. Sendo a dramatização também uma modalidade lúdica, foi possível às escolares vestirem-se dos papéis de enfermeira, médico e paciente e representá-los. Essa foi uma atividade que fluiu naturalmente. A manipulação dos brinquedos que foram colocados à disposição das escolares na dramatização permitiu trazer para o âmbito da representação as cenas cotidianas vivenciadas pelas escolares no ambiente da unidade de pediatria (CIBREIROS; OLIVEIRA, 2010, p. 5).

No entanto, embora a dramatização seja uma estratégia amplamente utilizada e que tem bons resultados comprovados, é necessário que haja alguns cuidados com a sua aplicação. É preciso

pedir a permissão dos pais e, principalmente, a aprovação da criança, que por sua vez, não deve ser obrigada a participar de nenhuma brincadeira, caso, explicitamente, não seja de seu interesse. Esse fator é muito importante, principalmente para os casos de crianças pequenas (de zero a dois anos) que normalmente apresentam maior resistência à aplicação da estratégia. Também é essencial que se tenha a informação se o paciente pediátrico ou algum dos seus acompanhantes, têm algum tipo de medo de pessoas caracterizadas como palhaços, fobia comum na sociedade. Afinal,

Há casos que a criança fica com medo da figura do palhaço, quando isso ocorre é preciso que se retire o nariz, a fim de facilitar o processo de aproximação. Também já ocorreram casos da criança se assustar pelo branco do jaleco, afinal, pessoas de branco vem a todo momento “furá-las”, isso as assusta, assim, é preciso entender o momento da criança, ser maleável a sua aceitação, não a acordar se estiver dormindo e se estiver com dor, procurar ser breve (SIMIONI *et al.*, 2017 p. 4).

Para se observar a eficiência da utilização da dramatização/palhaçaria como estratégia ludoterápica em hospitais infantis é de extrema importância observar os resultados já obtidos. Diversas pesquisas apresentam casos em que a técnica foi benéfica para a criança, como no caso de A, um paciente lactente com sonda nasogástrica e soro. Em seu primeiro contato, se encontrava bastante tímido, mas logo ao ouvir o grupo cantando sua música preferida se animou e até chorou quando acabou. Já no segundo contato, assim que viu o grupo instantaneamente se animou. Há também o caso de B, paciente em idade escolar com bolsa de diálise peritoneal. Em seu primeiro contato chorava muito, recusando qualquer aproximação. Sendo assim, a equipe deixou o quarto. Ao retornar na semana seguinte, perceberam que B acompanhava interessado a brincadeira do grupo com outras crianças, e quando chegou sua vez se mostrou bastante receptivo. Ao serem aplicados os procedimentos típicos do “Prescrição do dia: infusão de alegria”, deu muita risada. Pode-se, assim, perceber benefícios da utilização dessa estratégia ludoterápica, afinal:

A presença do teatro no ambiente hospitalar abre espaço para a fantasia, o riso, e para a alegria. A partir dessa experiência pode-se observar algumas transformações no dia-a-dia: o espaço hospitalar tornou-se mais informal e descontraído, o riso pode ser ouvido com maior frequência e objetos, sons, movimentos, cores, espaços e personagens podem se tornar brinquedo. Identificamos aqui uma intervenção concreta que valoriza o processo de desenvolvimento infantil [...]. Portanto, a arte deve permanecer no sonho de todas as crianças sendo que estas não precisam de máscaras, por isso, [...] utilizamos a menor máscara do mundo- o nariz de palhaço: a que menos esconde, e a que mais revela. (FRAÇANI *et al.*, 1998)

3.4 - Ambientação

Paredes desenhadas, móveis coloridos, espaço para brincar, equipamentos adaptados com “cara de criança”, roupas enfeitadas. Embora ambientação seja um tópico fundamental, e bastante tematizado, principalmente quando buscam desestimular o uso de lúdico nos hospitais alegando alto custo, muito pouco se encontra no campo acadêmico sobre o assunto. De um total de 74 textos selecionados sobre Ludoterapia, apenas 4 textos abordavam o assunto mais profundamente. E, assim como afirma Soares & Zamberlan (2001), o ambiente, em primeiro lugar, deve enfatizar a saúde por meio de atividades, liberdade de escolha, mobilidade e espaço adequado. De acordo com Lindquist (1993)

(...) a criança, ao entrar no hospital, deve se deparar com um local que seja apropriado a ela, podendo se sentir bem. A humanização dos cuidados à criança internada inclui, também, a criação de um lugar alegre e agradável, incluindo desde a decoração do ambiente físico, devendo ter paredes claras com pinturas e objetos adequados às crianças. [...] podendo fazer parte disso também os uniformes das equipes, sendo estes coloridos (LINDQUIST 1993, p. 28).

