

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**CLEIDE VITOR MUSSINI BATISTA**

**BRINCRIANÇA: a criança enferma e o jogo  
simbólico. Estudo de caso.**

**Campinas  
2003**

**CLEIDE VITOR MUSSINI BATISTA**

**BRINCRIANÇA: a criança enferma e o jogo  
simbólico. Estudo de caso.**

Exemplar de DEFESA da Tese de  
Doutorado, área de concentração:  
Psicologia, Desenvolvimento humano e  
Educação da Universidade Estadual de  
Campinas.

Orientadora: Profa Dra Orly Zucatto  
Mantovani de Assis

Campinas  
2003

## **DEDICATÓRIA**

**A todas as crianças  
que me ensinaram a  
BRINCAR.**

## **AGRADECIMENTOS**

**A Deus!**

**A meus pais que brincaram com meus filhos, Erick e Amanda, durante esta caminhada.**

**A meus filhos, Erick e Amanda que me permitiram aprender com eles.**

**Ao Roberto que esteve sempre ao meu lado.**

**A Orly Zucatto Mantovani de Assis que deu total abertura a minha pesquisa.**

**A todas as professoras que me ouviram durante este percurso da elaboração da Tese, em especial às professoras Jaqueline Delgado Pascoal, Laura Célia Sant'Ana Cabral Cava, Maria Aparecida Trevisan Zamberlan, Aline Pinto Miranda e Fernanda Dias.**

**A todos que de certa forma contribuíram para a realização desta pesquisa.**

**E a todas as crianças que mesmo em sua condição interagiram comigo e me possibilitaram viajar no mundo do faz-de-conta para buscar, criar e recriar jogos, brincadeiras e livros para atendê-los.**

**A J. (5a) e sua mãe M.**

*O que é, o que é  
Gonzaguinha*

*Eu fico com a pureza  
da resposta  
das crianças  
é a vida  
é bonita e é bonita*

*Viver  
e não ter a vergonha de ser feliz  
cantar, e cantar e cantar  
a beleza de ser um eterno aprendiz  
Ah! Meu Deus*

*Eu sei  
que a vida devia  
de ser bem melhor e será  
mas isso não impede  
que eu repita  
é bonita é bonita*

*E a vida  
e a vida o que é  
diga lá meu irmão  
ela é uma batida de um coração  
é uma doce ilusão  
mas e a vida  
ela é amar a vida ou é sofrimento  
ela é alegria ou lamento*

*O que é  
o que é meu irmão  
há quem fale que a vida da gente  
não é nada no mundo  
é uma gota no tempo  
que nem dá um segundo*

*Há quem fale  
que é um divino mistério profundo  
é o sopro do criador  
numa atitude repleta de amor  
você diz que é luta e prazer  
ele diz que a vida é viver*

*Ela diz que o melhor é morrer  
pois amada não é  
e o verbo é sofrer  
eu só sei que confio na moça  
e na moça eu ponho a força da fé  
somos nós que fazemos a vida*

*Como der ou puder ou quiser  
sempre desejada  
por mais que esteja errada  
ninguém quer a morte  
só saúde e sorte  
e a pergunta roda  
e a cabeça agita*

*Fico com a pureza da resposta  
das crianças  
é a vida  
é bonita e é bonita  
viver...*

## RESUMO

Este estudo descreve e analisa, a importância dos jogos e brincadeiras no ambiente hospitalar. Muitas pessoas, hoje, desenvolvem pesquisas e trabalhos voluntários no setor de pediatria de hospitais. Uns vão com o intuito de levar alegria às crianças enfermas, outros em pesquisar os benefícios destas intervenções lúdicas neste espaço. É de consenso, entre pesquisadores, que há uma melhora no quadro da criança enferma quando ela pode contar com sua mãe junto a ela durante seu tratamento, como também, com programas de intervenção lúdica. Nós, já desenvolvíamos um projeto no hospital junto às crianças que não podiam sair do leito, devido a sua enfermidade e tratamento, desde 1997. Nestas intervenções, percebemos a importância da presença da mãe junto à criança, da sua interação com ela, bem como, da participação dela nas brincadeiras que realizávamos. Através desta experiência percebemos a relevância de buscarmos um maior aprofundamento teórico para conhecer um pouco mais desta criança. Brincar, intervir junto às crianças menores não é tão fácil. São raras as pesquisas com crianças desta faixa etária em hospitais. Conhecer, então, como essa criança pensa, sente e age nos fez compreender o que ela dizia através do brincar. A pesquisa tem como objetivo verificar os efeitos do jogo simbólico na criança hospitalizada por meio de estudo de caso; minimizar o estresse na criança inerente ao processo de hospitalização; elaborar um programa de intervenção psicopedagógica com vistas a estimular o desenvolvimento psicológico das crianças internadas em hospitais e orientar a família sobre a importância da interação mãe-filho no período de internação. Abordamos, assim, no estudo, tópicos que tratam da condição da criança hospitalizada; seus conceitos de doença e morte, temas que muitas vezes aparecem durante as brincadeiras; da importância da mãe e/ou responsáveis próximos a ela; das fases de seu desenvolvimento, e do brincar; da importância deste no ambiente hospitalar e, finalmente, desenvolvemos uma proposta de intervenção para crianças da faixa etária de 0 a 6 anos, enfatizando o período simbólico. Na proposta de intervenção, foram criados e recriados jogos e brincadeiras que atendessem às necessidades destas crianças. Estes jogos privilegiam o desenvolvimento de habilidades cognitivas, funcionais, lingüísticas e afetivo-sociais. No estudo de caso, avaliamos a proposta por nós desenvolvida; analisamos como se constroem as relações entre os sujeitos envolvidos (pesquisador e criança enferma), e constatamos a importância do jogo simbólico na liberação das emoções, ou seja, como a vida afetiva é evocada e pensada graças ao símbolo.

## ABSTRACT

This study describes and analyzes the importance of games and plays in the hospital setting. Many people today are developing research and voluntary works in the pediatric unit of hospitals. Some go there with the purpose of bringing joy to ill children, others are there to research the benefits of such playful interventions in that setting. It is of common sense among researchers that there is an improvement in the condition of the ill child, either when he or she can count with the presence of their mother with them while they are under treatment or upon the intervention of playful programs. We have already been developing a hospital project with children, who could not leave a hospital bed due to their condition and treatment, since 1997. During these interventions we could notice the importance of the presence of the mother with the child, their interaction as well as their participation in the games we played. Through this experience we realized the relevance for searching for a deeper theoretical basis in understanding this type of child a little further. To play and intervene with this type of younger child is not so easy. There is scarce research work with children at this age in hospitals. Therefore, to know what this child thinks and feels and how he or she behaves allowed us to understand what they meant as they played. The purpose of this research is to verify the effects of the symbolic game of in children by mean of study cases; to minimize the stress on the child resulting from the process of internation; to elaborate an intervention and psycho-pedagogical program in order to stimulate the psychological development of in-patient children and to guide the family members about the importance of the mother-child interaction during the period of internation. We have approached topics which address the condition of the in- patient children; their concepts of disease and death, with themes dealt with during the games and plays; the importance of the mother and/or guardian near them; their phases of development and of play; the importance of the intervention for children aged 0 to 6, highlighting the symbolic period. In the proposal for intervention, games and plays were created and re-created to meet the children's needs. These games and plays favor the development of cognitive, functional, linguistic and affective and social skills. In the study case, we evaluated the proposal we have developed; analyzed how the relations between the persons involved (researcher and ill child) are built, and we realized the importance of the symbolic game in the liberation of emotions, that is, how the affective life is evoked and thought of in relation to the symbol.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO 1. A CRIANÇA HOSPITALIZADA .....</b>	<b>23</b>
<b>1.1. Criança e Hospital .....</b>	<b>24</b>
<b>1.1.2. A condição da criança hospitalizada .....</b>	<b>26</b>
<b>1.2. A criança doente .....</b>	<b>28</b>
<b>1.2.1. A criança e a morte .....</b>	<b>31</b>
<b>1.3. Construção do vínculo afetivo .....</b>	<b>54</b>
<b>1.3.1. Cuidados hospitalares e ligação afetiva .....</b>	<b>60</b>
<b>1.4. O que está sendo feito: as experiências desenvolvidas em Hospitais ..</b>	<b>66</b>
<b>1.4.1. A prática do hospital HURNP de Londrina .....</b>	<b>68</b>
<b>1.5. Recursos para minimizar os efeitos da hospitalização na criança .....</b>	<b>70</b>
<b>1.5.1. A humanização no ambiente hospitalar .....</b>	<b>75</b>
<b>CAPÍTULO 2. O BRINCAR NO HOSPITAL .....</b>	<b>79</b>
<b>2.1. Desenvolvimento Cognitivo da criança .....</b>	<b>80</b>
<b>2.1.1. O símbolo e a criança .....</b>	<b>100</b>
<b>2.2. Jogo .....</b>	<b>105</b>
<b>2.2.1. O jogo Simbólico .....</b>	<b>108</b>
<b>2.2.2. A importância dos jogos e brincadeiras para o desenvolvimento infantil .....</b>	<b>115</b>
<b>2.3. Relevância e utilização do Brinquedo no Hospital .....</b>	<b>120</b>
<b>2.3.1. O Brincar no Hospital: uma experiência psicanalítica .....</b>	<b>124</b>
<b>2.4. A utilização da brincadeira como atividade terapêutica .....</b>	<b>131</b>
<b>2.5. Organização da programação de atividades no ambiente hospitalar ...</b>	<b>135</b>
<b>2.5.1. Os cuidados na realização das atividades lúdicas no ambiente hospitalar .....</b>	<b>141</b>
<b>CAPÍTULO 3. BRINCRIANÇA: UM LABORATÓRIO DE ALEGRIA - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>143</b>
<b>Local da pesquisa .....</b>	<b>144</b>
<b>Crinança: sujeito da pesquisa .....</b>	<b>144</b>
<b>Metodologia .....</b>	<b>145</b>
<b>Coleta de dados .....</b>	<b>146</b>
<b>A observação .....</b>	<b>147</b>
<b>A entrevista .....</b>	<b>148</b>
<b>Análise documental .....</b>	<b>149</b>
<b>Procedimentos da coleta de dados .....</b>	<b>149</b>
<b>Instrumentos .....</b>	<b>150</b>

<b>CAPÍTULO 4. BRINCRIANÇA: O SIMBÓLICO NO ESPAÇO HOSPITALAR - UM ESTUDO DE CASO .....</b>	<b>159</b>
<b>CAPÍTULO 5. BRINCRIANÇA: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO LÚDICA PARA AS CRIANÇAS ENFERMAS .....</b>	<b>183</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>227</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>235</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1. Concepção da morte em crianças normais .....</b>	<b>48</b>
<b>QUADRO 2. Efeitos da hospitalização em crianças .....</b>	<b>50</b>
<b>QUADRO 3. Efeitos da Hospitalização nas Diferentes Fases do Desenvolvimento .....</b>	<b>51</b>
<b>QUADRO 4. A Afetividade nas Diferentes Fases do Desenvolvimento .....</b>	<b>59</b>
<b>QUADRO 5. Sintomas principais da sociose .....</b>	<b>66</b>
<b>QUADRO 6. Fases do desenvolvimento .....</b>	<b>85</b>
<b>QUADRO 7 A. Visão do desenvolvimento da criança durante o Período sensório-motor .....</b>	<b>91</b>
<b>QUADRO 7 B. Visão do desenvolvimento da criança durante o Período sensório-motor .....</b>	<b>92</b>
<b>QUADRO 8. Período Pré-Operatório (2 a 7 anos) .....</b>	<b>94</b>
<b>QUADRO 9. Egocentrismo: diferentes manifestações .....</b>	<b>97</b>
<b>QUADRO 10. Período pré-operacional: síntese .....</b>	<b>99</b>
<b>QUADRO 11. O período sensório-motor e o jogo simbólico .....</b>	<b>111</b>
<b>QUADRO 12. Atividades que podem ser desenvolvidas com as crianças no Hospital .....</b>	<b>122</b>
<b>QUADRO 13 A. Sistema ESAR e Desenvolvimento de Habilidades Cognitivas, Funcionais, Lingüísticas e Afetivo-Sociais .....</b>	<b>151</b>
<b>QUADRO 13 B. Sistema ESAR e Desenvolvimento de Habilidades Cognitivas, Funcionais, Lingüísticas e Afetivo-Sociais</b>	<b>152</b>
<b>QUADRO 14. Jogos e brincadeiras para crianças de 0 a 1 ano: sugestões.</b>	<b>186</b>
<b>QUADRO 15. Jogos e brincadeiras para crianças de 0 a 3 anos: sugestões .....</b>	<b>191</b>
<b>QUADRO 16. Jogos e brincadeiras para crianças de 4 a 6 anos: sugestões .....</b>	<b>195</b>
<b>QUADRO 17. Programa de Sessões Lúdicas: jogos, brincadeiras e histórias representativas para o desenvolvimento de habilidades variadas .....</b>	<b>197</b>

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1. Boneca e bolsa .....</b>	<b>154</b>
<b>FIGURA 2. Boneca: vestimentas e bolsa .....</b>	<b>154</b>
<b>FIGURA 3. Boneco e mochila .....</b>	<b>155</b>
<b>FIGURA 4. Boneco: vestimentas e mochila .....</b>	<b>155</b>
<b>FIGURA 5. Bolsa e aparelhos utilizados no hospital .....</b>	<b>157</b>
<b>FIGURA 6. Guia de internamento de Carol .....</b>	<b>164</b>
<b>FIGURA 7. Receita médica .....</b>	<b>165</b>
<b>FIGURA 8. Assinatura da guia de internamento de Carol .....</b>	<b>166</b>
<b>FIGURA 9. Telefone do médico .....</b>	<b>167</b>
<b>FIGURA 10. Retrato de J. (5a) com Carol .....</b>	<b>170</b>
<b>FIGURA 11. Comprimidos receitados pelo médico .....</b>	<b>175</b>

## LISTA DE ANEXOS

<b>ANEXO A. Termo de consentimento livre e esclarecido .....</b>	<b>248</b>
<b>ANEXO B. Roteiro para entrevista com o acompanhante .....</b>	<b>249</b>
<b>ANEXO C. Impresso para registro de dados do prontuário - Na unidade pediátrica .....</b>	<b>250</b>
<b>ANEXO D. Impresso para transcrição das sessões de brinquedo terapêutico .....</b>	<b>251</b>



## INTRODUÇÃO

*Era uma vez...  
uma menina velha  
que gostava de brincar!  
E brincava...  
E quanto mais brincava queria brincar...  
E descobriu que  
ao brincar sentia alegria e  
que tudo esquecia,  
das tristezas, principalmente.  
Descobriu, também,  
que podia brincar em todos os lugares,  
em casa,  
na escola,  
na rua...  
no hospital!  
É, no hospital!  
E dizia:  
- É o mundo das coisas lúdicas a reivindicar  
seu espaço num "universo sério".*

*Cleide Batista*

*Desenho: As doenças. Telmo, 4º ano, Escola Vera Cruz*



## INTRODUÇÃO

*Toda existência é uma cantiga de roda, uma infindável repetição de gestos, de formas, de vozes. Invadimos o labirinto para buscar amplitude, o infinito, a espiral do tempo. Persiste em cada ser o fantasma do caçador e o mito da vitória. A vida é a consagração do presente.*

Athos Bulcão

O ambiente hospitalar, para muitos, é um espaço onde a dor e o sofrimento estão presentes. Um lugar “frio” para tantos. A própria estrutura física da maioria dos hospitais colaboram para a formação e perpetuação desse pensamento. Ter que estar ou ficar por um determinado período no hospital causa em muitos um abalo emocional.

Com a criança, o sentimento não é diferente, talvez a forma de enfrentamento desta situação possa ser diferente devido às especificidades do pensamento infantil.

Em relação à hospitalização infantil, as intervenções deveriam buscar condições mais favoráveis para todo um contexto de internação, incluindo a reabilitação de efeitos de experiências adversas ao desenvolvimento comportamental e emocional da criança. Crepaldi (1999) salienta que o paciente pediátrico deve ter atenção especial, porque é mais sensível à hospitalização e tem recursos limitados para enfrentar situações desconhecidas e/ou dolorosas.

Assim, cada vez mais tem se discutido a importância de se considerar os aspectos psicológicos, pedagógicos e sociológicos da hospitalização.

Para Ceccim (1997) uma enfermaria de pediatria que interna crianças com doenças não pode despojar-se de condições sociais subjetivas. Deve, sim, inventar novas características de acolhimento, demonstrando que o serviço hospitalar pode funcionar a partir de uma noção muito ampla de ser humano e de criança. Uma educação de sentidos ou uma educação da sensibilidade pode propor mudanças, tanto nas relações dos profissionais com os usuários, quanto nas noções de cura, reabilitação e promoção da saúde.

A hospitalização, segundo Sperb, Mello e Goulart (1995), pode ser considerada como uma das situações mais ansiogênicas para uma criança. Neste

período de hospitalização, as crianças se encontraram fisicamente debilitadas, em sofrimento, afastadas de seu ambiente social e familiar, das atividades cotidianas e escolares e de seus pares, deparando-se com um espaço desconhecido e “frio”, tendo em sua volta pessoas estranhas vestidas de branco com instrumentos assustadores e que, ainda, realizam procedimentos dolorosos e, tudo isto misturado com a ansiedade, o medo e aliados a espera da alta, que parece interminável.

Estes fatos, ao nosso ver contribuem para piorar a situação e, até mesmo, o quadro de sintomas da criança enferma. A hospitalização não pode causar traumas psíquicos. O objetivo seria o de ajudar a criança, tornando sua vida o mais normal possível, ou seja, dar-lhe oportunidade para se sentir confiante e segura.

Para isto, Lindquist (1993) afirma que deveria haver uma cooperação estreita entre todas as pessoas que convivem com a criança e de quem ela depende, durante sua permanência no hospital.

Teixeira (1984) in Santos (1994) ressalta que a criança hospitalizada deve ser considerada como um todo, biopsicossocial, em crescente desenvolvimento.