De fato, após comprovada a importância do brincar para crianças em geral, e principalmente, para as hospitalizadas, é essencial que haja um:

Ambiente destinado ao brincar dentro do hospital, organizado em função da criança, contendo uma grande variedade de materiais, brinquedos, jogos, atividades relacionadas à promoção do lúdico e visa atendimentos psicológicos às crianças internadas e seus familiares, desenvolvimento da criatividade, construção do conhecimento, liberdade para brincar, aumento da capacidade de resiliência e proporciona condições de reflexão à equipe do hospital, buscando um trabalho integrado para atender as necessidades básicas da criança hospitalizada (PARCIANELLO; FELIN, 2008, p. 12)



Imagem 17- Tomógrafo enfeitado
Fonte: Hospital Municipal Jesus



Imagem 18- Sala de exames enfeitada
Fonte: Hospital Municipal Jesus

Outro âmbito em que a ambientação atua é na vestimenta. Como mencionado antes, pouco se pesquisa no campo acadêmico sobre o assunto, tendo sido encontrado entre os 74 textos, um único que abordasse especificamente as vestimentas. Há dezenas de anos os profissionais da área da saúde são simbolizados por seus jalecos brancos e, atualmente, esse símbolo ainda se manteve

seja por status de poder ou como equipamento de proteção individual. Mas a cor branca na roupa de profissionais de saúde como forma de manter o ambiente limpo, tecnicamente, perdeu totalmente o seu sentido após o surgimento da Microbiologia no século XIX, quando ficou claro que as contaminações mais danosas eram, em sua maioria, invisíveis a olho nu.

Assim, segundo Bezerra (s/d), a roupa é considerada uma extensão da pele e o reflexo do comportamento de quem a usa. Podendo até mesmo ser considerada como um ato político. Desse modo, crianças que têm ou já tiveram algum trauma durante uma consulta, exame ou intervenção hospitalar, independentemente de sua idade, muitas vezes, ao invés de acreditarem que o portador do característico vestuário tem conhecimento capaz de curá-lo, associam a cor branca do jaleco à dor e ao sofrimento, prejudicando o relacionamento profissional de saúde - paciente. Lindquist (1993) aborda um triste depoimento sobre o impacto do uso do jaleco branco para os pacientes pediátricos:

Uma de minhas pequenas pacientes, uma menina de nove anos, vítima de moléstia incurável, não pronunciara uma única palavra havia muitos dias. Cada palavra para ela era um sofrimento, seus lábios, sua língua, estavam cobertos de feridas. Eu usava, em geral, jalecos de cores vivas. Um dia, por acaso, pus um branco, quando a pequena me viu, fez-me sinal para me aproximar e me cochichou: “Por que você está de branco? Por que você não está com uma blusa bonita?” Foram suas últimas palavras (LINDQUIST, 1993, p. 49).

Logo, a ornamentação de jalecos associada à decoração do ambiente e de uma abordagem lúdica e humanizada dos fatos e ocorrências relacionados ao ambiente hospitalar, por si só, colabora para uma conexão maior entre profissional e criança. Trocar a cor branca por vermelho, amarelo, rosa e/ou verde, embora pareça pouco, já é um grande passo tanto para o paciente pediátrico que perde as referências da Síndrome do Jaleco Branco, quanto, também, um grande passo para a medicina já que suas tradições de décadas têm sido pautadas nas relações de poder e submissão ao que o uniforme remete. Dessa forma, se pode perceber que a vestimenta em si, como equipamento de proteção individual, não é problema em questão, deve ser entendida como necessária, no entanto, a forma como tem sido apresentada é o que deve ser repensado, afinal, o que é mais importante, o status de portador de muitos conhecimentos e de, muitas vezes, poder aquisitivo também, ou a comunicação e relação com o paciente pediátrico?

Por isso, além das cores se pode pensar em estampas e, até mesmo, em modelos que se assemelhem com fantasias - como capas de super-heróis, saias de princesas, asas de animais, ou até mesmo com características de personagens famosos - que possam expressar alegria e personalidade

do próprio profissional de saúde e/ou do paciente que está sendo atendido, se tornando uma boa fachada para já ambientar a criança de forma lúdica, antes mesmo que haja o primeiro contato. Assim como para os adultos, a primeira impressão das crianças com o profissional também faz diferença.



Imagem 19 – Jaleco estampado
Fonte: Local odonto

O local mais comum da ambientação vir a ser realidade nos hospitais brasileiros é na chamada brinquedoteca, espaço pensado especialmente para o exercer do brincar dos pacientes pediátricos de forma que estimule a criança de forma a oferecer prazer e aprendizagem, motivando a criança a fantasiar. Nesses espaços são onde, normalmente, as mais diversas atividades já mencionadas anteriormente ocorrem. É onde, na maioria das vezes, acontecem as peças de dramatização, contação de histórias, sendo também o local onde ficam guardados os brinquedos, livros e videogames e onde se encontram mesas e cadeiras apropriadas para jogos de tabuleiro, desenhar, pintar, etc. No entanto, é essencial apontar que, de um modo geral, todas as crianças do hospital podem ir para esses espaços (a pé, em seu carrinho ou em cadeira de rodas), porém, não devem, serem portadores de doenças contagiosas, particularmente sensíveis a infecções ou estarem restritas ao leito (LINDQUIST, 1993).