Desta forma, o ambiente hospitalar deveria melhorar as suas condições institucionais de cuidados às crianças, já fragilizadas bio-psico e socialmente. A perspectiva deveria ser de busca, em circunstâncias e períodos de hospitalização, da melhor qualidade de oportunidade para cada criança assistida.

Alguns hospitais objetivando minimizar a dor e o sofrimento das crianças no período de internação hospitalar, buscam desenvolver ações recreativas, tais como brincadeiras, jogos, brinquedos, oficinas de histórias entre outras atividades.

Para Zannon (1991), o brincar seria de primordial importância, sendo seu uso preconizado na assistência em geral, e especificamente, na assistência de enfermagem.

As diferentes formas de brincar permitem representar seus medos, ansiedades e pode proporcionar-lhe um meio para enfrentar tal condição de estresse (Whaley e Wong, 1989). Para os autores, nas brincadeiras, as crianças praticam como lidar com o complicado e estressante processo de viver, de se comunicar e de estabelecer relacionamentos satisfatórios com outras pessoas.

Assim, nas brincadeiras, devemos encorajar ao máximo as fantasias utilizando-as como instrumento terapêutico. Acreditamos que através destas brincadeiras podemos descobrir qual é o processo psicológico da criança, penetrar nos recantos mais íntimos de seu ser, trazendo à luz de sua consciência o que está oculto ou o que evita e, enfim, desvendar o que ela sente a partir de sua perspectiva.

Foi com o intuito de incentivar o compartilhar de sentimentos e promover autodescoberta para que a criança possa reconhecer, aceitar e expressar seus sentimentos, que buscamos através do jogo simbólico interagir com a criança hospitalizada.

Pensando em atender as especificidades desta criança em “estado especial” buscamos delinear a pesquisa em 5 capítulos, sendo que, no capítulo 1 abordamos tópicos que tratam da condição da criança hospitalizada; seus conceitos de doença e morte, temas que muitas vezes aparecem durante as brincadeiras; da importância da presença da mãe e/ou responsáveis junto a ela; das práticas que estão sendo realizadas em outros hospitais e os recursos utilizados para minimizar os efeitos da hospitalização. No capítulo 2, descrevemos as fases do desenvolvimento cognitivo da criança; o brincar e da relevância deste no ambiente hospitalar; a importância da utilização da brincadeira como atividade terapêutica e os cuidados na realização das atividades lúdicas no ambiente hospitalar. No capítulo 3, desenvolvemos os procedimentos metodológicos da pesquisa destacando as características da ONG Viver que foi a intermediária para nossa entrada no Hospital do Câncer; o sujeito do nosso estudo de caso, os procedimentos realizados na pesquisa, bem como, os instrumentos utilizados; no capítulo 4, realizamos o estudo de caso, descrevendo como a criança, sujeito da pesquisa, construiu a explicação das coisas através da fabulação presente no jogo simbólico e finalmente, no capítulo 5, desenvolvemos sugestões de atividades que podem ser desenvolvidas por crianças de 0 a 6 anos no hospital e delineamos um programa para a intervenção com crianças hospitalizadas, enfatizando o jogo simbólico.

Pensando assim, não trataremos aqui do brincar só pelo mero brincar, mas como um recurso psicopedagógico que possibilite a abertura de um campo onde aspectos da subjetividade se encontrem com os elementos da realidade externa

possibilitando à criança enferma, no dizer de Piaget (1975), liquidar seus conflitos através do brincar.

Piaget (1975) acredita que o jogo simbólico pode servir para a liquidação de conflitos, para a compensação de necessidades não satisfeitas, para a inversão de papéis, para a liberação e extensão do eu.

Estar no hospital com crianças enfermas, não é tarefa fácil.

Esperamos estar contribuindo para que passem dias melhores ou pelo menos que consigam suportar estes momentos difíceis.



## OBJETIVOS

### Noite e Dia

*Não sei se gosto mais do dia.  
Não sei que gosto mais da noite  
De dia posso brincar  
De noite, eu posso sonhar.  
Não sei se gosto mais do dia  
Não sei se gosto mais da noite  
De dia, eu posso balançar.  
Vou alto, bem alto, no meu balanço.  
Mas, de noite, eu posso sonhar.  
De dia, eu posso ler, mas de noite, ah!  
De noite eu posso sonhar.*

Mary França

*Foto: Casinha da ONG Viver/Londrina*

## OBJETIVOS

Este trabalho tem como principais objetivos:

1. Verificar os efeitos do jogo simbólico na criança hospitalizada por meio de estudo de caso;
2. Minimizar o estresse na criança inerente ao processo de hospitalização;
3. Elaborar sugestões de atividades para intervenção psicopedagógica com vistas a estimular o desenvolvimento psicológico de crianças internadas em hospitais;
4. Orientar a família da criança sobre a importância da interação mãe-filho no período de internação.

## CAPÍTULO 1.

### A CRIANÇA HOSPITALIZADA

*Era uma vez um homem sério.*

*De terno e gravata, caminhava, falava e até sorria sério, como adulto deve ser.*

*Entrou naquele prédio.*

*Era um hospital.*

*Sentou-se entre as crianças que lá estavam.*

*Falou com elas, não lhe deram atenção.*

*Brincou com elas, não sorriam.*

*Contou-lhes, com voz pausada, uma história, ficaram entediadas. Talvez se usassem aquele avental colorido...*

*Não deu certo.*

*Quem sabe se com um nariz de palhaço... Nada.*

*Ninguém achou nenhuma graça.*

*Hora de partir, tropeçou. Caiu com as pernas para o alto, ridículo.*

*Escutou, então, uma sonora gargalhada.*

*E o homem sério entendeu, então, que o que lhe faltava era ser comum, simples, que não adiantava nada ter uma falsa alegria exterior se seu coração também não alegrasse, não sorrisse.*

*Ainda no chão, apanhou um livro e começou a contar uma nova história.*

*Acabou contando muitas.*

*Só que, desta vez, mudou tudo.*

*O príncipe caiu do cavalo. A bruxa teve dor de barriga porque, sem querer, comeu a maçã envenenada. O dragão era corintiano. Os porquinhos (é claro...), palmeirenses. Por fim o Pinóquio e o Gepeto foram libertados da barriga da baleia, por ordem de um juiz corajosos, que não tinha medo de fantasmas, monstros, reis poderosos.*

*E se não foram felizes para sempre, pelo menos, naquele momento, foram.*

Antonio Carlos Malheiros

Desenho: As crianças que sofrem. Sofia, 4º ano, Escola Vera Cruz

## **CAPÍTULO 1. A CRIANÇA HOSPITALIZADA**

### **1.1. Criança e Hospital**

Será que houve algum ganho em proclamar que um bebê é “gente”?

Ou devemos crer, como cita Ariès (1986), que a idade de ouro da criança ficou para trás?

Já se foi o tempo em que não se anestesiavam as crianças de pouca idade porque acreditavam que elas não sentiam dor. Podemos dizer que hoje, os médicos sabem diferenciar os sinais de dor dos recém-nascidos, e geralmente, conseguem evitá-la. Com os progressos obstétricos, os médicos começam a reconhecer os sinais de dor do feto. Embora haja tais progressos, o nascimento nem por isso se tornou um ato qualquer, nem do ponto de vista afetivo, nem do ponto de vista estritamente médico. Ainda, continuamos a mercê de afecções e acidentes. Ainda hoje, a morte súbita do lactente é o paradigma das várias mortes inexplicadas das crianças de baixa idade.

Como vemos o bebê não ocupa mais apenas um lugar nos livros especializados classificados nas estantes empoeiradas das bibliotecas. O bebê interessa não só a nós, mas decerto muitos manifestam um interesse novo pelos pequeninos. A criança vem ganhando estima até no Congresso Nacional. A legislação sobre a infância, os comitês de ética encarregados de refletir sobre o direito da criança e do recém-nascido em nossas sociedades vêm enfatizando este assunto que está em evidência.

Queremos dizer com isso que muitas pesquisas e estudos vêm discutindo o comportamento das crianças e mostrando que criança é “gente” desde seu nascimento e merece ser tratada com respeito, amor e carinho. A própria legislação a consagra como um sujeito de direitos e deveres desde seu nascimento. A criança, como sabemos, é pela sua essência, débil e vulnerável. Não pode e nem sabe, se agrupar para defender os seus direitos. Necessita de alguém que a defenda e advogue por ela.

E como fica sua situação em um hospital?

Quando entramos em um hospital especificamente na enfermaria pediátrica vemos crianças de todas as idades, cores e raças. A internação hospitalar é uma fratura do dia-a-dia da criança. Se até adultos têm dificuldades para lidar com o desconhecido, imagine uma criança doente e sem família.

Ser criança não é nada fácil!

Afinal, elas estão num mundo pensado e dirigido por adultos. Nessa realidade, muitas vezes é menosprezada, tratada com impaciência, suportando calada e submissa às injustiças e as incompreensões. Se a esses aspectos acrescentarmos a pobreza de nosso país, a doença, a internação e a infecção hospitalar, vamos constatar quão difícil é a vida dos pequeninos.

A essência humana não se encontra somente na inteligência, na criatividade ou na liberdade, as encontramos basicamente no ato de cuidar.

Do ponto de vista da medicina, além do diagnóstico e da cura, os profissionais da saúde têm como objetivo o cuidado. O cuidado transcende o curar, porque nem sempre se vence a doença, mas toda pessoa enquanto viva, tem o direito de ser amparada, acompanhada e amada.

A família é quem exerce a função de proteger a criança, pois é através dela que a criança satisfaz suas necessidades psico-emocionais, nutricionais, de abrigo, de segurança e de transcendência.

Em nossos hospitais públicos, vemos ainda que muitas crianças não contam com o apoio afetivo da família, pois ela está desintegrada, não existindo muitas das vezes. As crianças que vêm dessas famílias desfeitas são muito isoladas, ansiosas, deprimidas, apáticas e possuem uma conduta regressiva. A sensação que elas nos passam é a de que não querem viver e, de fato, elas não o querem.

O conceito chamado “hospitalismo” explica esta situação muito bem, o qual significa que a criança internada, sem carinho da família, por mais que receba o mesmo tratamento que aquele que tem afeto, tem mais chances de morrer. Só unicamente a medicação e o soro não bastam para a cura da criança. Ela necessita de carinho, de afeto, enfim de amor.

Devemos compreender que a criança está no hospital por imposição, portanto a melhor maneira de servi-las é ouvir o que é falado e o que não é falado porque a criança sempre está comunicando uma necessidade.

A função do adulto que desenvolve atividades no hospital junto às crianças, então, é a de servir, estar presente e atender as necessidades, principalmente, quando o trabalho envolve crianças. Suprir necessidades aflora a alegria e coloca a criança em contato com seu lado mais saudável, motivando-a a se relacionar melhor com o tratamento. Outra função é a de gerar conhecimento, para que exista futuramente um investimento na formação de pessoas, profissionais e entidades, e o trabalho de humanização, de tocar os corações, seja disseminado.

Para estas crianças doentes, nosso trabalho tem sentido porque leva até elas o que elas não têm muitas vezes, nem dentro e nem fora do hospital: **amor**.

### **1.1.2. A condição da criança hospitalizada**

O ingresso no mundo do hospital é sinônimo de sofrimento e dor para a criança e família, mas também simboliza a possibilidade de cura e retorno à vida normal. A hospitalização gera angústias, dores, separações e restrições. O stresse da internação é temido no processo de tratamento, uma vez que pode causar queda de imunidade. A ansiedade, o ambiente desconhecido com odores, sons, cores, sabores e toques totalmente estranhos, aliados ao medo e tristeza, contribuem para piorar a situação do enfermo, gerando agravamento da doença.

Azevedo (1999, p.59-60) cita Laloni, (1996), in Zamignani (1997) que coloca: *a pessoa internada, geralmente é um paciente que está fisicamente doente e que, institucionalizado, perde sua identidade, afastado de sua família, de suas coisas e às vezes até de sua cidade.*

A autora acrescenta que

*é nessas condições que muitas crianças chegam para serem internadas, passando por um processo de adaptação a um ambiente novo e hostil, com afastamento da família e quebra de sua rotina diária. Vivem experiências ameaçadoras, geradoras de angústia e que a incapacitam a responder*

*adequadamente às solicitações próprias de seu desenvolvimento* (1999, p.59-60).

Sabemos que as crianças, particularmente as pequenas, podem ficar gravemente perturbadas pela estada no hospital, sobretudo se esta for longa. Isto pode ser, parcialmente, resultado da separação dos pais, mas também decorre da atmosfera do hospital e, é claro, da doença em si, pois a visão da criança em relação ao hospital, conforme Oliveira in Ceccim (1997, p. 45) é:

- *Desconhecido, estranho;*
- *Sem nada legal<sup>1</sup>, em oposição à escola;*
- *Sem possibilidade de atividades ao ar livre;*
- *Proibição de brincar;*
- *Anonimato;*
- *Evita a morte em casa;*
- *Lugar de torturas, suplícios e agressões físicas com intenções punitivas;*
- *Solidão, tristeza e saudade.*

São insistentes as perguntas que a todo instante atormentam a criança, do tipo que lugar é esse que eu nunca vi, no qual me é negado o simples prazer de brincar e de caminhar ao ar livre, onde circulam pessoas das quais não sei nem o nome e que além de tudo me machucam? Onde estão os meus pais, meus irmãos, minha avó, meu avô, meus tios... quem vai cuidar de mim aqui?

Ortiz in Ceccim (1997, p. 73) diz que

*o medo do desconhecido e o mundo novo que ela vislumbra quando entra no hospital são experimentados com tal ansiedade que, diante disso, poderá reagir de forma a negar o que lhe assusta, não cooperando com o tratamento, com atitudes reivindicadoras, com agressividade ou até com a total submissão aos procedimentos.*

Lindquist (1993, p. 4), trabalhou com crianças hospitalizadas em UMEO/SUÉCIA no ano de 1950 quando se deu conta de que

*as crianças hospitalizadas não formam um grupo homogêneo de pessoas, da mesma idade e com os antecedentes, a quem possa ser aplicado um sistema rígido de regras. Debilitadas fisicamente, em sofrimento, elas são afastadas dos pais, dos avós, dos irmãos, dos animais, dos brinquedos, de seu meio ambiente e chegam a um espaço frio e desconhecido, são recebidas por estranhos vestidos de branco, rodeadas por uma parafernália de instrumentos, assustadores. Somam-se ao sofrimento, o constrangimento, e até o pavor, de um futuro próximo, doloroso e de procedimentos, às vezes, inexplicáveis.*

Sikilero in Ceccim e Carvalho (1997, p.59-65) relata que

*durante a internação a criança apresenta diferentes reações e, às vezes, colocam situações difíceis de serem manejadas, ficam irritadas e se tornam agressivas. Retirar o interno da condição de stress é um desafio para a equipe médica, preparada para intervir tecnicamente, mas, muitas vezes, despreparada para lidar com as reações humanas presentes, principalmente, nas crianças.*

A descoberta da necessidade de contenção do stresse vai gerar a demanda de complemento no tratamento, principalmente, de crianças internas. É necessário ocupá-los, fazê-las esquecer a doença, desligá-las do ambiente frio, desconhecido e asséptico, distraí-las do medo e da dor. Trata-se de realizar uma ludoterapia complementar ao processo de tratamento rumo à cura.

Espera-se que a criança frente aos procedimentos médicos reaja de maneira a expressar seus sentimentos e afetos de uma forma que se sentir vontade de chorar que chore, se está assustada que se expresse. O importante é que os sentimentos estejam presentes e que ela possa exteriorizá-los.

## **1.2. A criança doente**

A morte tem o poder de colocar todas as coisas nos seus devidos lugares. Longe do seu olhar, somos prisioneiros do olhar dos outros, e caímos na armadilha dos seus desejos. Deixamos de ser o que somos para ser o que eles desejam que sejamos. Diante da Morte, tudo se torna repentinamente puro. Não há lugar para mentiras. E a gente se defronta então com a Verdade, aquilo que realmente importa. Para ter acesso a nossa Verdade, para ouvir de novo a voz do Desejo mais

---

<sup>1</sup> Termo utilizado pela autora. Oliveira in Ceccim (1997, p. 45)

profundo, é preciso tornar-se um discípulo da Morte. Pois ela só nos dá lições de Vida, se a acolhermos como amiga (Alves, 1991).

E falando sobre a morte...

É preciso estimular no doente a alegria de viver, enquanto ainda existir vida.

No passado, as pessoas estavam mais familiarizadas com a morte. Acompanhavam mais de perto seus familiares que morriam em casa, de uma forma mais aconchegante. Em suas orações, pediam que o doente não morresse logo, que ficasse mais alguns momentos junto da família. E as crianças participavam de tudo.

A morte, hoje, está presente no cotidiano das pessoas de uma forma bem diferente do passado. A medicina avançou muito e doenças que matavam, hoje são curáveis. Porém, doenças que matavam rapidamente, hoje, demoram para vencer o doente. Assim, as pessoas convivem por mais tempo com os doentes, e nas diversas faixas etárias e não apenas com idosos. Isso está exigindo na área de saúde uma preocupação maior com a qualidade da vida do doente.

Hoje, o processo é completamente diferente. As crianças podem assistir a filmes violentos, guerras, cenas de sexo, brigas, mas são afastadas dos doentes à beira da morte, o que seria importante para o processo de educação e crescimento.

Quanto aos doentes, a maioria morre no hospital, longe das pessoas que gosta, sem ter o último desejo realizado, seus familiares afastam-se, com as desculpas mais mesquinhas, como a de que preferem guardar as lembranças daquela pessoa saudável, bonita, e que não querem as crianças por perto para que não fiquem impressionadas, ou seja, ainda fazem com que o doente sinta-se culpado por “incomodar”.

O que podem fazer as pessoas que estão ao lado dos doentes?

Valorizar qualquer instante da vida é a resposta. Não pensar que está trabalhando com alguém que vai morrer, mas sim que está trabalhando com alguém que está vivo. Preservar as vontades e os prazeres também é importante.

É possível atender aos últimos desejos do doente? Então faça. É possível que ele passe seus últimos momentos ao lado das pessoas que ama, em casa? Então, não o deixe só, num hospital.

E mais, o doente tem o direito à revolta, ao grito de dor, à rejeição da doença. Não peça a ele que tenha paciência. Ele tem o direito de ficar revoltado e demonstrar isso. Nada substitui uma relação de carinho na hora de falar sobre a morte.

São muitas as questões:

Como lidar com essas pessoas?

Como falar sobre a morte com elas?

Devemos dizer que vão morrer?

Esperar que perguntem ou contar logo? São perguntas difíceis, mas não impossíveis de responder.

No caso das crianças, a questão é ainda mais complexa. Tudo depende de a criança já ter passado pela experiência da morte de alguém da família, mas as perguntas indicam que, do ponto de vista cognitivo, elas têm conhecimento sobre a morte. A partir de 2 anos, começam a distinguir conceitos. A concepção é diferente do adulto em muitos pontos: as crianças vêem a morte como algo reversível, como nos desenhos animados. Também não têm a idéia muito clara da diferença entre a vida e morte, nem da universalidade da questão.

A criança vai entender melhor estes conceitos quando já estiver na idade escolar. Mas, mesmo antes disso, ela faz muitas perguntas: se a pessoa vai voltar, se vai sofrer, se vai voltar e respirar...

É especialmente fácil para nós subestimarmos o efeito da perda nas crianças. Para Winnicott (1997) as crianças são distrativas e a vida borbulha nelas, quer queiram quer não queiram. Mas a perda de um dos pais, de um amigo, ou de um animal de estimação ou de um brinquedo especial pode roubar todo o sentido da existência, de modo que aquilo que tomamos erroneamente como vida é o inimigo da criança, uma vivacidade que engana a todos, menos à criança. A criança sabe que esta vivacidade tem um preço.

Crianças que passaram pelo processo da perda de um familiar, ou mesmo de um bicho de estimação, aprendem logo que a morte não tem volta. Também aprendem a diferença entre a vida e a morte, embora possam confundir o sono com a morte e achar que a pessoa vai acordar. Por isso, algumas metáforas devem ser evitadas: dizer que a pessoa que morreu “partiu para o sono eterno” ou que “partiu para

uma viagem eterna”, corre-se o risco de que a criança não deixe mais ninguém dormir na casa.

Segundo Winnicott (1997) estas coisas podem ser muito profundas, e difíceis de curar, não obstante, é importante que não contribuamos para o estado desconfortável da criança, recuando-nos a permitir-lhe a tristeza e desesperança reais, e mesmo idéias autodestrutivas que se relacionam diretamente à grave perda que ela sofreu.

Mesmo quando não falam, as crianças manifestam-se sobre a morte nas brincadeiras, nos desenhos e nas histórias.

Quando o doente é uma criança, o mais honesto caso é responder às suas perguntas, em vez de dizer que nada aconteceu, que está tudo bem, até porque uma criança gravemente enferma percebe que algo não está bem.

Para Winnicott (1997), quando vemos uma criança infeliz e retraída certamente podemos fazer mais ao acolhê-la e sustentá-la com simpatia do que empurrá-la para um estado de falsa vivacidade e esquecimento. Se ficarmos por perto e esperarmos, geralmente seremos recompensados por mudanças reais na criança, que indicam uma tendência natural a recuperar-se da perda e do sentimento de culpa que a criança tem mesmo quando, verdadeiramente, não contribuiu para o trágico acontecimento.

Nada melhor do que uma resposta que venha do coração. Pode não ser cientificamente a mais correta, mas do ponto de vista afetivo é a melhor. Nada substitui uma relação de carinho e de comunicação plena.

### **1.2.1. A criança e a morte**

Vida e morte são inseparavelmente unidas e pertencem uma à outra.

Dizem que a única coisa certa em nossas vidas é a morte, mesmo assim, não queremos tomar consciência deste fato inevitável. Ela nos incomoda.

Só quando continuamos conscientes de nossa mortalidade é que continuamos percebendo que cada momento de nossa vida é irrecuperável e, por isso, tem que ser aproveitado. Somente porque o homem é finito, cada momento conta.

Conta como realização e libertação ao nos envolvermos adequadamente com as reivindicações daquilo que nos solicita (Boss, 1981).

Para compreendermos um pouquinho da díade criança e morte, é preciso fazer um recorte na história para analisarmos a concepção que nossa sociedade tinha e tem de criança e como a humanidade concebeu e concebe a temática morte.

Voltemos um pouco em nossa história. Voltemos ao século XVIII.

Antes do século XVIII e até o século XIX, tanto na América do Norte como na Europa, considerava-se que a criança não possuía personalidade e não era valorizada. Desta forma, se morresse, morria sem nome, pois a família ainda não lhe tinha atribuído um nome, ou também, a família atribuía o nome da criança falecida a outra criança, e assim era feita uma substituição completa.

Para Chiattonne in Camon (2001), o Homem sempre viveu sob o impacto da morte. No século XIV, por exemplo, a “peste negra”, que determinou graves perturbações econômicas, sociais e psicológicas, caracterizou a visão catastrófica da morte que atormentava e angustiava a sociedade. A morte era prematura, infligia tormento insuportável e tornava o Homem um objeto repugnante para si e para o outro. Adultos e crianças sabiam que logo morreriam e o indivíduo arcava sozinho e por si a fúria da “morte negra”, pois não havia defesa tecnológica eficiente; os procedimentos médicos eram inúteis; o controle e os ajustamentos sociais insuficientes e a religião e a magia pouco ajudavam.

A morte, portanto, era inevitável.

Não havia promessa de gloriosa imortalidade e a morte era fonte de terror e castigo. A expectativa de vida era limitada, havia maior proximidade física com a morte e sensação de pouco controle sobre a natureza.

A partir da segunda metade do século XIX, a preocupação por parte das mulheres e dos clérigos fez com que as crianças mortas fossem imaginadas vivas num além parecido com uma “terra sem Mal”, cita Chiattonne in Camon (2001), onde esperavam a reunião de toda a família. A mãe idealizava a criança morta e chegava até a servir-se dela como um anjo ou santo.

Na burguesia do século XIX, a morte da criança tornou-se a menos tolerável de todas as mortes. Através de estátuas, procurava-se a perpetuação de suas formas idealizadas. A morte começava a comover de forma violenta o coração e o imaginário dos pais.

Durante a Idade Média, a morte da criança era considerada natural. Já no século XIX a morte da criança passa a ser ocultada.

Se na antigüidade, segundo Chiattonne in Camon (2001) o homem jamais perdia de vista a idéia de que iria morrer, mais tarde adota a mentira sistemática ou o silêncio, como forma de afastar do cotidiano a morte inevitável, condição que prevalece na cultura atual onde a morte é revestida de silêncio, marcado pela negação e interdição.

Ariès (1989) aponta uma significativa mudança em relação às atitudes perante a morte nas sociedades ocidentais a partir do século XX, em que cada vez mais a morte é banida do discurso cotidiano, é afastada, ocultada e temida.

Na sociedade atual, prevalece a negação da temática morte. Esta negação da existência morte para Chiattonne in Camon (2001) causa grandes dificuldades aos adultos ao nível existencial, bem como dificulta, sobremaneira, a adequada compreensão do processo pelas crianças.

Antigamente, o velório ocorria na casa do morto, contando com a participação da família, amigos, parentes e comunidade. O velório caracterizava-se pelo momento de rever e se despedir do falecido, estimulando as emoções, trazendo-as à tona para que se baixassem as defesas diante da situação de morte. As crianças participavam naturalmente daquele processo de despedida, ou seja, acompanham seus pais e/ou responsáveis ao velório.

Atualmente, em contrapartida, o velório ocorre longe das casas dos mortos e o enterro é providenciado o mais rápido possível. Em ambos, as demonstrações de pesar ou lágrimas são desencorajadas.

O estabelecimento de prazos para a missa de 7º dia ou 30 dias é medida que procura circunscrever e limitar, de forma negativa, o processo de luto.

Assim, a sociedade capitalista impõe uma mudança radical na visão de morte. Essa visão de existência e morte se altera, pois o homem torna-se um ser

consumista. O “ser” é desvalorizado em função do “ter”, desenvolvendo-se um apego extremo aos bens materiais e às posições que, com eles, o homem pode ocupar na sociedade, como forma de controle e dominação sobre a natureza e a vida.

Dessa forma, se a morte não for considerada, o homem poderá “eternamente” dominar e controlar todas as coisas, todas as pessoas e conservar tudo o que tem.

Nesse sentido, para Chiattonne in Camon (2001) a possibilidade de morte é afastada, pois não determina apenas a finitude da vida corporal do indivíduo, mas destrói o seu social, enxertado no eu físico.

Portanto, a sociedade consumista “perde” com a morte do indivíduo, porque a compreensão do verdadeiro sentido da vida determina a diminuição do apego e do consumo.

O adoecer e a morte são, então, preocupações permanentes do homem, pois estão no centro de sua existência, são inerentes à vida e à condição de ser.

Devem-se distinguir, no entanto, duas formas de concepção da morte: a morte-do-outro e a própria morte. Para Ziegler (1977) se a morte é apreendida pela inteligência, não é a sua própria morte que a consciência conhece. Ela conhece apenas a morte dos outros e a angústia de ter que enfrentá-la.

Segundo o autor, a morte lança a sua sombra sobre todos e cada um. Ela se aproxima de nós mascarada, com a máscara de que reveste a sociedade que constrói a nossa personalidade. A morte agressora possui um rosto e uma identidade. É assinalada, nomeada, mencionada, temida, e sua constante presença, sua brusca atualização são por nós consideradas com infinita inquietude.

Assim, não é o consciente “ingênuo” que recebe a morte, mas sim, o consciente formado, pois a morte é o absoluto na relação ao destruir ou modificar, para além das categorias da compreensão racional, o indivíduo que a recebe.

Ziegler (1977) faz um lembrete histórico e antropológico ao referir que a consciência de sua própria morte é uma importante conquista, constitutiva do homem.

Assim, a concepção da morte na criança inicia-se pela consideração da morte do outro para evoluir para a concepção de sua própria morte.

Relativizando a morte do outro como “você está ausente” indica que esta relação é principalmente preceptiva e a ausência significa “não aqui e não agora”, pois a criança, conforme a idade, ainda não consegue distinguir entre distância espacial e temporal.

Em Piaget (1975) vemos que as crianças não possuem até certa idade um nível de abstração para poder compreender certos fatos e fenômenos, assim, a morte, enquanto substantivo abstrato passa a não ser percebida pela criança.

Nesse sentido, a ausência para a criança pequena não tem limites, pois pressupõe recursos para assimilar o conceito de futuro e de tempo, impossibilitando a distinção entre separações a curto, médio ou longo prazos e, muito menos, separações irreversíveis.

Piaget (1975), afirma que o pensamento da criança pré-operacional é irreversível. Dessa forma, quando vivencia a separação, a criança pequena não tem condições seguras para avaliar, planejar e elaborar a situação.

Ressaltamos que a ausência do quadro de referência perceptivo tem efeito imediato sobre a sensação de segurança da criança e ela, então, sente-se abandonada não somente por estar consciente da ausência, mas também pela presença de sentimentos de desconforto determinado pela sensação de abandono.

Schechter et alli (1955) in Camon (2001) afirmam que a relação da criança com os ritmos biológicos recorrentes agravam seu relacionamento com a separação e a morte. Assim, a criança pequena não possui consciência do tempo objetivo, que transcorre do passado para o presente rumo ao futuro. Fica a criança, então, vulnerável à experiência de separação, já que não tem recursos para distinguir *entre o prospecto de extensão moderada e de longo prazo ou separação final (...)* (p. 79).

Para Piaget (1975), durante as primeiras fases do pensamento representativo, a criança não chega a avaliar as durações concretas nem mesmo as velocidades sem se referir ao simples tempo psicológico. Em seguida, ao contrário, ela constitui, em pensamento e não mais em ação, séries objetivas que unem a duração interna ao tempo físico e à história do próprio universo exterior. Para a criança menor, então, as expressões “mais tempo” e “menos tempo” não têm significação objetiva.

Desta forma, se alguém se ausentar por um longo tempo (o tempo marcado pelo relógio, ou o tempo subjetivo) ela não saberá quanto durou o mesmo.

Assim, a criança é vulnerável às implicações da morte nas separações triviais de seu dia-a-dia e, mais protegida das implicações da morte nas separações substanciais.

A consideração da própria morte implica em autoconsciência, operações de pensamento lógico, concepções de probabilidade, necessidade e causalidade, de tempo físico e pessoal, de finalidade e separação.

A formulação destes conceitos pressupõe o preenchimento de importante lacuna: desde o que a criança experimentou na vida até a formulação do conceito de morte, pois a morte é, essencialmente, uma não-experiência.

Se a criança nunca esteve morta (o estado), nunca experimentou a morte (como processo final da vida) e as operações mentais que faz uso em seus esforços para sondar a morte falsificam-na, pois o próprio “modo de operar” da mente equipa-a para interpretar a vida ou os processos vitais melhor do que o vazio, a ausência.

Ver uma pessoa, animal ou planta mortos pode contribuir para a concepção de morte, mas, todavia, estas percepções não preenchem verdadeiramente a lacuna, pois se percebe a morte somente de fora (a morte do outro).

Kastenbaum e Aisenberg (1983) propõem que as percepções de morte antecipam as concepções de morte na infância.

Para Piaget (1975), o pensamento pré-operacional conserva muito da rigidez do pensamento sensório-motor, embora o ultrapasse em qualidade. O pensamento pré-operacional é relativamente inflexível, dominado pela percepção e irreversível.

Maurer (1965) in Camon (2001) cita que a criança procura ativamente experiências de ir-e-vir, aparecer-e-desaparecer. Mais tarde, ainda na infância, ela é capaz de permanecer um pouco desligada do que observa. Percebe a morte e os atributos da morte na situação. Mais tarde ainda talvez depois da primeira infância, desenvolve os tipos de estruturas cognitivas às quais comumente se aplica o termo concepções.

Vamos brincar de “esconde-esconde”?

Brincadeiras de aparecer e desaparecer na infância seriam pequenos experimentos realizados pela criança frente ao não-ser ou à morte.

A própria expressão “esconde-esconde” é originária de expressão inglesa traduzida como “morto ou vivo?”, denotando que brincadeiras como estas podem refletir a elaboração da concepção de morte.

De onde eu vim?

Como nasci?

De onde vêm os bebês?

Para Maurer (1965) in Camon (2001) estes questionamentos não se referem, de forma alguma à sexualidade adulta, mas reflete a uma indagação profundamente religiosa e filosófica sobre a não-existência.

Ressaltamos que essa ambigüidade apresentada pelos adultos em seus pensamentos e linguagem sobre a morte pode induzir a criança ao erro ou confusão, intensificando suas fantasias quando esta procura explicações sobre a morte.

Ao mesmo tempo, estas ambigüidades servem para introduzir a criança na utilização dos símbolos, evidenciando que a morte tem mais de um significado e o contexto é especialmente importante e deve ser considerado.

Segundo Kastenbaum e Aisenberg (1983) a criança enfrenta, muito cedo, a intrincada tarefa de aprender a decodificar o significado da morte, tanto do ponto de vista físico, como de suas diversas aplicações metafóricas.

Quando se trata do domínio do invisível, do metafísico, a criança adentra a um mundo que não tem relação determinada com o que conhece e no qual precisa situar seus conhecimentos para buscar respostas a suas inquietações.

Para Zlotowicz (1976) a criança descobre a existência de um tempo anterior, de um passado que é algo bem diferente do passado de suas próprias recordações; descobre também no futuro um mais-além de sua existência atual que pode conturbar as relações que lhe pareçam as mais bem estabelecidas, como as que ligam os pais e as crianças.

Ajuriaguerra e Marcelli (1991) referem que a noção de morte para a criança se organiza em torno de dois pontos essenciais, a percepção da ausência e posteriormente, a integração da permanência desta ausência.

Assim, apesar de educadores e psicólogos do desenvolvimento afirmarem que a criança pequena ainda não possui recursos para entender a morte, Kastenbaum e Aisenberg (1983) sugerem que “a morte já propõe um desafio intelectual” e que a criança pequena tenta compreender a morte, sendo capaz de reconhecer situações nas quais a morte está presente, persistindo em esforços para resolver este desafio.

Para Gesell (1985) as crianças passam, todas elas, por semelhantes fases no desenvolvimento da percepção da morte, mas nem todas seguem o mesmo calendário. As variações são determinadas pelas vivências e pelo tipo de vida da família. Assim, as normas etárias e os perfis determinados não devem ser tomados exatamente ao pé da letra, pois podem desmerecer as capacidades e vivências individuais de cada criança.

Nesse particular, é a própria criança que determinará em que fase se encontra e como compreende e assimila a questão da morte além da consideração de que fatores ambientais favorecem, influenciam e modificam essas percepções.

Durante o desenvolvimento do pensamento pré-operacional, o comportamento cognitivo para Piaget (1975) é ainda influenciado pelas atividades perceptivas. As ações podem ser internalizadas através das funções representacionais, mas o pensamento é ainda preso a percepção.

Bruner (1971) apóia-se na concepção de que a percepção da morte pode ser representada de maneira honesta e útil nas formas de pensamento da criança.

Kooker (1974) cita que a percepção da morte ou de qualquer outro fenômeno é norteadada pela extensão com que a criança é capaz de perceber, interpretar, classificar e integrar o estímulo de seu ambiente.

Segundo Torres (1991), a criança, desde uma etapa muito precoce, já tem uma representação da morte que vai gradualmente evoluindo, paralelamente ao desenvolvimento cognitivo.