Agora temos um departamento especialmente concebido, composto por um escritório (...), uma grande sala de jogos equipadas com cadeiras, armários e bancos de diferentes alturas, adequados para crianças de três a quinze anos. Todo material para brincar está exposto e é de fácil acesso às crianças. Podem escolher sozinhas o que desejam. Numa sala elas podem se descontraírem, ler, escutar rádio ou ver televisão. Numa pequena cozinha podem preparar pratos, fazer doces, lavar as

roupas de boneca, passar e costurar, até a máquina. [...] uma grande sala, reservada aos adolescentes, está equipada com aparelhos como escada de cordas, tapetes de ginástica, mesa de pingue-pongue, teatro de marionetes, toca-discos, diferentes instrumentos rítmicos, um tear e jogos de sociedade (LINDQUIST, 1993, p.19).

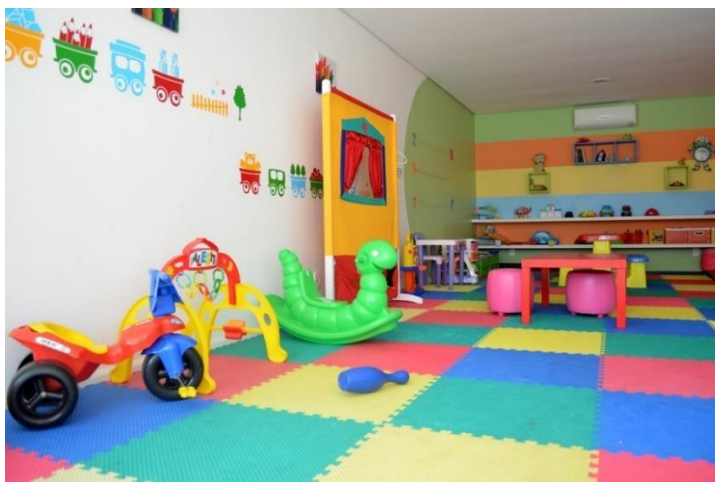


Imagem 20 – Brinquedoteca hospitalar
Fonte: Samara Souza

É um fato que dentre todas as estratégias citadas a ambientação é a que pode vir a ser a mais cara. No entanto, é crucial revelar que, embora fosse ideal que todos os hospitais, públicos e particulares do país possuíssem um departamento com todos esses recursos mencionados por Lindquist (1993), essa não é a realidade atual do Brasil. Com insumos vitais em falta, profissionais da saúde não recebendo salários há meses, hospitais lotados, escassez de medicamentos. Porém, a ambientação pode vir em escala mais simples, não é necessário ter um tomógrafo adesivado com alto custo. Se houver condições para isso será incrível. Mas, para encantar uma criança, um simples adesivo e tinta de parede já podem trazer um belo resultado. Assim, fitas coloridas, lençóis estampados, músicas alegres, jalecos enfeitados, estetoscópios coloridos, brinquedos espalhados podem promover ambientação suficiente para tornar o ambiente menos ameaçador. Não é o que se idealiza, mas é suficiente para cumprir o objetivo.



Imagem 21- Corredor hospitalar desenhado
Fonte: Culturizando



Imagem 22 – Quarto hospitalar infantil enfeitado
Fonte: Instituto Desiderata

3.5- Desafios da implantação da Ludoterapia

Infelizmente, muitas vezes, a longa lista dos benefícios da Ludoterapia só pode ser observada no papel, pois suas estratégias, em grande parte dos casos, não são colocadas em prática pelo fato dos gestores em saúde a considerarem um recurso que requer mais capital do que o hospital é capaz de fornecer. Assim como afirma França *et al.* (1998) e Brito *et al.* (2009), mesmo reconhecendo-se a importância do brincar para o desenvolvimento infantil, sua utilização

sistemática na assistência à criança hospitalizada ainda não é realidade em muitas instituições brasileiras.