Quando estamos no hospital, observamos e vemos pais ou responsáveis, e a equipe de saúde muitas vezes desconversando sobre o que a criança tem. Pensamos ser essa atitude uma forma de protegê-la, todavia, a consideração da criança doente e hospitalizada demonstra a aguda capacidade de observação e de captar situações que acontecem ao seu redor, evidenciando que as crianças percebem fatos que os adultos tentam deliberadamente ocultar. Nesse aspecto, a incompreensão do adulto e a sua falta de respostas aos questionamentos da criança doente provocam mais dor e são causadores de conflitos.

Desta forma, o adulto quando se cala frente à criança enferma com o intuito de resguardá-la de sua condição, não está protegendo-a de seu sofrimento, está sim, ocultando respostas às questões ligadas à doença da criança, causando-lhe mais dor.

Para Raimbault (1979) se a criança não encontra ninguém capaz de ir ter com ela, só se depara com silêncio ou a mentira, também ela se cala.

Nessa medida, quando o adulto mente ou omite a morte, acredita estar defendendo a criança doente do sofrimento como se, negando a dor, magicamente a anulasse. Assim, o adulto confunde a dor da própria situação com as explicações dessa condição. Quando a equipe de saúde nega ou evita responder os questionamentos das crianças doentes ou pronunciar palavras como “morte”, “piora”, “estado grave”, temem desencadear a morte do paciente em sua fantasia inconsciente.

Segundo Solnit e Green (1979), a morte de uma criança desperta no adulto a ansiedade de que alguém morre sem ter se realizado, sugerindo que o ocultamento da verdade (seja por engano passivo ou engano aberto) prejudica a elaboração do luto, transtorna a evolução da criança à morte e perturba o vínculo dessa criança com o mundo adulto.

Quando o adulto se nega a esclarecer questões vinculadas à morte, determina o atrasamento do primeiro momento de elaboração do luto para a criança, que consiste na aceitação de que alguém desapareceu para sempre. Nessa medida, a criança permaneceria numa suposta fase de negação da morte, sem conseguir evoluir para fases posteriores de elaboração do luto.

Para Cassorla (1991), negar a morte, por outro lado, nos leva a um problema extremamente sério: a má elaboração do luto, mas, evidentemente, se negarmos a morte, se nos recusarmos a entrar em contato com nossos sentimentos, esse luto será mal elaborado, e teremos uma chance maior de adoecermos, cairmos em melancolia ou em outros processos substitutivos.

Não raro, diante de uma situação de morte, os adultos que cercam a criança não só assumem uma disposição de enganá-la, mas também transmitem versões diferentes sobre o acontecimento. É interessante notar a despreocupação dos adultos diante de uma rápida explicação sobre a morte à criança, sequer considerando a possibilidade de que outras justificativas possam estar sendo transmitidas ou, pior, sequer considerando que o ambiente esteja, através dos comportamentos das pessoas à volta, determinando outra mensagem.

Para Alberastury (1978) essa postura não só reafirma a angústia do adulto diante da morte em si, como concretiza (na fantasia um falso alívio de que a criança não compreenderia uma explicação verbal do que está ocorrendo).

No mesmo sentido, Knobel (1992) diz que é uma crença bastante difundida de que as crianças, pelo seu “pequeno” desenvolvimento intelectual e físico, não entendem tudo o que os adultos fazem e dizem. E, em virtude desse pensamento, muitos incorrem em atitudes francamente prejudiciais para seus filhos, sob o pretexto de que a idade não lhes permite participar dos acontecimentos do quais são testemunhas.

Isso revela uma falta real de conhecimento sobre o que é uma criança e distorce a realidade e os direitos da criança.

Assim, respostas como:

Ele foi para o céu!

Ele está viajando!

Ele logo voltará!

Ou nas unidades pediátricas:

Ele recebeu alta!

Ele mudou de enfermaria!

Ele mudou de andar!

Ele foi transferido de Hospital!

Essas colocações não só estariam a serviço de agravar o processo de elaboração do luto, como também de disseminar intensa insegurança às crianças.

Como a criança vai confiar diante de uma dupla mensagem?

Se a criança está doente ou internada, impinge-se a desconfiança, a frustração. Ressalta-se o sentimento de solidão, de abandono e de medo.

No entanto, tão grave quanto a permanência da criança na negação estão as conseqüências decorrentes dessas duplas mensagens. Reações de descontrole e pânico podem ser freqüentemente observadas em crianças internadas onde os profissionais de saúde assumem a postura de ocultar a morte ou piora clínica dos pacientes.

Em geral, cria-se um emaranhado de mentiras sem retorno, com o agravamento das capacidades cognitivas de todos os seus integrantes.

A mentira, segundo Piaget (1975), para as crianças antes dos seis ou sete anos, é percebida como um “comportamento mau”. As crianças mais novas, de um modo geral, consideram os erros involuntários como mentiras.

É fundamental, a importância das equipes de saúde que atuam com crianças hospitalizadas e terminais, as auxiliarem na classificação e facilitação da expressão de seus sentimentos, fantasias e temores frente à morte, evidenciando a necessidade de ajudá-las no processo de elaboração do luto.

Bowlby (1985) estudando o processo de elaboração do luto em crianças verificou que estas passam pelas diferentes etapas do processo, de forma semelhante aos adultos. Porém, o autor revela que a forma como esse processo ocorre está intimamente vinculada à forma como os adultos compartilham os sentimentos de dor, tristeza e desesperança com as crianças e que tipo de informação transmitem.

Para Kovacs (1994) quando a criança não consegue se desidentificar, ocorre sentimentos de culpa, por se sentir responsável pela morte do outro, como resultado de seus impulsos destrutivos e do seu pensamento mágico onipotente. Pode, então, sugerir uma necessidade de se punida. Em alguns casos, a criança sente que deve acompanhar a pessoas mortas como forma de reparar os seus erros.

Para Camon (2001) a criança é muito mais saudável do que o adulto em sua relação com a morte, através de referências freqüentes e muito claras.

Kovacs (1994) assevera que desde muito pequena, as crianças têm noções sobre a morte, como experiências vividas. Quando bebê vive a separação, mesmo que breve, como abandono e aniquilamento. Com o desenvolvimento cognitivo passa a perceber diferença entre mortos e vivos, primeiro levando em conta aspectos perceptivos e concretos, como imobilidade, não respiração, estar de olhos fechados.

Por isto, inicialmente, a criança associa morte ao sono. Depois começa a compreender aspectos mais abstratos como irreversibilidade, inevitabilidade e posteriormente a causalidade, até chegar as explicações lógico-categóricas na adolescência. Portanto, a fantasia de que a criança não assimila ou não se mobiliza com a realidade da morte é ilusória e não passa de negação ou minimização da realidade.

Assim, se os adultos mentem ou ocultam a verdade à criança doente, esta sente-se confusa, abandonada, expressando desolado sentimento de desesperança, pois já não tem a quem recorrer.

Para criança antes dos seis, sete anos, segundo Piaget (1975), uma afirmação falsa é vista como uma mentira independente da intenção, ou seja, se ela não é verdadeira, então é uma mentira.

Kovacs (1994) afirma que o escamoteamento da verdade provoca um sentimento de estar sendo enganado ou sendo considerado ingênuo, o que pode levar a um sentimento de profunda solidão. O ocultamento da verdade provoca a capacidade cognitiva e afetiva da criança doente, deixando marcas prejudiciais em seu desenvolvimento.

O adulto, na realidade, projeta na criança a parte infantil que não quer conhecer a verdade, cortando o processo de luto, acrescentando à dor da criança confusão, frustração e solidão, tornando a ausência do morto muito mais dolorosa e conflitiva.

Ao esperar que o adulto lhe diga a verdade, a criança transfere essa esperança a serviço de uma necessidade defensiva de negação da morte. Quando o adulto mente, acrescenta à dor e à confusão uma permanente frustração.

Para Kovacs (1994) evitar falar sobre a morte com a criança, prática comum atualmente, é extremamente prejudicial a ela, pois percebe as coisas, mas ainda se sente confusa com suas percepções e não tem com quem confirmá-las. A morte de pessoas queridas provoca imensa dor, não falar com intuito de proteger da dor tem efeito contrário, aumentando a angústia e confusão.

Assim, a criança pode passar a apresentar micros-suicídios através de rejeição de alimentos, transtorno de sono, dificuldades escolares e transtornos neuróticos, podendo evoluir para um estado de compulsão de repetição em busca de explicações sobre a morte.

Para Torres (1991) os responsáveis pelas explicações que as crianças pedem sobre a morte devem considerar, acima de tudo, o nível de aptidão da criança para abstrair, bem como atentar ao egocentrismo e animismo expresso por esta, no subperíodo pré-operacional.

Ressalta-se também que as crianças passam por diversas fases no desenvolvimento da percepção da morte.

Vários estudos relatam a concepção da morte em crianças partindo do critério de desenvolvimento considerando a idade cronológica (Nagy, 1959; Boldui, 1972; Jallmer, 1973; Kastenbaum, 1983).

Ajuriaguerra e Marcelli (1991) propõem quatro fases que permitem localizar as principais etapas que a criança passa na compreensão da morte:

1. fase da incompreensão total (0 a 2 anos);
2. fase abstrata de percepção mítica da morte (2 a 4-6 anos);
3. fase concreta de realismo e de personificação (até 9 anos);
4. fase abstrata de acesso à angústia existencial (a partir de 10-11 anos).

Já Kooker (1974) e Torres (1978) utilizaram-se do critério de idade cronológica conjuntamente ao desenvolvimento cognitivo partindo dos achados de Piaget.

Segundo Torres (1991), esses resultados apontam para a importância do nível cognitivo na evolução do conceito de morte e são uma confirmação empírica

das formulações teóricas de Piaget, segundo as quais o conceito de morte desenvolve-se em interação com outros conceitos.

Assim, além do animismo e do egocentrismo infantil, conceitos de passado e futuro, de tempo como quantidade e de conservação, tanto de objeto quanto do eu, encontram-se entre as idéias em desenvolvimento que influem e são influenciadas pela idéias da morte.

### **Antes dos três anos**

Segundo Gesell (1985), a criança não entende a idéia de morte, preocupando-se somente com a separação.

Bowby (1954) assevera que nessa fase, a criança pode vir a sentir saudades, pena, sem atribuir à morte seu caráter definitivo.

Até os três anos, a situação de doença e iminência de morte impõe restrições ao desenvolvimento normal de autonomia, característica principal do período.

A vivência da doença pode fazer com que as crianças, nessa idade, tornem-se apáticas, passivas e apegadas. Além disso, por se caracterizar também por intenso egocentrismo, até os três anos elas acreditam que a doença e a hospitalização são situações que elas próprias fizeram acontecer numa relação concreta que afeta sua vida cotidiana que para Wasserman (1992) seria alguma coisa que prejudica ou interfere em sua exploração.

Zlotowicz (1976) refere que antes dos três anos, a criança passa a emprestar propriedades de vida aos objetos inanimados, falando diretamente com eles. Dar vida aos objetos, é uma das formas de raciocínio típico do estágio simbólico. Segundo Piaget (1975) o animismo é um processo de raciocínio pelo qual as crianças atribuem vida aos objetos, assim estes, para a criança, falam e sentem.

Para Zlotowicz (1976), posteriormente, a propriedade do vivo passa a ser limitada ao que se move e mais tarde ao que se move por movimento próprio.

Aos três ou quatro anos, elas passam a se preocupar com a origem dos seres em geral e sobre a sua própria origem.

Perguntas como:

De onde eu vim, mamãe?

Como eu nasci?

Refletem algo mais do que simplesmente a curiosidade ou a inquietude sobre a forma como os seres humanos são gerados.

Para Zlotowicz (1976) esses questionamentos evidenciam o assombro da criança diante da mudança, além das dificuldades em conceber sua própria transformação, num contexto que faz envelhecer os adultos e crescer as crianças, tendo que admitir que tenha podido não ser e que possa um dia não mais ser.

De acordo com o autor, nessa fase, o que é vivo, pelo menos segundo a idéia que disso faz a criança, pode cessar de ser, mas do mesmo modo que a oposição entre o vivo e o não-vivo está longe de ser absoluta para a criança, a mudança que de um ser vivo faz um morto não lhe é facilmente concebível. O próprio resultado dessa mudança, aquilo que chamamos verdadeiramente a morte, não é considerado como absoluto e pode receber uma gradação.

### **Dos três aos cinco anos**

Nesta faixa etária, a morte não é um fator permanente para a criança, é um fator de separação provisória, uma ausência.

Para a criança, a morte é reversível, semelhante ao sono e separação, porque ela ainda não possui a noção definitiva de causa e efeito.

Nessa fase, a criança não recusa vida e consciência ao morto.

A morte não provoca reações afetivas profundas, podendo a criança parecer insensível à morte de um familiar, a não ser que seja pai ou mãe.

Nesse período, a criança faz comentários e perguntas sobre a morte, às vezes mórbidos, revelando naturalidade e curiosidade.

Além disso, como nessa fase as crianças mantêm pensamentos concretos e ainda egocêntricos, podem interpretar a vivência da doença e morte como punição, expressando, não raro, raiva e ressentimento por não serem capazes como outras crianças.

### **Aos cinco anos**

A criança já fala sobre a imobilidade dos mortos e associa que os mais velhos estão mais próximos de um fim.

Ela mantém aparente ignorância sobre a morte, evidenciando a aceitação de vida na morte.

Torres (1980) cita um estudo realizado por Nagy (1959) com 378 crianças húngaras de 3 a 10 anos, no que verificou que até os 5 anos as crianças não possuem noção da morte como definitiva, associando-a, não raro, a sono ou separação.

Em pesquisa objetivando avaliar a relação entre o desenvolvimento cognitivo, segundo Piaget (1975), e a evolução do conceito de morte em crianças, Torres (1991) descreve que a criança com idade média de 5 anos e sete meses não estabelece diferenças entre seres animados e inanimados, no sentido de que, apesar de perceber e identificar seres vivos e seres mortos, não atingiu um grau de compreensão ou elaboração para o reconhecimento da morte.

A autora cita que nessa fase, denominada subperíodo pré-operacional, as crianças, embora não neguem a morte, são incapazes de separá-la da vida; admitem vida na morte, quer de forma explícita, quer atribuindo a fatores externos a impossibilidade de o morto realizar atividades ou ter sensibilidade, e não compreendem a morte como um processo definitivo e irreversível, mencionando modos pelos quais o morto poderá tornar a viver.

Nesse sentido, como o animismo e o egocentrismo, características dessa fase, influenciam a percepção da morte em crianças pré-operacionais.

Através do animismo, a criança pré-operacional dá vida a seres inanimados e percebe os seres em geral como vivos e conscientes. Igualmente encontra-se impedida de estabelecer a distinção necessária entre seres animados/vivos e inanimados/mortos.

Para Piaget (1975), a criança nesta etapa, não adquiriu a noção de constância, ou seja, conservação do objeto. Durante o desenvolvimento pré-operacional é próprio das crianças a não conservação, isto é, elas não conseguem entender a não variação de uma dimensão frente a mudanças em outras dimensões.

Também, nesta etapa, a criança ainda não tem a concepção de tempo bem firmada. As primeiras experiências infantis do tempo são de um tempo periódico e circular, e essa periodicidade do tempo é relevante na estruturação dos conceitos de animado e inanimado.

### **Aos seis anos**

Segundo Gesell (1985), a criança, nesta idade, assume uma nova consciência da morte, apresentando reações afetivas nítidas diante da idéia de falecimento, medo da morte dos pais, relacionando comumente as situações de doença, morte, hospitalização e violência. Contudo, apesar de já se comover com temas que envolvem a questão da morte, ainda não crê que morrerá.

Zlotowicz (1976) cita que aos cinco anos, e ainda aos seis anos, a criança imagina espontaneamente a vida como um ciclo em que o nascimento pode suceder a morte ou, pelo menos, que ao envelhecimento pode suceder uma nova juventude.

**QUADRO 1. Concepção da morte em crianças normais**

Fases do desenvolvimento (Piaget)	Idade	Concepção de morte
-----------------------------------	-------	--------------------

<b>Período sensório-motor</b>	Até 2 anos	- morte=separação; - empresta propriedades de vida a objetos inanimados; - sente saudades e pena;
<b>Período pré-operacional</b>	3 anos	- morte=separação; - empresta propriedades de vida a objetos inanimados; - sente saudades e pena;
	3 a 5 anos	Morte=separação provisória, ausência; Morte é reversível=sono;
	5 anos	Considera a imobilidade dos mortos; Associa morte à velhice; Aparente ignorância sobre a morte; Aceitação de vida na morte;
	6 anos	Nova consciência da morte; Reações afetivas nítidas diante da morte; Temor à morte dos pais; Relação entre doença, morte;

Fonte: baseado em Camon (2002)

Apesar das constatações apresentadas no Quadro 1 a respeito da concepção da morte em crianças normais, para Camon (2002), a observação de crianças doentes e hospitalizadas evidencia precoce capacidade de percepção da morte desses pacientes, sugerindo que a vivência da doença, tratamento e evolução para a morte determinam antecipação dos conceitos e da elaboração do processo de luto.

Na criança doente o conceito de morte pode se elaborar muito antes do conceito de vida, pois não há paralelismo rigoroso entre ambos, um ou outro pode preceder conforme a vivência da criança. Assim, o conceito de morte não se limitaria a um conceito operatório ou ao registro cognitivo, mas dependeria de outros dados da biografia da criança.

Na criança doente, por exemplo, a sensibilização para com a morte é prematura, pois esta percebe a morte, consciente ou inconscientemente.

Neste estágio de evolução, a criança se encontra muito mais instintiva, estando mais próxima de seu corpo e mais apta a captar mudanças e sinais de seu físico.

Estar doente, então, leva a criança a refletir sobre os acontecimentos a que deve se sujeitar, acontecimentos estes que modificam sua relação consigo mesma, com seu corpo e com os outros. Raimbault (1979) afirma que essa reflexão que a criança doente é obrigada a realizar a levaria aos mesmos tipos de representações e de conclusões sobre a morte dos adultos.

Ajuriaguerra e Marcelli (1991) deduzem que a criança embora muito pequena, parece ser capaz de pressentir sua morte de um modo por vezes dificilmente formulável. Em alguns casos, a criança põe-se a recusar os cuidados até então aceitos sem oposição, pede para voltar para casa; em outros casos, pode verbalizar seus temores ou sua interrogação, sobretudo se tiver o sentimento de que o meio adulto poderá aceitar suas questões.

Kovacs (1994) informa que as crianças doentes têm um contato mais direto e íntimo com seu corpo, portanto, percebem a sua deterioração, e suas perguntas pedem um maior esclarecimento do que já sabem.

Ajuriaguerra e Marcelli (1991) dizem que a experiência da doença remete a criança a movimentos psico-afetivos diversos:

1. a regressão quase sempre acompanha a doença: retorno a uma relação de cuidados corporais e de dependência como aquela do lactente;

2. o sofrimento pode ser vinculado a uma vivência de punição ou a um sentimento de falta: a culpa freqüentemente infiltra a vivência da criança doente. Esta culpabilidade pode ser, por vezes, reforçada pelo discurso familiar (você pegou um resfriado porque fica tomando sorvete), mas encontra a sua origem também na vida fantasmática da criança;

3. o acometimento do esquema corporal, ou antes, do sentimento de si no sentido mais amplo, depende da gravidade, da duração e da natureza do impedimento imposto pela doença, mas este sentimento é freqüente: corpo imperfeito, frágil, defeituoso. Em função do tipo de conflito, este acometimento do “sentimento de si” focalizar-se-á em fantasmas de castração ou em uma ferida narcísica mais ou menos profunda;

4. a morte, por fim, aparece em filigrana em certas doenças mesmo que a criança, assim como sua família, pouco falem disto.

Vários efeitos psicológicos podem ser citados como consequência da situação de doença grave e iminência de morte e hospitalização em crianças.

O quadro 2 lista alguns efeitos mais importantes neste contexto:

### **QUADRO 2. Efeitos da hospitalização em crianças**

Negação da Doença  
 Revolta  
 Culpa e Sensação de Punição  
 Ansiedade  
 Depressão  
 Projeção  
 Solidão  
 Distúrbios Neuróticos  
 Comportamento “Esquizóide”  
 Frustração de Sonhos e Projetos  
 Privação da Realização  
 Regressão e Busca de Proteção  
 Intolerância Emocional  
 Negativismo

Fonte: Camon (2002, p. 96)

Estes efeitos da hospitalização nas diferentes fases de desenvolvimento da criança também evidenciam como esta se defronta à situação de doença e iminência de morte.

Através do Quadro 3, podemos verificar que o desenvolvimento infantil torna-se comprometido pelas vivências que a criança se vê obrigada a enfrentar.

### **QUADRO 3. Efeitos da Hospitalização nas Diferentes Fases do Desenvolvimento**

	<b>Faixa Etária</b>	<b>Características Principais</b>	<b>Efeitos da Hospitalização</b>
	0 a 18m	Necessidade de afeto/segurança;	Sensação de abandono; Depressão anaclítica;

<b>PERÍODO SENSÓRIO- MOTOR</b>		Figura materna como primordial.	Hospitalismo.
		Dependência/proteção; Busca de satisfação de necessidade.	Tensão; Agitação; Insegurança.
		Não consciência do Self	Ausência da relação entre hospitalização e desconforto.
		Ajustamento; Busca de equilíbrio entre conduta e necessidades.	Temor à aproximação; Irritabilidade; Apatia/desligamento; Estados depressivos e ou ansiosos; Dor:-isolamento social; - transtorno da alimentação e sono.
<b>PERÍODO PRÉ- OPERACIONAL</b>	18m a 3a	Egocentrismo <sup>2</sup>	Criança crê que causou a hospitalização; Intensa sensação de desproteção e abandono; Temor à perda de amor.
		Percepção concreta	Percepção concreta da doença e hospitalização afetando a vida cotidiana: - sofrimento intenso; - não compreende a hospitalização; - dificuldades de adaptação; - temor a separação; - ansiedade: no confronto com estranhos diante de procedimentos. Fantasias assustadoras
		Controle de si e das situações da exploração e manipulação	Imposição de medidas terapêuticas levam à interferência no desejo por controle
	<b>Faixa Etária</b>	<b>Características Principais</b>	<b>Efeitos da Hospitalização</b>
	18m a 3a	Busca de autonomia	Perda de autonomia Aumento dos comportamentos de

<sup>2</sup> Piaget caracterizou o pensamento e o comportamento de uma criança pré-operacional como egocêntrico, isto é, a criança não pode assumir o papel ou o ponto de vista do outro.

<b>PERÍODO PRÉ- OPERACIONAL</b>			vínculo e regressão Luta para manter habilidades adquiridas
		Imposição contra limites	Intensa reação contra restrições da doença Agressividade Ambivalência ou relutância da família na imposição de limites determinam interferência no desenvolvimento do controle do impulso
	3 a 6a	Percepção concreta/egocentrismo	Dor, sintomas e condutas como punição
		Domínio de habilidades, conceitos, valores e relações;	Limite à capacidade de atingir controle motor e competência social; Limite à interação com pares e aprovação; Limite ao senso de domínio causando temores, passividade, dependência;
		Espontaneidade máxima; Flutuações independência/ dependência; Jogos integrados/cooperativos; Relações com novos adultos; Desenvolvimento psicosexual;	Regressão: anorexia, lambuzar-se, regressivo, recusa à mastigação, perda do controle esfincteriano; Gratificações primitivas/caráter pré- genital; Balanço, masturbação, chupar o dedo; Retardo do ingresso na escola: aumento da dependência, raiva por ser diferente.

Fonte: Baseado em Camon (2002)

Percebemos, pela observação do Quadro 3, que os efeitos da hospitalização atingem a criança nas diferentes etapas do desenvolvimento, possibilitando a compreensão de que a criança doente possui uma concepção precoce

da morte pelas próprias vivências impostas pela doença e pela reação do ambiente que lhe aponta a gravidade do contexto.

Aberastury (1978) afirma que a criança percebe o perigo da morte em seu corpo e o momento em que vai morrer.

Wasserman (1992) cita que em algum ponto no curso de suas doenças, todas as crianças e suas famílias perguntam-se sobre o futuro. No entanto, segundo o autor, a compreensão do conceito de morte irá depender do estágio de desenvolvimento do paciente.

Para Wasserman (1992) as crianças, no que diz respeito a sua própria morte, sabem quando estão seriamente doentes. Não apenas elas se sentem doentes, sentem dor e ou têm dificuldades para respirar, mas elas também sentem a angústia naqueles a sua volta. Para algumas crianças, a morte é um alívio bem vindo para a dor e sofrimento de suas doenças.

Raimbault (1979) afirma que a criança doente percebe a gravidade de sua doença e a iminência de morte. Através do relato de uma paciente, a autora evidencia esses aspectos: “Eles não dizem nada, porém eu sei. Tenho um tumor. Existem crianças que morrem, eu também vou morrer.”

Segundo Kovacs (1994), a criança doente vivencia a situação de morte desde o princípio de sua doença através de separações durante a hospitalização, de medo do desconhecido e de temor ao aniquilamento.

Flores (1984) ao avaliar crianças terminais utilizando o teste Desenhos-Histórias de Walter Trinca verificou que diante da morte seus temores referiam-se à cessação da vida, perda do movimento vital, experiência de sensações físicas e psíquicas desagradáveis, perda da existência, aniquilamento, desaparecimento, perda da individualidade, perda do brilho e do vigor, esquecimento e desaparecimento da lembrança dos vivos. O autor apontou ainda que nas crianças doentes avaliadas, a angústia de morte envolvia os sentimentos de rejeição e o temor à separação, demonstrando clara percepção da morte.

Já Weller et Weller (1992) citam que além da morte em sua família, o que a criança mais teme é ficar sozinha, sentir dor e ser esquecida.

Então, porque não levar um pouco de alegria a estas crianças!!!

### 1.3. Construção do vínculo afetivo

*É bom ser criança  
Ter de todos atenção  
Da mamãe carinho  
Do papai a proteção  
É tão bom divertir  
E não ter que trabalhar  
Só comer, crescer, dormir, brincar...*

Toquinho

Quando nos reportamos a afetividade, muitas vezes, não imaginamos a complexidade da construção de um vínculo entre a criança e o outro.

Winnicott (1997) observou a significativa contribuição que a mãe pode trazer para o bem-estar e saúde emocional de seu bebê: a provisão de preocupação, confiabilidade e adaptação maternas, especialmente em termos de uma identificação empática adequada com as necessidades de seu bebê.

Como a criança ou o bebê estabelece vínculos afetivos com a sua mãe, para nós é de suma importância devido ao fato de que em alguns casos, no ambiente hospitalar, muitos recém-nascidos por algum motivo, necessitam permanecer por um determinado tempo na unidade pediátrica.

Vemos, hoje, na prática da unidade pediátrica, a liberação da presença da mãe junto ao filho, mas mesmo com esta permissão, que consideramos um grande avanço e conquista, assistimos ainda a ausência de muitas mães junto ao leito de seu bebê ou criança. Sabemos que os motivos são os mais variados desde a impossibilidade de estar junto ao bebê ou a criança por ser de lugares distantes (outras cidades) desde o abandono propriamente dito, ou seja, a criança nunca receber visita de seus pais e/ou responsáveis.

Pensamos que muitos pais e ou responsáveis não sabem a importância dele junto ao seu bebê ou criança neste momento tão peculiar na vida delas.

Como esta separação pode afetar na construção do vínculo afetivo?

Para Winnicott (1997) a separação entre uma criança e sua mãe, antes que a criança possa manter a mãe viva na sua mente, deve ser má para qualquer

criança e levar para todo o tipo de transtorno, de acordo com a psicologia da criança no momento da separação.

A criança pequena, bebê, está mais sujeita a sofrer danos permanentes a partir de traumas provenientes da realidade externa do que a criança mais velha ou o adulto.

A necessidade da criança pequena é dupla. Nós precisamos fornecer-lhe um relacionamento amoroso ativo, além de protegê-la de choques e frustrações desnecessárias e de estimulação excessivas.

Winnicott (1997) cita que devemos acreditar em como é ruim ficar preocupado quando você tem 2 anos de idade, e como é espantoso amar e odiar, e como é assustador estar com medo.

Quando estamos no hospital, observamos as pessoas (enfermeiros, auxiliares, residentes, médicos) no tratamento ou na assistência a criança pequena e nos questionamos de qual seria o sentimento desta relação.

Winnicott diz que em todas as idades existem umas poucas pessoas que acreditam nos sentimentos da criança pequena e uma maioria que nega ou sentimentaliza. O autor exemplifica claramente este sentimento, examinando a maneira pouco natural pela qual os bebês geralmente são tratados, e a variedade de tormentos desnecessários pelos quais ele tem de passar. A cena geralmente começa

*com o esplendor total do dia invadindo seus olhos semifechados; ou, se eles fazem seu primeiro aparecimento à noite, a ignorância e a curiosidade os submetem a um tormento igual com a ajuda de uma vela aproximada de seu rosto; a extrema angústia da visão dolorosa produz um choro de sofrimento, que lhes traz o alívio da obscuridade, até que a próxima pessoa curiosa renove a tortura. Esta cena pode se repetir por umas dez vezes na primeira hora de vida da criança, com exatamente os mesmos efeitos. Quando começa a dolorosa operação de vestir a criança, seu rosto é descuidadamente descoberto; um choro violento é a consequência imediata, e muitas vezes continuado, de uma série de sensações desagradáveis, por duas horas, com exceção de um breve intervalo de embalo, quando provavelmente a alta dissonância da voz da ama, ignorantemente pretendendo tranquilizar o bebê que está sofrendo, pode provocar tanta dor no tenro nervo auditivo, desacostumado às vibrações dos sons, quanto o brilho incomum da luz provocou anteriormente no nervo ótico. Acrescentem a isso as várias posturas incômodas nas quais o bebê precisa ser colocado para vestir uma multiplicidade de roupas distintas, o costume ridículo que lhe dar uma colher de uma mistura extremamente enjoativa, que é a primeira coisa a ser engolida*

*– e tudo isso constitui uma prova evidente que nós tentamos, nas primeiras três ou quatro horas de vida da criança, submetê-la a um sucessivo tormento de todos os sentidos, através da luz, barulho, remédios e posições incômodas.*

Quando, depois de toda essa dor e sofrimento, a pobre criatura está vestida, a confinação nada natural dos membros é uma punição contínua, que não pode jamais ser suportada facilmente, embora com o passar do tempo, com o costume, possa se transformar em algo mais familiar. Disso, não precisamos dar nenhuma outra prova além do prazer visível e extremo que todas as crianças sentem quando libertadas de todos os seus estorvos, o contentamento e a satisfação com que elas se espreguiçam e esticam, usufruindo da liberdade do movimento voluntário; e a inquietude e o desagrado, se não irritação, sempre visível no momento em que as restrições começam a ser renovadas com a colocação dos grilhões.

*Eu estou convencido, sem a menor dúvida, de que o choro contínuo dos bebês se deve inteiramente a estes e outros exemplos de nosso manejo inadequado, os quais, por serem costumeiros, são erroneamente aceitos como naturais. Podemos achar que a dor corporal, infligida naquela época por este manejo inadequado, é a única consequência resultante disso, algo que qualquer coração sensível gostaria de aliviar; no entanto, esta é uma consideração insignificante, comparada aos efeitos mais prejudiciais, e muitas vezes irreparáveis, produzidos pela má impressão tão precocemente imposta à mente (Winnicott, 1997, pg. 79).*

Freqüentemente, acontece que aqueles que cuidam de crianças são incapazes de apreciar a intensidade total dos seus sentimentos.

Se aqueles que assistem a criança no hospital são incapazes de apreciar a intensidade dos sentimentos dela foi uma grande conquista a liberação da mãe poder acompanhar e estar com a criança no seu leito.

Winnicott (1997) afirma que para a criança pequena, a mãe normalmente é muito melhor, do que o profissional treinado, incluindo o médico e a enfermeira.

Felizmente, há exceções esplêndidas e entre estes profissionais da saúde existem especialistas treinados que acreditam nos sentimentos das crianças e os respeitam.

Winnicott (1997, p.83) faz um relato:

*Na semana passada, eu admiti no hospital uma garotinha de 4 anos, em virtude de uma possível tuberculose pulmonar. Ela é uma menina séria e a alegria de viver não está nela. Possivelmente, descobriremos que ser afastada de casa constitui um grande trauma para seu desenvolvimento emocional. Não sei. Entretanto, aos 4 anos o efeito não pode ser tão mau quanto foi a sua hospitalização aos 2 anos de idade.*

Poderíamos dizer que a organização dos nossos hospitais é tão boa que, quando esta garotinha teve diagnosticada uma difteria aos 2 anos de idade, estava no hospital e recebendo tratamento três horas depois do início de sua doença! Isso realmente é muito bom, mas será que é tudo?

A criança saiu do hospital completamente diferente de como era antes de entrar. Ao entrar, ela era feliz e confiante, e saiu uma criança taciturna, desconfiada, inibida, embotada. É provável que as enfermeiras a tenham tratado bem, pois ela brincava de enfermeira com suas bonecas, e sempre parecia uma boa enfermeira para elas. Mas a mudança na criança foi provocada pela técnica incorreta da enfermeira da ambulância. Esta garotinha confiante de 2 anos de idade, foi levada enquanto dormia “para não ficar assustada”, e sua mãe não pode vê-la no hospital, nem uma vez durante os três meses de hospitalização!

Para o autor uma criança de 2 anos de idade este tratamento é verdadeiramente brutal. É um tratamento comum, pois a tarefa delicada de transferir a criança pequena para o meio ambiente do hospital é deixada para enfermeira da ambulância, que não tem nenhum treinamento nesta tarefa especial. Ela pode ter, ou não, um entendimento intuitivo; de qualquer maneira, ela não tem nenhuma formação em psicologia, e seus erros são terríveis em suas conseqüências.

Winnicott (1997) viu grandes mudanças de personalidade devidas a uma súbita remoção de crianças bastante saudáveis, de seus lares para o hospital para a coleta de material da garganta.

As crianças doentes, como vemos, evidentemente precisam de tratamento, e acreditam no médico e nas enfermeiras, e permitem as mais terríveis operações sem pestanejar, mas se como afirma Winnicott (1997) a criança não se sente doente, ou é manejada através de técnicas erradas, o que poderia ter sido uma bênção física se transforma em uma tragédia psicológica.

O autor comenta que, de várias maneiras, nós não evitamos a brutalidade no tratamento das crianças pequenas, não tanto por sermos brutais como por não conseguirmos perceber quão profundamente a criança pequena sente, e como, se as suas defesas falham, os resultados são apavorantes.

As defesas da criança pequena lhe permitem lidar com quase tudo que a vida pode oferecer, desde que exista um ambiente amoroso nessa vida e que o fator tempo seja reconhecido. Mas a ausência de amor ou a coincidência dos traumas podem ser permanentemente prejudiciais.

No hospital, podemos facilmente distinguir as pessoas que estão diretamente ligadas à criança que através dos cuidados dispensados a ela esperam sentir-se melhor, esperam inclusive sentir-se boas, daquelas que amam naturalmente as crianças, porque as primeiras não conseguem enxergar a criança inteira, elas só conseguem ver os impulsos incipientes da criança, que na sua opinião precisam ser controlados.

Acontece que a criança está preocupada com o manejo dos próprios impulsos, esclarece Winnicott (1997), de modo que a pessoa que só consegue ver esses impulsos é incapaz de ver mais do que a metade de cada criança.

O fato não é que a criança pequena não tem controle inato, e sim que os métodos iniciais da criança, dos seus impulsos incipientes, são também imperfeitos e extremos e a criança muitas vezes tem de ser salva da operação excessivamente bem-sucedida dos mecanismos de controle.