Na literatura nacional há uma lacuna de conhecimentos sobre a situação da criança no processo de tomada de decisão quando hospitalizada. Em nossa prática observamos que, em geral, o profissional executa os procedimentos sem levar em consideração os desejos, opiniões e valores da criança doente, realizando-os de maneira impositiva, e a criança permanece em uma atitude de defesa, negando o tratamento. Além disso, é muito comum o uso da restrição de sua liberdade de expressão para a realização do procedimento (COA; PETTENGIL, 2006, p.2-3)

Segundo Parcianello & Felin (2008), a má comunicação entre a equipe de saúde e o paciente ocorre devido à “correria” dos profissionais para o atendimento e ao fato de que esses não são ensinados a agirem de forma comunicativa e, sim, com suas habilidades estritamente técnicas. Diante disso, “podemos afirmar ser fundamental que as universidades orientem cada vez mais os futuros médicos para a necessidade de valorizar o processo individual de experiência da doença, promovendo continuamente a ativação do paciente” (FILHO, 2012, p.26). Ora,

(...) vê-se que uma formação alicerçada somente em aspectos biológicos e técnicos não dará conta da complexidade que permeia a questão da saúde. Portanto, é imprescindível que, desde o início do curso de graduação, mormente na Medicina, os alunos tenham contato com atividades que trabalhem a ética e as questões da humanização do cuidado nas relações e práticas em saúde (AMORIM *et al.*, 2015, p. 2).

Brito *et al.* (2009) afirma que apesar dos esforços para a implementação da Ludoterapia em hospitais, ainda se encontram muitas equipes despreparadas e desmotivadas que centram o atendimento na relação queixa-conduta e nos procedimentos. Porém, embora o hospital tenha se modernizado e suas relações sociais também, a rigidez profissional, as rotinas rigorosas, o excesso de trabalho e a falta de humanidade ainda permanecem. Devido a isso, não se pode culpabilizar unicamente os profissionais de saúde por não colocarem a Ludoterapia em prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa monografia teve como objetivo analisar de que forma a Ludoterapia aplicada a crianças em situação de internação hospitalar surgiu e se consolidou no contexto brasileiro, buscando identificar, caracterizar e demonstrar os objetivos e as vantagens de quatro estratégias ludoterápicas direcionadas à humanização do atendimento a crianças em hospitais. Para isso, tomou-se como base três as questões norteadoras: “Quais são as principais estratégias lúdicas direcionadas às crianças hospitalizadas no Brasil atual? Quais são as características e indicações de cada uma dessas estratégias? Quais seriam os benefícios da utilização de cada uma delas?”.

No capítulo 1 buscou-se contextualizar o momento que a Ludoterapia vive no Brasil atualmente e o que motivou seu surgimento ao longo dos anos, se baseando, principalmente, na conjuntura legislativa em prol da criança e do paciente pediátrico em vigor desde os anos 90.

Já no capítulo 2 foram abordados quais são os impactos e traumas que a hospitalização e a ausência da Ludoterapia e da Humanização podem causar. Desse modo, foram discutidos vários aspectos que podem colaborar com os prejuízos da internação de crianças, como é o caso da restrição desnecessária ao leito e a comum atitude de não explicar previamente para a criança seu quadro clínico ou os tratamentos e exames/procedimentos que fará.

Por sua vez, no capítulo 3, primeiramente, são apontados os diversos benefícios que a Ludoterapia é capaz de promover se explorada corretamente e as vantagens do uso do brincar no ambiente hospitalar. Posteriormente, foram abordadas as quatro estratégias escolhidas, e, assim, foi possível observar os prós e as especificidades de cada uma. Por fim, foram mencionados os aspectos que dificultam a implantação efetiva da Ludoterapia nos hospitais brasileiros.

O uso da brincadeira é um artifício extremamente importante para a comunicação da criança com a equipe e/ou família e vice-versa. No entanto, requer preparo do hospital para prover os brinquedos, espaço e profissionais que possam promover a melhor atmosfera para a manipulação desses objetos e realização das brincadeiras. Pode-se utilizar, também, a contação de histórias, recurso de baixo custo que também colabora para a comunicação dos adultos com a criança e que ajuda o paciente pediátrico a se preparar e a superar os obstáculos da doença e da hospitalização. Outra estratégia abordada é a dramatização: excelente para promover uma atmosfera menos triste e por meio do riso permite que as crianças e suas famílias se esqueçam, mesmo que por um

momento, de suas doenças e dores, provendo-lhes esperança e alegria fundamentais para o desenvolvimento infantil. Todavia, esse recurso pode ser prejudicial para os indivíduos que têm medo de pessoas caracterizadas de palhaço. Por fim, foram apontados os benefícios da ambientação de espaços e roupas e a falta de pesquisa e informações que essa estratégia apresenta. Leitos, equipamentos e salas decoradas ajudam a criança a se sentir menos ameaçada e, assim, colaborar melhor com a hospitalização, já o uso dos jalecos coloridos e/ou enfeitados, por sua vez, colaboram, também, para uma primeira impressão melhor da criança com os profissionais e, assim, sua melhor aceitação ao tratamento.