Winnicott (1997) cita um exemplo de um bebê de 9 meses pode ficar apavorado com seu impulso de morder, na verdade de comer a sua mãe, e é comum que ele próprio se desmame, ou inclusive recuse todas as mamadas, especialmente se alguma frustração externa real, como o desmame, uma mudança de cuidadora, ou tentativas novas e especiais de treinar hábitos de higiene, coincide com sua crise de medo. Passa a ser responsabilidade da mãe proteger a criança da inanição física que resultaria da atuação extrema da consciência primitiva.

#### **QUADRO 4. A Afetividade nas Diferentes Fases do Desenvolvimento**

	<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS</b>
--	---------------------	-----------------------------------

<b>Período Sensório-motor</b>	0 a 1m	O afeto é associado com os reflexos.
	1 a 4m	O corpo do bebê permanece o foco de toda atividade e afeto.
	8 a 12m	Investimento do afeto em outras pessoas é o primeiro passo do desenvolvimento “social”.
	18 a 24m	O gostar e o não gostar de outras pessoas são estabelecidos e relações interpessoais iniciais começam a se formar. Com suas capacidades afetivas e cognitivas expandidas através da contínua construção, as relações com os outros começam a se tornar verdadeiras trocas de relações entre si e outras pessoas. Estas trocas tornam as apreciações possíveis mais importantes, mais estruturadas e mais estáveis. Tais apreciações indicam o início dos “sentimentos morais ”interpessoais” (Piaget (1981b, p.41) in Wadsworth (1997).
<b>Período Operacional Concreto</b>	2 a 7a	Surgimento dos primeiros sentimentos sociais. A representação e a linguagem permitem que os sentimentos adquiram uma estabilidade e duração que não tinham antes. Os afetos ao serem representados, duram além da presença dos objetos que os provocou. Esta capacidade para conservar os sentimentos torna possível os sentimentos interpessoais e morais (Piaget (1981b, p.44) in Wadsworth (1997).

Fonte: Baseado em Wadsworth (1997)

No curso do desenvolvimento emocional do bebê e da criança pequena, uma das coisas principais a observar é o desenvolvimento da consciência rumo a um estado ideal (nunca obtido), em que não existe necessidade de consciência, porque o amor e a identificação com as pessoas amadas, controladas, reais ou da fantasia, são suficientes.

### 1.3.1. Cuidados hospitalares e ligação afetiva

Ao nascer, o bebê ainda não consegue distinguir o seu corpo do mundo que o cerca. Não percebe o que o rodeia como sendo separado dele mesmo, com o tempo, começa a se pôr em contato com o mundo, sentido e percebendo as pessoas, com interesses e sentimentos diversos. Aos poucos, vai descobrindo que pode influir

sobre as pessoas que o cercam, como por exemplo, quando chora, alguém se aproxima, pega-o no colo, troca sua fralda, faz um carinho, enfim, traz um conforto para o seu corpo.

Para Piaget (1981b, p.21) in Wadsworth (1997) dois tipos de sentimentos se manifestam neste período. De início, aparecem os afetos perceptuais. Estes são sentimentos, como prazer, dor, satisfação, insatisfação etc., que se ligaram a percepções através da experiência. Depois, manifesta-se a diferenciação entre necessidades e interesses. Este desenvolvimento se refere aos sentimentos de contentamento, desapontamento e todas as gradações entre eles que não estão ligadas às várias percepções, mas que estão associadas à ação como um todo.

Mais tarde, a criança começa a perceber as regras de sua família, ou seja, vai aprendendo a se alimentar e a descansar em horário fixo, vai adquirindo hábitos de limpeza e cuidados pessoais etc.

A família é fundamental no processo de socialização da criança. Podemos dizer que a intimidade do convívio diário, a dependência emocional e física, a convivência sob um mesmo teto vão permitir à criança o desenvolvimento de um sentido de permanência e uma identificação com seu grupo familiar, que facilitam a aceitação dos elementos culturais que são transmitidos pelo meio (valores, costumes, hábitos etc.).

Todos os elementos influem sobre a criança de muitas maneiras e, a cada momento, exercem uma ação direta sobre suas atividades, suas idéias, seus sentidos e sobre a formação de seu caráter. Portanto, o ambiente familiar vai influir simultaneamente na socialização e no desenvolvimento da personalidade infantil.

Para Camon (2002), os pais e a família, como um todo, são elementos altamente representativos do desenvolvimento infantil, no sentido de que a família é a unidade de representação básica da criança.

O meio ambiente se expande da família (pais, irmãos, outras pessoas que moram com a criança e que lhe são importantes) para a escola (professores e colegas) e para as atividades sociais e extrafamiliares (na vizinhança, na praça, na igreja, no clube, na rua etc.).

Aos poucos, então, ao longo do seu desenvolvimento, a criança transfere a busca de atenção e apoio, que exige da mãe e do pai, para outras pessoas do seu convívio. É através dessa relação de trocas que as pessoas se tornam agentes de socialização para essa criança e pode servir de modelo para sua identificação.

Piaget (1981) in Wadsworth (1997) argumenta que a base para o intercâmbio social é a reciprocidade de atitudes e valores entre as crianças e os outros. Estas considerações nos levam a ver o gostar de outras pessoas não tanto como conseqüência do enriquecimento que cada parceiro obtém do outro, mas como uma reciprocidade de atitudes e valores.

E no hospital?

Como pode acontecer essa transferência?

Do que a criança precisa?

A criança precisa encontrar no outro a pessoa que satisfaz suas necessidades para que possa se desenvolver sua vida psíquica, e isso se faz com vínculos positivos, com amor.

Não é o cuidado materno igual ao que a mãe dá. É diferente. Não substitui o cuidado da mãe, mas o completa. O modelo coletivo de cuidar da criança, significa um modelo alternativo para a satisfação de suas necessidades. Mudanças profundas no habitat da criança poderão provocar transtornos em sua identidade.

A ação maternante das pessoas que cuidam da criança enferma no hospital possibilitam a inserção da mesma no social como um sujeito cultural.

O acolhimento amoroso implicará em que:

a) ao alimentar a criança com amor, a criança vive a emoção da satisfação de necessidade, e psicologicamente significa formação e fortalecimento do eu, com o ato de ser alimentada, a criança inicia a experiência de relacionar-se com alguém, aprende que é amada, que pode contar com alguém quando sente falta de algo. Pode internalizar a relação vivida, e começar a sentir e imaginar o que a pode satisfazer. É o processo pelo qual a criança começa a apreender a correspondência de sua necessidade em termos de uma representação interna a ser concretizada na realidade externa;

b) no hospital, as pessoas que atendem a criança com empatia desenvolverão a sensibilidade para interpretar o choro de cada criança, redescobrir como ajudar a resolver o sofrimento expresso em diferentes momentos;

c) no hospital a pessoa que atende a criança não deve deixá-la em constante estado de angústia, de medo que o mundo externo a ataque, fazendo-a sofrer. Nos primeiros meses de vida, a criança é muito dependente de afetos positivos, pois é nesse interjogo entre ela e a mãe, entre ela e a pessoa que a assiste no hospital, que ela começa a desenvolver as bases psicológicas de sua identidade (quem eu sou);

d) a pessoa que atende a criança no hospital, enquanto cuida da criança, ao olhar em seus olhos, ao falar com ela, ao chamá-la pelo nome, fará desenvolver sua capacidade de olhar e ser olhada, percebendo que é alguém diferente dos demais, que não é parte de uma massa humana disforme: “Eu sou importante porque tenho nome, porque me reconhecem pelo nome”. Olhar e ser olhado, aprender a amar o outro e a ser amado, permite a vivência de uma relação de afeto empática, o reconhecimento de que, por exemplo, médico é médico, criança é criança, e que os dois se complementam para atenderem as necessidades de ambos no contexto hospitalar.

Olhar e ser olhado permite o reconhecimento de que existo com alguém que é diferente de mim, que satisfaz minhas carências, ajudando-me a superar a vivência de desamparo.

- **o papel materno no hospital**

Em um hospital, pensar em um interventor, significa poder entender que ele tem que desempenhar uma tarefa materna, deve prodigalizar ternura, o que, do ponto de vista psicanalista, significa a capacidade de sustentar e de dar apoio.

Qual a importância do desempenho do papel materno?

Essa ação se inscreve psicologicamente nas pessoas como gratificação e esta é uma satisfação obtida através da ternura. Gratificação significa companhia, cuidado. É justamente a sensação que uma criança tem, que desenvolve nela a capacidade de pensar, de planificar e de recordar.

O papel materno é a possibilidade de satisfazer através da ternura, é gratificar. As pessoas que atendem a criança no hospital têm uma capacidade de conter conflitos, por exemplo, dor para a criança pequena significa conflito.

O papel materno é que permite, pela situação de apoio, sustentar o conflito, pela possibilidade de traduzir o conflito e o mal-estar, por exemplo, a criança tem fome, sendo registrada no corpo como dor, a criança não sabe que a dor é por fome.

O adulto satisfaz a criança, mas se o faz mecanicamente não há gratificação, pode haver satisfação alimentícia, mas não gratificação interna.

Estudos de Spitz (1945) com as crianças hospitalizadas, mesmo tendo cuidados médicos e alimentação, morriam por não ter cuidados maternos. A ternura é necessária para que a criança crie uma espécie de um envoltório, uma bolsa protetora em torno dela. Este envoltório compreende diferentes sensações: tátil - com a sensação de tocar, permite-se o desenvolvimento da unidade corporal; sonora - ao falar a criança, o adulto permite um ganho de palavras; o olhar e o olfato são outras sensações que vão permitindo à criança o reconhecimento de uma pessoa diferente da outra.

A criança sente segurança quando há continuidade do cuidado.

O papel materno significa que as pessoas que atendem a criança no hospital a ensinam a traduzir uma necessidade como, por exemplo, a criança chora, porque esta com sono, ou porque está com dor física da fome. O interventor tem um papel de tradutor, um decifrador de necessidades. É um tradutor dos porquês, pois a ajuda a entendê-los e a discriminá-los.

- **o papel paterno no hospital**

Além do materno, o paterno significa que quem cuida da criança no hospital sendo homem ou mulher, terá de ter a capacidade do papel materno e paterno, papéis inscritos nele mesmo.

O desempenho do papel paterno é o que estabelece a diferenciação. É no papel paterno que a diferenciação é mais visível, sendo assim, a primeira diferença que aparece. Esse papel permite romper o empecilho da igualdade. As crianças não são iguais entre si. O papel paterno tem a ver com as diferenças, sendo fundamental para o reconhecimento das diferenças, isto vai significar que entre a criança e a mãe há um terceiro que é outro, distinto dela.

No início da vida, a criança é como se fosse uma replica da mãe, não há diferenciação. Com o papel paterno lentamente vão se introduzindo as diferenças que permitem a introdução de um terceiro elemento, que é a realidade externa, o mundo externo.

O papel das pessoas que cuidam da criança no hospital é, portanto, materno-paterno.

Podemos ensinar à criança no hospital a estrutura de demora.

Há uma intermediação entre a necessidade e a satisfação. Essa intermediação é o esperar. Esta espera é tolerada pelo pensamento. Se a criança não pode imaginar que virá o outro, ela se desespera, mas ela pensa, se não vier agora, virá logo. Esta espera não significa a não satisfação.

Se no hospital, a criança aprendesse uma estrutura de demora, aprenderia a postergar aquilo de que se necessita, aquilo que está presente, mas que logo chegará. Se a criança se recorda que com o outro foi agradável, o guardará internamente, como algo prazeroso, e daí, poderá pensar no outro e postergar o prazer imediato.

Não podemos pensar como uma companhia efetiva, mas é uma companhia interna. A criança precisa sentir-se acompanhada, isto a ajudara a tolerar a ausência. O outro não está com ela agora, mas significa que está com ela internamente.

Como se consegue isso?

Como pensar e sentir a presença do outro dentro de si?

A recordação de um contato prazeroso propicia à criança um sentimento de presença que vai ajudá-la a suportar a ausência.

Quando se alcança um sentimento de confiança básica, alcança-se esse sentimento quando há coerência interna entre o que a pessoa diz e o que ela faz.

Muitas vezes, no hospital, há situações de maus tratos, de sadismo, quando as pessoas que cuidam da criança dizem algo e fazem outra coisa, porque não há coincidência entre ambas, mesmo que estas pessoas sejam bem preparadas ou sensíveis.

Nas crianças há momentos de muita agressividade. Há momentos em que as pessoas que cuidam das crianças no hospital não conseguem satisfazê-las. A agressão decorrente do fato de não ter sido satisfeita, poderá produzir na criança o subjugar-se por medo à perda, por medo de ficar só. Com esse temor pode instalar-se na criança o sentimento de impotência.

O companheiro que a criança a princípio procura é o adulto. É para ele que a criança se volta quando precisa de ajuda. Este fascínio exercido pelo adulto vai diminuindo gradativamente, na proporção em que a criança se volta para seus colegas e descobre os prazeres e as vantagens das relações com eles.

No hospital, a criança busca estabelecer uma reação com a pessoa que cuida dela.

A criança busca estabelecer uma relação através do jogo.

#### **1.4. O que está sendo feito: as experiências desenvolvidas em Hospitais**

Há algumas décadas, especialistas das diferentes áreas, pediatria, psicologia, terapeutas e pedagogos vêm se preocupando com a combinação do fenômeno biológico “Desenvolvimento” com a “Reabilitação” envolvendo assim,

possibilidades de uma forma de ajuda à infância, tanto em nível conceitual como legislativo.

Assistimos neonatos que logo após o nascimento passam dias e dias e até meses dentro de um hospital, bem como crianças pequenas de um mês a três anos que também vivenciam uma rotina hospitalar.

A reabilitação do desenvolvimento utiliza, por definição, a grande capacidade de adaptação e plasticidade das fases iniciais de desenvolvimento infantil, para tratar de forma específica, crianças com atrasos ou desordens congênitos ou adquiridas, a fim de que elas não se tornem deficientes.

A exposição freqüente ou contínua a situação hospitalar provoca um estresse emocional como também sintomas da sociose.

Trabalhar com a Reabilitação (termo mais utilizado) ou Habilitação do Desenvolvimento refere-se à prevenção terciária, a qual tenta evitar, por exemplo que uma criança surda se torne muda, ou que um quadro inicial de paralisia cerebral se desenvolva até sua forma clínica completa, ou que uma criança com privação maternal desenvolva uma sociose.

#### **QUADRO 5. Sintomas principais da sociose**

<b>Sintomas principais da sociose</b>		
Agressão	Provocação	Apatia social
<b>Estados Prévios</b>		
Medo excessivo	Obstinação patológica	Ausência de distância

Fonte: Baseado em Hellbrügge (1998)

No Centro Infantil de Munique estes programas vêm sendo desenvolvidos ao longo das décadas e se difundindo por todo o mundo.

Na Habilitação do desenvolvimento, o peso essencial do tratamento precoce recai no potencial terapêutico dos pais. Pediatras, psicólogos infantis, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e especialistas em pedagogia terapêutica, coordenados por uma pediatra e, segundo procedimentos diagnósticos multidisciplinares em equipe, devem estabelecer um programa terapêutico individual para cada criança.

Em Munique se criou um programa para cada mês de vida, mostrando as fases funcionais do desenvolvimento para engatinhar, sentar, andar, apreensão, percepção, fala, compreensão verbal e desenvolvimento social. Através deste programa, os pais podem comparar mês a mês, o desenvolvimento de seus filhos, bem como, todos os outros profissionais envolvidos no cuidado da criança enferma.

O diagnóstico do desenvolvimento Funcional de Munique, utilizado entre o 1º e 3º ano de vida, tem servido de base para um tratamento precoce de distúrbios do desenvolvimento em lactentes jovens.

A terapia deverá ser realizada de maneira ótima por uma pessoa que estabeleça com a criança uma importante e constante referência maternal.

Uma criança com síndrome de privação, muito afetada em seu desenvolvimento social, deve ser tratada de acordo com a idade de seu desenvolvimento. Se, a idade cronológica de seis meses corresponde a um desenvolvimento social de somente 2 meses, a terapia deve satisfazer as necessidades desta última fase. As mesmas normas são válidas também para a aquisição precoce de linguagem. Já no lactente, a terapia esgota todas as possibilidades de estimulação visual, auditiva e, especialmente, tátil e de interação social.

Além das necessidades médicas e de enfermagem, reconhecidas quando se fala de hospitalização, existem outras não menos relevantes quando se pretende a proteção à vida de crianças. São as necessidades psicológicas e pedagógicas que se desdobram em apoio psicológico à criança e a família, atividades de recreação para as crianças e estimulação do desenvolvimento, como também o atendimento psicopedagógico.

Assim como em Munique, aqui no Brasil, estão sendo desenvolvidos diversos trabalhos em que repensam e implantam serviços de atendimento psicológico e pedagógico-educacional de crianças hospitalizadas, que são chamadas em hospitais de classes hospitalares, buscando promover o bem-estar de crianças que requerem internação para tratamento de saúde.

#### **1.4.1. A prática do hospital HURNP de Londrina**

O Hospital Universitário de Londrina/Paraná objetivando minimizar a dor e o sofrimento das crianças no período de internação hospitalar, busca desenvolver ações recreativas, tais como brincadeiras, jogos, brinquedos, oficinas de histórias entre outras atividades.

Este conjunto de ações, mais conhecido como, Recreação Hospitalar é um dos fatores que auxiliam no tratamento da criança internada, aliviando ao menos um pouco a dor e o sofrimento.

No período de internação, as crianças encontram-se fisicamente debilitadas, em sofrimento, afastadas de seu ambiente social e familiar e se deparam com um espaço desconhecido e frio, tendo a sua volta pessoas estranhas vestidas de branco, com instrumentos assustadores, onde muitas vezes, realizam procedimentos dolorosos. Tudo isso, misturado com a ansiedade, o medo e, aliados ainda, a espera da alta, que parece interminável. Estes fatos, a nosso ver, contribuem para piorar a situação e até mesmo agravar o quadro de sintomas da criança internada.

Podemos perceber freqüentemente, que os pais e/ou acompanhantes tem certa dificuldade em entreter os pacientes neste ambiente desconhecido. Devemos levar em conta que eles também, estão ansiosos pela recuperação do paciente.