Desse modo, é extremamente importante ressaltar que a Ludoterapia, embora não seja capaz de minimizar completamente o desconforto e o sofrimento da criança hospitalizada, busca, de um modo geral, promover a redução do desgaste físico e emocional não só da criança e de suas famílias, como também da equipe de profissionais em saúde, considerando-se não ser necessário um maior número de recursos humanos para, por exemplo, conter a criança na hora da punção e de tantos outros procedimentos e exames. Além disso, do ponto de vista financeiro, a Ludoterapia se torna uma estratégia efetiva por colaborar não só para o bem-estar da criança, da equipe e da família, mas também por contribuir para a maior adesão e colaboração para o tratamento, evitando, assim, as recaídas e abandonos. O que, por sua vez, diminui gastos. Porém, acima de todos os benefícios econômicos, o uso do Lúdico nos hospitais é capaz de colaborar para a efetivação da estratégia de prevenção e promoção da saúde que o SUS tanto busca. Sendo assim, promover a Ludoterapia em hospitais infantis é mais do que apenas tornar a hospitalização menos sofrida, é tornar os hospitais mais convidativos para exames periódicos, diminuir o medo da população desses ambientes, formando, assim, uma atmosfera essencial para a saúde.

Além disso, como retratado anteriormente por Simioni *et al* (2017), a Ludoterapia, por proporcionar, entre outros benefícios, a melhora da saúde mental e a maior colaboração com o tratamento, promove a melhora do sistema imunológico, e esse, por sua vez, colabora para a cura. Esse é um fato importante para se retratar, pois quando se trata da questão dos benefícios do campo da medicina promovidos pela Ludoterapia, a informação baseada na medição dos parâmetros de endorfina, por exemplo, não é feita, nesse caso, por motivos éticos. No entanto, essa mesma pesquisa já foi realizada em adultos saudáveis, obtendo resultados positivos e comprovando que o riso e a felicidade realmente colaboram com a melhora geral (física e emocional) do paciente. Logo, por aproximação, acredita-se que o mesmo ocorra com os pacientes pediátricos.

Ademais, partindo da observação acima podemos buscar compreender porque a medicina se encontra tão ausente nos estudos sobre Ludoterapia. Primeiramente, se pode apontar a formação pautada na busca pela cura da patologia, a falta de recursos que eleva os níveis de estresse dos profissionais, e, principalmente, pela ideologia intrínseca à medicina de que a função dos médicos é o trabalho intelectual/científico em posição de comando, isto é, unicamente promover o diagnóstico e apontar o tratamento, deixando o cuidado propriamente dito para as esferas técnicas e operativas, como se isso fosse algo de menor importância. Desse modo, esse silêncio se dá pela tradição socialmente hierarquizadora que acompanha a área da medicina no Brasil; pela busca excessiva pelo conhecimento por meio da separação entre corpo e mente. Por causa disso é que os temas da humanização e o desenvolvimento da Ludoterapia em hospitais serem alvos de pesquisas majoritariamente de profissionais da enfermagem e da psicologia.

Por fim, conclui-se que, Ludoterapia, como mencionado ao longo de toda a monografia, não consiste apenas na construção de brinquedotecas incríveis ou em quartos super adaptados, mas pode estar presente em qualquer ação que consiga fazer com que a criança seja atendida de forma humanizada de acordo com as necessidades de sua faixa etária, de modo com que a internação não se torne um problema ainda maior do que já é ou venha que causar danos futuros e retornos ao hospital. Portanto, algumas condutas simples como permitir a permanência dos pais no hospital, evitar o rodizio do pessoal que cuida da criança; prepará-la para a hospitalização, procedimentos e tratamentos; permitir que traga para o hospital seus brinquedos e que lhe seja permitido brincar, já são formas que, embora simples, tendem a diminuir os efeitos da hospitalização. Existem também outras medidas ainda mais básicas que podem ser utilizadas, como por exemplo, olhar no olho da criança, abaixar em sua altura para lhe dar explicações, se direcionar a ela e não apenas a seus pais, apertar-lhe a mão e chamar o paciente pediátrico pelo nome ou apelido, atitudes básicas, que nada custam a quem as faz, e muito significa para quem as recebe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM; Karla Patrícia Cardoso; ROCHA, Ana Kleyce Correia; SILVA, Ingrid Cherie dos Santos; MELO, Luciana Medeiros Bezerra de; ARAÚJO, Maria Augusta Azevedo. **MediArte com amor e humor: uma experiência a partir do olhar dos participantes.** *Revista Brasileira de educação Médica.* Natal (RN), 2015.

ANGELI, Andrea do Amparo Carotta de; LUVIZARO, Nathália Azevedo; GALHEIGO, Sandra Maria. **O cotidiano, o lúdico e as redes relacionais: a artesanaria do cuidar em terapia ocupacional no hospital.** *Interface comunicação, saúde e educação.* Santa Maria (RS), 2012.

ARÓSTEGUI, Julio. **A pesquisa histórica. Teoria e método.** São Paulo; EDUSC, 2006.