Constantemente vemos o acompanhante ficar sentado passivamente ao lado da criança que se encontra inquieta, agitada e chorosa. É, então, que o brincar nesse ambiente se faz necessário.

Em geral, os pequenos pacientes, absorvidos em atividades criativas e prazerosas esquecem que estão enfermos e através da descontração, podemos perceber uma notável diminuição do “stresse”, causado pela hospitalização, tanto para a criança, quanto para os acompanhantes e também para a equipe que a está acompanhando nesse período.

Para muitos seria impossível haver recreação no ambiente hospitalar, por acharem que neste espaço existe um ambiente frio, assustador e somente procedimentos dolorosos.

Ao nosso ver, neste espaço é necessário sim, um ambiente diferente, onde as crianças que constituem nossa população alvo deste trabalho possam se sentir de certa forma acolhidas, podendo desenvolver atividades que satisfaçam suas necessidades momentâneas.

### **Classificação das atividades recreativas**

Atualmente são encontradas uma quantidade muito grande de atividades recreativas que, em Miranda (1984, p.25), estão classificadas como:

- *Atividades físicas;*
- *Atividades manuais;*
- *Atividades dramáticas;*
- *Atividades rítmicas;*
- *Atividades musicais;*
- *Atividades sociais.*

Nas atividades físicas, a recreacionista participa somente com o fornecimento dos brinquedos, com os quais o fisioterapeuta vai trabalhar com a criança naquele dia, pois essas atividades, são de competência dos fisioterapeutas. Nas manuais, ela desenvolve todos os tipos de artesanatos, colagens, dobraduras e outras. Já nas atividades dramáticas, desenvolve teatros, nos quais as próprias crianças são os personagens, ou então, teatrinhos de fantoches. Nas atividades rítmicas, trabalha com músicas e histórias infantis contadas e cantadas. Nas atividades musicais, trabalha a música através de gestos, cantos repetidos, histórias cantadas e outras. As atividades sociais acontecem quando a criança se sociabiliza com o brinquedo, com as outras pessoas freqüentadoras do local e com o próprio local em que se encontra.

Podemos dizer que a recreacionista desenvolve atividades no ambiente hospitalar que envolvem um pouco de cada uma dessas atividades citadas acima, por pensar na criança como criança, um ser que pensa, sente, age, explora, cria e brinca. Criança como um ser integral.

### **1.5. Recursos para minimizar os efeitos da hospitalização na criança**

Quando uma criança é hospitalizada, ela não leva apenas um corpo doente; leva também sua família, além de todas as experiências vividas até o momento. Isto significa que ela tem as mesmas necessidades de uma criança que permanece em casa, adicionadas de outras decorrentes do fato de estar hospitalizada.

A assistência à criança hospitalizada deve incluir não apenas prestação de cuidados físicos, mas também, para ser efetiva, deve considerar e atender as suas necessidades emocionais e sociais, devendo, portanto, incluir a utilização de técnicas adequadas de comunicação e relacionamento que permitam reconhecer e compreender essas necessidades.

Essas necessidades da criança nem sempre têm sido reconhecidas, sobretudo em hospitais, porque ali o objetivo básico é salvar vidas, curar. Felizmente, alguns hospitais vêm modificando suas normas, de modo a facilitar, para as crianças, sua permanência no hospital.

O encontrar-se hospitalizada é fator que caracteriza a criança como portadora de necessidade especial, uma vez que também neste ambiente, corre o risco de ter seu desenvolvimento comprometido (Spitz, 1945; Lindquist, 1980). Sua rotina de vida é alterada, pois encontra-se em um ambiente estranho e, muitas vezes, hostil e que, em geral, não a vê como uma criança como outra qualquer, mas concentra-se em cuidar de sua condição clínica (Ceccim e Carvalho, 1997).

Sem lugar a dúvidas, doença e hospitalização constituem uma crise na vida da criança. Diversos autores afirmam que a hospitalização representa uma experiência altamente estressante e traumática que afeta seu comportamento durante e após sua permanência no hospital.

Toda situação nova é ansiogênica para qualquer pessoa e sob quaisquer circunstâncias e, quando essa situação é doença, as pessoas procuram por rostos familiares e formas de conforto já conhecidas. A mesma autora comenta que nas crianças esta reação é muito mais marcante, pois devido às suas escassas experiências de vida, elas não têm a capacidade do adulto para tolerar mudanças e frustrações.

Whaley e Wong (1989) afirmam que quando hospitalizadas, as crianças reagem principalmente à separação da mãe, família e ambiente do lar; à lesão corporal e à dor; ao ambiente hospitalar e à perda de controle que experimentam por sentirem que não mais podem prever o que vai lhes acontecer nesse ambiente desconhecido, como também por não poderem, devido à doença, continuar treinando as habilidades de desenvolvimento recentemente adquiridas.

Robertson, Bowby, e Prugh et alii (1970), apontam a separação da mãe como a principal causa das reações da criança à hospitalização. Eles afirmam que as crianças entre as idades críticas de 0 a 5 anos passam por vários estágios de ansiedade.

Robertson (1970) descreve três fases seqüenciais na resposta emocional da criança à separação da mãe: protesto, desespero e negação, considerando esta última como muito séria e indicativa de relacionamento mãe-filho severamente prejudicado.

Bowlby (1958) é enfático ao afirmar que a privação parcial da mãe pode resultar em distúrbios nervosos e em personalidade instável, devido a que a criança, particularmente a criança pequena, não tem a capacidade para lidar com as emoções e impulsos que a separação da mãe provoca nela.

Ramsey apud Ceccim e Carvalho (1997). afirma que a hospitalização de uma criança sempre dá origem a uma crise para toda a família. A criança em crise, como qualquer pessoa, não é mais capaz de resolver seus conflitos através de mecanismos já estabelecidos. Assim, a ansiedade aumenta ainda mais, levando a criança a se sentir confusa, desamparada e incapaz de encontrar soluções adequadas para seus problemas. Para a autora, isto decorre da hospitalização que separa a criança de seu meio familiar, no qual ela é capaz de prever os acontecimentos (rotinas familiares), colocando-a num mundo ameaçador, repleto de equipamentos desconhecidos e dominados por adultos estranhos. Deste modo a criança é obrigada a enfrentar situações para as quais não está preparada e então, a fim de encontrar respostas para atender sua falta de informação, ela fantasia. Também é comum que a hospitalização implique em procedimentos invasivos os quais ameaçam a imagem corporal da criança, levando-a a sentir-se vulnerável, insegura e dependente.

Segundo Mash & Dickens apud Ceccim e Carvalho (1997), a criança hospitalizada sente-se ansiosa e infeliz em virtude, não só da doença, mas também da separação de seus pais, o que a levará a experimentar graus variados de estresse emocional. Ela pode acreditar que seus pais a estão deixando desamparada em um mundo de pessoas e arredores estranhos percebidos como hostis; pode sentir medo de estar sendo abandonada para sempre; experimentar raiva por estar sendo deixada entre estranhos e, perceber a hospitalização como uma punição, sentindo-se conseqüentemente culpada.

Kenny apud Ceccim e Carvalho (1997) descreve a seqüência de comportamentos exibidos pelas crianças como segue:

**1. protesto e medo:** a criança está confusa e reage chorando ficando amedrontada e procurando insistente e intensamente por sua mãe;

**2. apatia e fuga:** devido ao alto nível de ansiedade por não conhecer os diferentes aspectos da nova situação, a criança reage tornando-se apática e se isola. Isto, aos olhos de uma equipe despreparada é visto como um sinal de um “bom paciente”;

**3. culpa:** procurando compreender os motivos que a levaram à nova situação, a criança costuma percebê-la como sendo punição por algo errado que cometeu; e

**4. tristeza:** a criança experimenta auto-comiseração pelos procedimentos e experiências a que é submetida (até por antecipar essas experiências); pelo afastamento de seu ambiente normal; pela perda de sua energia habitual, preocupando-se constantemente com sua integridade física, especialmente com a possibilidade de mutilação.

Muitas crianças, particularmente aquelas separadas de suas mães durante o período de internação, apresentam também dificuldades ao retornar ao ambiente familiar.

Freiberg apud Ceccim e Carvalho (1997) enumera os seguintes comportamentos novos da criança ao retornas ao lar após a internação:

1. demanda de maior atenção da mãe;

2. tiques ou maneirismos;
3. temores novos;
4. choros quando a mãe se separa por curtos períodos;
5. ciúmes de outro(s) membro(s) da família;
6. retraimento e acanhamento;
7. insônia;
8. pesadelos;
9. comportamentos hostis para com os pais;
10. hábito de carregar ou segurar cobertores ou brinquedos;
11. crises de birra e
12. hiperatividade.

Para Blom apud Ceccim e Carvalho (1997), as reações emocionais das crianças à hospitalização são determinadas pelas fontes de tensão reais e inconscientes, pelo equilíbrio de forças internas da criança e de seus pais e pelo meio hospitalar que pode facilitar ou obstaculizar sua adaptação.

Durante a hospitalização, a criança necessita, além dos cuidados físicos, também de cuidados psicológicos, pois, devido ao trauma da separação da família, o ambiente que lhe parece hostil e às próprias condições físicas evidentemente desfavoráveis, a hospitalização representa para ela uma tensão emocional dificilmente suportável se não for auxiliada e assistida pelo pessoal hospitalar com quem entra em contato.

Para a criança, a reação da ansiedade de separação criança-pais, é evidenciada em menor intensidade, pois estes aceitam a separação por breves períodos de tempo. No entanto, na situação de doença e hospitalização, a criança sente dificuldade em lidar com esta situação e responde muitas vezes recusando-se a comer, dormir, chorando baixinho, querendo os pais e indiretamente respondendo de maneira agressiva, quebrando brinquedos, batendo em outras crianças, etc. Sem cooperar nas atividades habituais.

A criança apresenta limitações em sua capacidade de compreensão dos fatos e situações vivenciadas, devido ao seu pensamento fantasioso e egocêntrico,

apresentando exagero em sua interpretação dos fatos reais. Para explicar a situação de doença e/ou hospitalização, elas são capazes de atribuir este fato a uma punição por mau comportamento, erros reais ou imaginários.

Estas crianças são também vulneráveis à ameaça de lesão corporal. Os procedimentos invasivos, e/ou dolorosos, representam para elas preocupações e temores, um exemplo dado por Whaley & Wong (1989) durante um procedimento terapêutico, como uma simples aplicação de injeção, as crianças podem se mostrar mais preocupadas com a retirada da agulha do que pela dor real, temendo que o local não se feche, deixando que seus interiores escapem. Na verdade, elas temem, mais que tudo, a mutilação, perda de qualquer parte do corpo.

Como vemos a criança menor, diferente das crianças de 4 a 6 anos, apresenta reações totalmente diferentes, pois ao final dos 4 anos ela mantém um certo controle quando experimenta dor, podendo assimilar imposições do tipo “homens forte e valentes não choram”. Quando não conseguem ser fortes, chegando a fraquejar, sentem-se culpados e muito envergonhados, em especial, os meninos. É muito comum as queixas somáticas de dor abdominal, sendo este fato bem evidenciado no ingresso no jardim da infância.

As crianças de 4 a 6 anos apresentam três tipos de reações ao stress de dor e medo: agressão física, expressão verbal e dependência. Nas situações em que apresentam comportamentos de agressão, o pré-escolar pode reagir empurrando a pessoa, batendo, chutando e puxando o braço, segurando o equipamento ou trancando-se em lugar seguro, com intuito de adiar ou rejeitar o procedimento terapêutico.

A expressão verbal é uma forma das crianças de 4 a 6 anos responder às situações estressantes. Elas poderão agredir com palavras as pessoas que estão prestado-lhes algum cuidado, expressar-se com gritos de “sai daqui” ou também, podem usar de palavras de persuasão, súplica como “por favor não me dê esta injeção, eu serei bonzinho.” Muitas vezes ao dizer “eu odeio você”, pode naquela ocasião, estar expressando o seu medo e não uma rejeição pela pessoa que a assiste.

De maneira geral, a dependência é uma forma regressiva de comportamento da criança de 4 a 6 anos, pelo qual manifesta ansiedade, dor ou medo.

Nessa ocasião os comportamentos mais observados são: agarrar-se aos pais, recusar-se a brincar com outras crianças, voltar à forma não verbal de comunicação, desejar colo e não aceitar ficar sozinha.

Ao somatório de experiências desagradáveis pela criança no confinamento hospitalar, devido a sua condição de doente hospitalizado, é denominada por Whaley & Wong (1989) de “hospitalismo”.

Além das situações de separação, a criança doente e internada, encontra-se exposta a inúmeras experiências desagradáveis. A própria enfermidade e a hospitalização acarretam mudanças muito difíceis de serem vividas, necessitando de apoio emocional, caso contrário poderá comprometer a saúde mental, sem falar nos exames para diagnóstico e tratamento, que a obrigam muitas vezes a enfrentar situações ameaçadoras.

### **1.5.1. A humanização no ambiente hospitalar**

Humanizar pressupõe o desenvolvimento de algumas das características essenciais do ser humano. Dentre elas, as que se fazem urgentes e necessárias em todos os aspectos e setores da vida humana, são a sensibilidade, o respeito e a solidariedade para com os seus semelhantes.

A humanização do sistema de saúde reflete na atualidade uma das grandes preocupações, não só dos nossos dirigentes, mas da própria sociedade que necessita cada vez mais da prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, não somente voltada à tecnologia, eficiência e eficácia gerencial, mas principalmente procurando compreender o homem.

Em meio à crise social, econômica e política em que se encontra o país, a classe mais penalizada e sofrida, sob todos os aspectos, é aquela que compõe a maioria da sociedade, a população que possui menor poder aquisitivo. E, dentro deste contexto, podemos destacar aquelas que são mais vulneráveis, as crianças, que, em sua maioria, encontram-se em franco estado de desnutrição, abandono e maus tratos, conseqüentes à situação de miséria em que vivem. Portanto, é para elas que se devem voltar os olhares, pois são, neste contexto, as vítimas silenciosas.

Situando as crianças no universo social em que vivemos, podemos constatar algumas diferenças fundamentais, que pesam bastante no tratamento a elas dispensados, especialmente a sua saúde. Não é surpresa para os mais leigos ou desinformados, a existência de um protecionismo assistencial mascarado, seja ele de ordem financeira ou pessoal. A mercê dessas condições, muitas vezes motivo de obstáculos, a criança se torna vítima impotente que a tudo assiste, sem que lhe caiba o poder da decisão.

Portanto, visualizando a questão com a transparência e a premência que a mesma assume, é imprescindível humanizar a assistência à criança, para minimizar os sofrimentos a ela causados, como também aos distúrbios emocionais produzidos pela doença e hospitalização.

Quando se pensa em humanização da assistência a primeira coisa que nos vem à mente são os fatores que são envolvidos nessa humanização, o hospital, a equipe de saúde e o próprio paciente. Poucas vezes ou até nunca se pensou numa equipe formada de pedagogos, psicólogos, assistentes sociais, aí neste espaço. Quando se fala de uma equipe humanizada imaginamos todos aqueles que mantêm compromisso e estão dispostos a proporcionar uma assistência sistematizada, fundamentada em princípios científicos, valorizando os aspectos técnicos dos cuidados a serem desenvolvidos e embasando-se nas abordagens humanas de compreensão, sentimento de interação entre estes profissionais-criança, ajudando a manter o equilíbrio físico-emocional, através da comunicação que se estabelece pessoa a pessoa e pessoa/ambiente.

Tem-se observado no dia-a-dia, no campo de prática, uma assistência de enfermagem prestada a este contingente especial da sociedade, a criança, que em nada o diferencia dos demais conjuntos da população.

A criança muitas vezes é vista na instituição hospitalar como um adulto em miniatura, portanto não sendo propiciadas condições diferenciadas na sua assistência, levando-a em algumas situações a manifestar comportamento de repúdio à terapêutica prescrita, atitudes de alheamento ou, ao inverso, de agressividade, no seu processo de comunicação com as demais e com a equipe. Acreditamos que a criança é um ser diferenciado, e que a assistência humanizada é possível, a partir do empenho e

do conhecimento dos profissionais das diferentes áreas. Pelas considerações anteriores, percebemos a necessidade de buscar soluções que permitam a minimizar os efeitos da hospitalização na criança, já que quando auxiliada a superar satisfatoriamente a crise da doença e hospitalização, se está favorecendo seu desenvolvimento e sua saúde mental.

Numerosos autores, Robertson, Prugh et alii, Kenny, Barton, Machado & Machado, Whaley & Wong (1989) entre outros, afirmam que através de uma assistência hospitalar que considere, não apenas o cuidado físico e/ou tratamento clínico, os efeitos da hospitalização podem ser bastante minimizados.

Em alguns hospitais, já vemos as chamadas “classes hospitalares” que têm, em geral, mais de 50% de seu alunado com idade inferior a três anos (Fonseca, 1990), e destes cerca de 12% porta algum tipo de necessidade especial permanente.

O bebê hospitalizado não está impossibilitado de experimentar situações e coisas, e é por isso que o trabalho pedagógico educacional se faz presente junto a ele. Este profissional (psicopedagogo) serve como mediador entre a criança e o ambiente hospitalar, além de lhe dar oportunidades de vivenciar situações próprias de sua etapa de desenvolvimento e que, sempre que possível, envolvam o familiar acompanhante.