ATIE, Frida. Cap. 1.2 (Melanie Klein: a técnica do brincar), p. 18. Disponível em <http://www.psy.med.br/textos/frida_atie/textos/dissertacao_frida_atie/melanieklein_atie.pdf> Acesso em 5. De ago. 2018

AURELIANO, Daniella Maria Mangureira. **A criança hospitalizada e a Ludoterapia como fator benéfico para o tratamento.** 2015

AZEVEDO, M. R. Z. S. **Papel e Importância do Lúdico para Profissionais da Saúde: Análise de Jogos e Brincadeiras no Contexto Hospitalar.** Londrina (Pr), 1999. In SOARES, Maria Rita Zoéga; ZAMBERLAN, Maria Aparecida Trevisan. **A inclusão do brincar na hospitalização infantil.** *Revista Estudos de Psicologia, PUC-Campinas, v. 18.* Londrina (Pr), 2001.

BACELLAR, Carlos. **Fontes documentais.** In PINSKY, Carla B. (org) **Fontes históricas.** Editora Contexto, São Paulo (SP), 2005.

BARROS, Luísa. **As consequências psicológicas da hospitalização infantil: Prevenção e controlo [sic].** Faculdade de Psicologia e de Ciências da educação da Universidade de Lisboa. Lisboa, 1998.

BARTON, P.H. **Nursing assessment and intervention through play, 1969.** In HUERTA, Edélia del Pilar Neira. **Brinquedo no hospital.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* São Paulo, 1990.

BEZERRA, Camila Leandro. **A utilização do lúdico nas roupas de trabalho dos médicos pediatras.** Universidade Estadual de Maringá, PR, s/d.

BRANCO, Taciane Marques Castelo. **Histórias infantis na Ludoterapia centrada na criança.** Campinas (SP), 2001

BRASIL, **Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8.069, de 13 de jul. de 1990.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em 04 de dez. 2017.

BRASIL, **HumanizaSUS, 2014.** Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/acoeseprogramas/humanizaus/sobre-o-programa>> Acesso em 9 dez. 2017

BRASIL, **Lei n. 11.104/05.** Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2005/Lei/L11104.htm. Acesso em 09 de novembro de 2017

BRITO, Tábatta Renata Pereira de; RESCK, Zélia Marilda Rodrigues; MOREIRA, Denis da Silva; MARQUES, Soraia Matilde. **As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica.** *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.* Alfenas (MG), 2009.

CAMAROTTI, Maria do Carmo. **O nascimento da psicanálise de criança: uma história para contar.** *Reverso.* Belo Horizonte (MG), 2010.

CARDOSO, Flávia Tanes. **Câncer infantil: aspectos emocionais [sic] e atuação do psicólogo.** Rio de Janeiro, 2007.

CARVALHO, Alysson Massote & BEGNIS, Juliana Giosa. **Brincar em unidades de atendimento pediátrico: Aplicações e perspectivas.** Maringá (PR), 2006.

CASTANHA, Maria de Lourdes; LACERDA, Maria Ribeiro; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. **Hospital: um lugar do enfermeiro cuidar do imaginário?** *Acta Paul Enferm.* São Paulo, 2004.

CIBREIROS, Sylvia Alves; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. **A dramatização no espaço hospitalar: uma estratégia de pesquisa com crianças.** *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.* Rio de Janeiro (RJ), 2010.

COA, Thatiana Fernanda; PETTENGILL, Myriam Aparecida Mandetta. **Autonomia da criança hospitalizada frente aos procedimentos: crenças da enfermeira pediatra.** *Acta Paul Enferm.* São Paulo (SP), 2006.

COELHO NN. **A literatura infantil: abertura para a formação de uma nova mentalidade.** São Paulo, 2000. In PEDROSA, Arli Melo; MONTEIRO, Hélio; LINS, Kelly; PEDROSA, Francisco;

MELO, Carolina. **Diversão em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP.** *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil.* Recife, 2007.

COLLOSSAL, Mônica; MOTA, Andreza Lopes; SOARES, Caroline Fernandes; COELHO, Dayane Vilela; RODRIGUES, Laís Silveira. **Um momento lúdico na pediatria do HSJB: fator motivacional no processo de cura das crianças hospitalizadas.** Viçosa (MG), 2011.

CONCEIÇÃO, Filomena; **A importância do brincar e a Ludoterapia na intervenção terapêutica com a criança,** 2015.

DAMASIO, Antônio R. **O erro de Descartes, emoção, razão e o cérebro humano.** S/d.

ESTEVES, Carla Hiolanda; ANTUNES, Conceição; CAIRES, Susana. **Humanização em contexto pediátrico: o papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada.** *Interface.* Botucatu (SP), 2014.

FERNANDES, Cristiane. **A Ludoterapia dentro do contexto hospitalar,** 2011.

FILHO, Augusto Conti. **Os doutores palhaços: vetores e hospedeiros de uma saúde contagiosa? Técnicas de humor e palhaçaria em educação médica: revisão de literatura.** Salvador (BA), 2013.

FRANÇANI, Giovana Müller; ZILIOLI, Daniela; SILVA, Patrícia Regina Ferreira; SANT'ANA, Roberta Paula de Melo; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. **Prescrição do dia: infusão de alegria. Utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada.** *Revista Latino Americana de Enfermagem.* Ribeirão Preto (SP), 1998.

FREIRE, Maria Martha de Luna & LEONY, Vinícius da Silva. **A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à infância do Rio de Janeiro.** Niterói (RJ), 2011.

GERHARDT, Tatiana Engel. **A construção da pesquisa.** In: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Org.) **Métodos de pesquisa.** Porto Alegre (RS).

GIMENES, Beatriz Piccolo; TEIXEIRA, Sirlândia Reis de Oliveira. **Brinquedoteca: manual em educação e saúde.** Editora Cortez. São Paulo, 2011.

GOMES, Ilvana Lima Verde; CAETANO, Rosângela; JORGE, Maria Salete Bessa. **A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções.** *Revista Brasileira de Enfermagem*. Fortaleza (CE), 2008.

HUERTA, Edélia del Pilar Neira. **Brinquedo no hospital.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, 1990.

JEAMMET, Philippe; REYNAUD, Michel; CONSOLI, Silla. **Psicologia médica**, 2000. In PARCIANELLO, Andréia Taschetto; FELIN, Rodrigo Brito. **E agora doutor, onde vou brincar? Considerações sobre a hospitalização infantil.** Santa Cruz do Sul (RS), 2008.

KENNY, T.J. **The hospitalized child**, 1975. In HUERTA, Edélia del Pilar Neira. **Brinquedo no hospital.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, 1990.

KUNZMAN, L. **Some factors influencing a young child's mastery for hospitalization.** *Nurse clin North Am*. Philadelphia (USA), 1992. In HUERTA, Edélia del Pilar Neira. **Brinquedo no hospital.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, 1990.

LEITE, Eliane Pisani. **Ludoterapia**, 2007. In LIMA, Kálya Yasmine Nunes de & SANTOS, Viviane Euzébia Pereira. **O lúdico como estratégia no cuidado à criança com câncer.** *Revista Gaúcha de enfermagem*. Natal (RN), 2015.

LIMA, Kálya Yasmine Nunes de & SANTOS, Viviane Euzébia Pereira. **O lúdico como estratégia no cuidado à criança com câncer.** *Revista Gaúcha de enfermagem*. Natal (RN), 2015.

LIMA, Regina Aparecida Garcia de; AZEVEDO, Eliete Farias; NASCIMENTO, Lucila Castanheira; ROCHA, Semiramis Melani Melo. **A arte do teatro clown no cuidado às crianças hospitalizadas.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo (SP), 2009.

LINDQUIST, Ivonny. **A criança no hospital: terapia pelo brinquedo.** *Scritta editoriale*, Umeo (Suécia), 1993. Tradução de Raquel Zumbano Altman.

LUSTING, Andréa Lemes; CARLOS, Rinalda Bezerra; MENDES Rosane Penha; OLIVEIRA, Maria Izete de. **Criança e infância: o contexto histórico social**, Mato Grosso, 2014

LUZ, Madel T. **Saúde**. In: Dicionário da educação profissional em saúde, 2009

MARASCIULO, Marília. **Conheça 9 curiosidades sobre Sigmundo Freud, pai da psicanálise.** *Revista Galileu*, 2018.

MARLOW, D. **Textbook of pediatric nursing**, 1977. In RIBEIRO, Circéa Amália. **O efeito da utilização do brinquedo terapêutico, pela enfermeira pediatra, sobre o comportamento de crianças recém hospitalizadas.** *Revista da Escola de enfermagem da USP*. São Paulo, 1991.

MARTINS, Maria do Rosário; RIBEIRO, Circéa Amalia; BORBA, Regina Issuzu Hirooka de; SILVA, Conceição Vieira da. **Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa com utilização do brinquedo terapêutico.** *Revista Latino Americana de enfermagem.* São Paulo (SP), 2001.

MELLO, Daniele Borges de; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. **A hospitalização e o adoecimento pela perspectiva de crianças e jovens portadores de fibrose cística e osteogênese imperfeita.** *Instituto Fernandes Figueira.* Flamengo (RJ), 2010.

MINAYO, Maria. C. S (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis (RJ), 2001.

MOTA, Priscilla Caetano. **A influência da Ludoterapia na terapêutica da criança hospitalizada.** Brasília, 2008

MS. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>
Acessado em 05 de dezembro de 2018.

MOURA, Tiago Bastos de; VIANA, Flavio Torrecilas; LOYOLA, Viviane Dias. **Uma análise de concepções sobre a criança e a inserção da infância no consumismo.** 2013

NOBLE, E.' **Children in hospital: why play?** *Nurs. Times.* London, 1974. In HUERTA, Edélia del Pilar Neira. **Brinquedo no hospital.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* São Paulo, 1990.

OLIVEIRA, Helena. **A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada,** 1993. In PARCIANELLO, Andréia Taschetto; FELIN, Rodrigo Brito. **E agora doutor, onde vou brincar? Considerações sobre a hospitalização infantil.** Santa Cruz do Sul (RS), 2008.

OLIVEIRA, Sâmela Soraya Gomes de; DIAS, Maria da Graça B. B; ROAZZI, Antônio. **O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas.** Pernambuco, 2003

OMS/WHO. **Constituição da Organização Mundial de Saúde,** 1946. Disponível em <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-daSa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omsworld.html>> Acesso em: 23 de novembro de 2018.

PARCIANELLO, Andréia Taschetto; FELIN, Rodrigo Brito. **E agora doutor, onde vou brincar? Considerações sobre a hospitalização infantil.** Santa Cruz do Sul (RS), 2008.

PAULA, Leticia de. **Psicanálise infantil: uma intersecção entre a teoria e a prática.** *Programa de aprimoramento Profissional.* São Paulo, 2017.

PAULA; GIL. **História da criação de brinquedotecas em hospitais no estado do Paraná: contribuições para a discussão da educação neste contexto;** *Universidade federal de Ponta Grossa,*1999.

PEDROSA, Arli Melo; MONTEIRO, Hélio; LINS, Kelly; PEDROSA, Francisco; MELO, Carolina. **Diversão em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP.** *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil.* Recife, 2007.

RIBEIRO, Circéa Amalia. **O efeito da utilização do brinquedo terapêutico, pela enfermeira pediatra, sobre o comportamento de crianças recém hospitalizadas.** *Revista da Escola de enfermagem da USP.* São Paulo, 1991.

ROCHA, Bruno de Souza M. P. **Brinquedoteca hospitalar no Brasil: benefícios e práticas.** Rio de Janeiro, EPSJV, 2016.

RODEGHERI, Glades Salete Marafon. **Ludoteca hospitalar: resgate do impulso lúdico.** *Revista Americana de Ludotecas.* Rio Grande do Sul, 2004

SAMARA, Eni de M.; TUPY, Ismênia S. S. T. **História & Documento e metodologia de pesquisa.** Belo Horizonte; Autêntica, 2007.

SDALA, Maria Lúcia Araújo & ANTONIO, Ana Luiza de Oliveira **Interagindo com a criança hospitalizada: utilizando técnicas e medidas terapêuticas.** *Revista Latino Americana de Enfermagem,* 1995.

SILVA, G.M., TELES, S.S. & VALLE, E.R.M. **Estudo sobre as publicações brasileiras relacionadas a aspectos psicossociais do câncer infantil: Período de 1998 a 2004,** 2005. In CARDOSO, Flávia Tanes. **Câncer infantil: aspectos emocionais [sic] e atuação do psicólogo.** Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, Marcus Vinicius Neto & SANTO, Érica Silva Espírito. **A história das primeiras mulheres psicanalistas do início do século xx.** Minas Gerais (MG), 2015.

SIMIONI, Gabriela Bovo; ALMEIDA, Jussiara de; SILVA, Larissa de Fátima; LEITE, Tamara Aparecida de Souza; ZAVARIZE, Sérgio Fernando; MARTELLI, Anderson. **A influência do lúdico no processo de hospitalização infantil: a visão do palhaço.** *Arch Health Invest.* Mogi Guaçu (SP), 2017.

SOARES, Maria Rita Zoéga; ZAMBERLAN, Maria Aparecida Trevisan. **A inclusão do brincar na hospitalização infantil.** *Revista Estudos de Psicologia, PUC-Campinas*, v. 18. Londrina (PR), 2001.

SOARES, Virgínia Virgílio; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza. **Percepção de crianças hospitalizadas sobre realização de exames.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* São Paulo, 2004.

SOUZA, L.M.S; DUPAS, M.A. **Ler é prazer: os projetos de incentivo à leitura da biblioteca comunitária da UFSCar.** São Paulo, 2000. In CASTANHA, Maria de Lourdes; LACERDA, Maria Ribeiro; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. **Hospital: um lugar do enfermeiro cuidar do imaginário?** *Acta Paul Enferm.* São Paulo, 2004.

TV CULTURA. **Rousseau.** Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=0j-9a8hp3SU>
Acesso em: 23 novembro de 2017.

VERISSIMO, Maria de Laó Ramallo. **A experiência de hospitalização explicada pela própria criança.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* São Paulo, 1991.

ANEXO 1

TÍTULO			AUTOR	ÁREA
FONTE	ANO	LOCAL	SUBTEMA	FORMATO
OBJETIVOS	METODOLOGIA		RESULTADOS	
REFERÊNCIAS	DADOS		CITAÇÃO	
ASSUNTO:	P.	ASSUNTO:	P.	
ASSUNTO:	P.	ASSUNTO:	P.	