## CAPÍTULO 2.

### O BRINCAR NO HOSPITAL

*Era uma vez uma menina...*

*Uma menina que adorava brincar...*

*Era uma vez uma menina que adorava brincar de pés de latas... bolinhas de gude...*

*Era uma vez uma menina que adorava brincar com carrinhos feitos de arames e as tampas das latas ou então atrelava retroses uns aos outros e transformava-os em uma enorme carreta, que era puxada por um barbante.*

*Era uma vez uma menina que adorava brincar... e com sabugos de milho ou as espigas ainda verde, ela conseguia fazer as mais lindas bonecas, jamais vistas iguais em quaisquer vitrines do mundo!*

*Era uma vez uma menina que adorava brincar... com uma enorme bacia velha, com a qual ela escorregava barranco abaixo até chegar na bela mina d'água que brotava em um pequeno córrego...*

*Era uma vez uma menina que adorava brincar de subir nas árvores e comer goiabas, tangerinas, laranjas ou simplesmente se dependurava de cabeça para baixo para ver como ficava sua casinha construída aos pés dessas mesmas árvores, casinha com quartos, sala, cozinha, panelas de latinhas e comidinhas de barro. Humm...bolo de chocolate?!!!*

*Era uma vez uma menina que adorava brincar e o que era objeto comum, deixava de ser em suas mãos e virava um brinquedo. Cinco pedrinhas ,parecidas, já brincava de cinco Marias... A areia molhada pela chuva era o seu caderno de desenhos, no qual com um pequeno graveto, fazendo de lápis, ela desenhava mundos jamais vistos por ela, mas imaginados. Também adorava desenhar flores e das penas do frango do jantar, ela fazia um penacho e brincava de índio. No balanço, era só ela se sentar, que já começava a cantarolar...cantarolava... cantarolava e até com as argolas dos biscoitos de polvilho assados nas folhas de bananeiras, no forno a lenha, ela inventava pulseiras...*

*Era uma vez uma menina... uma menina que adorava brincar e foi brincando assim livremente, que ela cresceu...*

*Era uma vez uma menina... hoje uma mulher... que nunca deixou de ser aquela menina e ainda hoje continua adorando brincar, desenhar, imaginar, criar, construir, contar histórias, sonhar... sorrir.*

Juraci Gatto Locateli  
Foto: Doutores da Folia

## CAPÍTULO 2. O BRINCAR NO HOSPITAL

### 2.1. Desenvolvimento Cognitivo da criança

*... Crianças, a infância não demora  
Logo, logo vai passar  
Vamos todos juntos brincar...*

Toquinho

O bebê biologicamente é um ser distinto do adulto. Nesta fase de imaturidade suas estruturas cerebrais funcionantes abrem possibilidades para as funções que surgirão no adulto.

Será que as crianças são mesmo folhas em branco a serem preenchidas com o saber, do qual o adulto é dono?

Piaget mostra, em seus estudos, como o homem, ao nascer, apesar de trazer uma bagagem hereditária (herança de milhões de anos de evolução) não consegue, logo que nasce, emitir a mais simples operação de pensamento ou o mais elementar ato simbólico. E o meio social, por mais que sintetize milhares de anos de civilização, não consegue ensinar a esse recém-nascido, o mais elementar conhecimento objetivo.

Isto porque o sujeito humano é um projeto a ser construído. Sujeito e objeto não têm existência “a priori”; eles se constituem mutuamente, na interação; eles se constroem (Becker, 1992).

Segundo Piaget, a criança é um sujeito cultural ativo, cuja ação tem dupla dimensão: assimiladora e acomodadora, responsáveis, ambas, pela construção das estruturas mentais.

Mas, como se dá a construção dessas estruturas?

Para Piaget as estruturas mentais começam a se construir a partir da formação dos esquemas motores e estes derivam-se dos reflexos, dependendo de toda a bagagem hereditária com a qual a criança nasce.

A construção de esquemas pode se explicar pelo processo de adaptação (com seus dois pólos complementares: assimilação e acomodação)<sup>3</sup>.

Assim, os esquemas assimilam os objetos acomodando-se a eles, o que quer dizer que se reequilibram<sup>4</sup> por ocasião de cada variação do meio.

Em presença de um objeto novo, a criança tenta assimilá-lo, aplicando-lhe, sucessivamente, todos os esquemas dos quais dispõe; o objeto será apanhado, chupado, balançado, etc. Por volta dos oito meses, ela começa a coordenar esquemas para alcançar um objetivo. À medida que coordena seus esquemas ela age sobre o meio, manipula os objetos, adquirindo, então, conhecimento através destes objetos e das relações entre eles.

Desta forma, podemos dizer, que o sujeito age sobre o objeto, assimilando-o: esta ação assimiladora transforma o objeto. O objeto, ao ser assimilado, resiste aos instrumentos de assimilação que o sujeito dispõe, no momento. Por isso, o sujeito reage, refazendo esses instrumentos, tornando-os mais poderosos para transformar objetos cada vez mais complexos. Estas transformações dos instrumentos de assimilação constituem a ação acomodadora.

Conhecer é, então, transformar o objeto e transformar a si mesmo. O sujeito constrói seu conhecimento na interação com o meio: físico e social.

Para Piaget, a idéia de um universo de conhecimento dado, originado na bagagem hereditária (apriorismo), ou no meio físico ou social (empirismo) é descartada.

Assim, ao contrário de um sujeito passivo, o que está presente nos pressupostos destas correntes explicativas da origem do desenvolvimento do conhecimento, o sujeito piagetiano é essencialmente ativo. Deve-se deixar a criança fazer agir, operar, criar, construir, a partir da realidade vivida por ela, no seu processo interativo.

Piaget desenvolveu sua teoria sobre os processos cognitivos. Através

---

<sup>3</sup> A assimilação consiste em uma incorporação dos objetos aos esquemas de ação do sujeito. Esses esquemas podem ou não se aplicar aos objetos e são passíveis de modificação. A essa modificação, Piaget chamou acomodação dos esquemas.

<sup>4</sup> A assimilação e acomodação nem sempre **estão em equilíbrio**: ora pode ocorrer prevalência da assimilação, ora da acomodação. Entretanto, haverá adaptação mais estável e flexível quando se configure uma dosagem entre assimilação e acomodação.

de seus estudos sobre o desenvolvimento da inteligência, propôs um modelo “interacionista” para explicar essa evolução. Ele reconhece a importância da genética e o papel do ambiente no desenvolvimento: a inteligência seria fruto da *interação* entre fatores genéticos e ambientais.

Para Piaget, é através dos procedimentos pelos quais o indivíduo busca adaptar-se ao meio que se dá o desenvolvimento de sua inteligência – *o homem, pela inteligência (...) adapta-se aos objetos*. É através da interação entre as características herdadas geneticamente e a influência do ambiente sobre o comportamento do indivíduo que seriam formadas as estruturas cognitivas do sujeito, permitindo a construção do seu conhecimento.

O indivíduo e o meio reagem de forma complexa, um sobre o outro. A inteligência é assimilação na medida em que impõe os seus quadros a todos os dados da experiência; é acomodação na medida em que modifica os seus quadros para os adaptar aos dados novos.

A influência do ambiente e da genética são indispensáveis ao processo de construção da inteligência, sendo fatores interdependentes - não podem ser pensados separadamente, pois dependem um do outro. Assim, o comportamento de cada indivíduo deve ser entendido como *inter-ação*, uma relação de troca entre o indivíduo e o meio exterior, motivado por alguma necessidade. Qualquer procedimento apresenta-se como uma adaptação. O indivíduo só age quando sente necessidade.

A estruturação dos ‘procedimentos’, dos comportamentos de troca indivíduo-meio, diz respeito ao aspecto cognitivo. Piaget desenvolveu seus estudos sobre a estruturação cognitiva em crianças, estabelecendo diferentes níveis de desenvolvimento que se sucedem na construção da inteligência.

Piaget enfatiza que o sujeito é o principal agente nesse processo, ou seja, a aprendizagem depende da ação do sujeito no ambiente e da organização interna dessa experiência. Para organizar seu conhecimento, ele se baseia em suas aprendizagens anteriores, relacionando aquilo que já sabe com o ‘novo’, aquilo que está aprendendo. É o próprio sujeito, através de sua ação, que propicia a organização interna de seus aprendizados, pois *desde o princípio*, a própria criança exerce controle

---

sobre a obtenção e organização de sua experiência do mundo exterior.

Para descrever o percurso do desenvolvimento e da aprendizagem, segundo Piaget, deve-se partir do entendimento do novo organismo, compreender que o seu desenvolvimento em contato com o meio depende primeiramente de suas bases biológicas.

Como todo sistema vivo, o ser humano é impulsionado por suas bases biológicas na busca pelo equilíbrio, o qual lhe permitirá a adaptação ao meio. Existem processos de auto-regulação interna que garantem a conquista desse equilíbrio. Nesse processo de organização interna destaca-se a crescente estruturação cognitiva, que permitirá ao organismo responder de forma cada vez mais complexa e equilibrada às exigências de seu meio.

Essa construção equilibrada da relação do sujeito com o mundo (construção da inteligência) só se torna possível a partir e através das ações do mesmo sobre os objetos. É sobre os objetos (coisas e pessoas) com os quais interage que vão se construir conhecimentos; e é através da tomada de consciência da organização das próprias ações (através da abstração reflexiva<sup>5</sup>) que novas estruturas mentais vão sendo construídas.

O percurso do desenvolvimento é para Piaget (1975) uma verdadeira 'marcha para o equilíbrio', na qual parte-se da pura ação no mundo até a construção da abstração, podendo-se trabalhar de forma 'lógica'. Com a ação cada vez mais complexa sobre o mundo e cada vez mais adaptada, cada vez mais emancipada da presença física dos objetos, a criança vai caminhar em sua construção, de uma inteligência concreta, prática (como uma 'lógica' das ações) - forma inicial e equilibrada de entender a realidade - para uma forma superior de equilíbrio, ao final de seu percurso, a lógica propriamente dita, expressa através do pensamento abstrato, hipotético do adolescente.

As raízes dessa 'marcha para o equilíbrio' se encontram no período sensório-motor (0 a 2 anos), durante o qual a criança constrói esquemas de ação que constituem uma espécie de lógica das ações e das percepções. Essa primeira

---

<sup>5</sup> Abstração reflexiva é um dos mecanismos pelos quais o processo de construção cognitiva ocorre. É um pensamento interno ou reflexão baseada no conhecimento disponível.

organização da inteligência sensório-motora anuncia a ulterior, na qual as ações serão interiorizadas, ou seja, efetuadas mentalmente.

Isso nos conduz à teoria dos estágios do desenvolvimento. O desenvolvimento se faz por graduações sucessivas, por estágios e por etapas, e que Piaget (1978) distinguiu quatro grandes etapas nesse desenvolvimento.

Primeiramente, uma etapa que precede a linguagem e que denominou-se de inteligência sensório-motora, antes dos 18 meses mais ou menos.

Em segundo lugar, uma etapa que começa com a linguagem e que vai até os 6-7 anos, que chamaremos de período da representação, mas pré-operatória.

Depois, entre 7 e 12 anos, mais ou menos, distinguiremos um terceiro período que chamaremos de período das operações concretas, e, finalmente, depois dos 12 anos, as operações proporcionais ou formais.

Observemos que essas etapas, esses estágios são caracterizados precisamente por sua ordem de sucessão física. Não são etapas as quais se pode determinar uma data cronológica constante. Pelo contrário, as idades podem variar de uma sociedade a outra, mas a ordem de sucessão é constante, é sempre a mesma, ou seja, para atingir um certo estágio, é necessário ter passado por marcos preliminares. É necessário ter construído as pré-estruturas, as subestruturas preliminares que permitem a evolução intelectual.

Esses estágios serão descritos brevemente com o fim de mostrar porque o tempo é necessário, e porque é necessário tanto tempo para se atingir noções tão evidentes.

### **Desenvolvimento da criança**

#### **Unidades de desenvolvimento**

Para Piaget (1975) existem unidades no desenvolvimento da inteligência do ser humano que ele classifica como:

## QUADRO 6. Fases do desenvolvimento

Período sensório-motor
<p><b>Seis estágios</b></p> <p>Exercício dos esquemas sensório-motores</p> <p>Reações Circulares Primárias (1 - 4 meses)</p> <p>Reações Circulares Secundárias (4 - 8 meses)</p> <p>Reações dos esquemas Secundários (8 - 12 meses)</p> <p>Reações Circulares Terciárias (12 - 18 meses)</p> <p>Invenção de novos meios através de combinações mentais (18 - 24 meses)</p>
<b>Pré-operacional (2 - 7anos)</b>
<b>Operações Concretas (7 - 11 anos)</b>
<b>Período das operações formais (11 - 15 anos)</b>

Fonte: Baseado em Piaget (1975)

Em nossa pesquisa serão estudados mais profundamente o Período sensório-motor e o início do Período das operações concretas, nos detendo no subperíodo pré-operacional deste último.

No Quadro 6 temos uma visualização de como abordaremos o período sensório-motor, tentando desta forma explicar o que ocorre com a criança neste período para podermos, então, compreender e poder intervir junto a estas crianças desta faixa etária.

Para Piaget (1975) a etapa sensória-motora, foi reconhecida como determinante no desenvolvimento posterior, e portanto, parece coerente afirmar que as intervenções efetuadas durante este período não só demonstram efeitos imediatos, como também capacitam à aprendizagem futura.

Desta forma, para podermos compreender o desenvolvimento cognitivo da criança de 0 a 4 anos encontramos apoio e esclarecimentos na teoria de Piaget, mesmo considerando que o interesse deste foi o desenvolvimento cognitivo enquanto gênese, e não na descrição estanque de estágios de desenvolvimento.

*Atingir o mecanismo causal de uma gênese consiste, em primeiro lugar, em reconstruir o que se encontra dado no ponto de partida dessa gênese (pois nenhum desenvolvimento é possível senão a partir de certas estruturas prévias que ele completa e diferencia); e, em segundo lugar, em mostrar de maneira e sob a influência de quais fatores essas estruturas iniciadas se transformam naquelas de que se pretende dar conta.<sup>6</sup>*

Quanto a este primeiro nível de desenvolvimento, o Sensório-Motor, Piaget afirma que este é caracterizado pela inteligência prática que visa os resultados favoráveis e que antecede a linguagem.

*...toda a gente admite a existência de uma inteligência antes da linguagem. Essencialmente prática, isto é, tendente a resultados favoráveis e não ao enunciado de verdades, essa inteligência nem por isso deixa de resolver, finalmente, um conjunto de problemas de ação (alcançar objetos afastados, escondidos etc.), construindo um sistema complexo de esquemas de assimilação, e de organizar o real de acordo com um conjunto de estruturas espaço-temporais e causais.<sup>7</sup>*

Para Piaget (1975) existe uma inteligência antes da linguagem, mas não existe pensamento antes da linguagem. Distingamos a esse respeito a inteligência e o pensamento. A inteligência é a capacidade de resolução de um problema novo para o indivíduo, é a coordenação dos meios para atingir um certo fim, que não é acessível de maneira imediata; enquanto o pensamento é a inteligência interiorizada e se apoiando não mais sobre a ação direta, mas sobre o simbolismo, sobre a evocação simbólica pela linguagem, pelas imagens mentais etc, que permitem representar o que a inteligência sensório-motora, pelo contrário, vai apreender diretamente. Existe, pois uma inteligência antes do pensamento, antes da linguagem.

Os resultados de Piaget sobre o estudo deste período encontram-se divulgados na maioria de suas obras (uma vez que como já enfatizamos Piaget (1975) encontra neste período a gênese do pensamento adulto reportando-se a ele constantemente), mas é apresentado com riqueza de detalhes em um de seus trabalhos: “O nascimento da inteligência na criança”, “A Construção do Real” e a “Formação do Símbolo”. Encontramos aí uma descrição completa das observações

<sup>6</sup> PIAGET, Jean. Gênese das estruturas lógico elementares, p.11.

<sup>7</sup> PIAGET, Jean. A psicologia da criança, p.12.

realizadas por Piaget (1975) sobre os primeiros dias de vida do bebê, destacando as primeiras interações da criança com o seu meio (interações baseadas em ações-reflexas) até a possibilidade de representação que consiste ao mesmo tempo no ápice sexto estágio do Sensório-Motor e na passagem deste ao nível denominado “pré-operatório”.

Este período (das ações-reflexas à possibilidade de representação) é subdividido em 6 subestágios que indicam aproximações sucessivas do nível mais elevado deste período. As diferenças entre um subestágio e outro são sutis, embora reais, elas só puderam ser reconhecidas porque Piaget sabia o que procurava, e certamente passariam despercebidas a outros investigadores.

Tendo em vista que a estimulação que pretendemos realizar, faz-se necessário um aprofundamento de cada um desses subestágios de desenvolvimento.

### **1. Exercícios reflexos (0 a 1 mês)**

O primeiro subestágio (até um mês) é caracterizado pelo exercício dos reflexos. Quanto a estes Piaget afirma que os reflexos apresentam uma importância especial para o futuro (os reflexos de sucção, o reflexo palmar, o qual se integra na preensão intencional) participam do que foi denominado de “exercício-reflexo”, tendo em vista a sua consolidação por exercício funcional. Este exercício funcional por sua vez é possibilitado pela assimilação reprodutiva ou funcional, que assegura a consolidação do esquema-reflexo. Não obstante a essa consolidação proporcionada pela assimilação funcional, faz-se presente também neste período à assimilação generalizadora que possibilita o emprego do esquema-reflexo a novos objetos (amplia a aplicação do esquema a  $n$  objetos). Há, entretanto, outro tipo de assimilação que se caracteriza pela discriminação, é a assimilação recognitiva. Este último tipo de assimilação permite, por exemplo, que o bebê distinga o bico do seio dos outros objetos.

## **2. Primeiros hábitos: começo dos condicionamentos estáveis e reações circulares “primárias” (quer dizer relativas ao próprio corpo)**

O segundo subestágio (1 - 4 meses e meio) é caracterizado pelas primeiras adaptações adquiridas e pela reação circular primária<sup>8</sup>. Essas primeiras adaptações adquiridas são denominadas de “hábitos”, ainda que Piaget afirme fazê-lo por falta de vocábulo mais apropriado, e são resultados diretos da atividade do sujeito. Quanto às Reações Circulares Primárias, se diferenciam das secundárias por centrarem-se no corpo da criança e não voltadas para a manipulação de objetos circundantes.

## **3. Coordenação da visão e da preensão e começo das reações circulares “secundárias” (quer dizer relativas aos corpos manipulados)**

No terceiro subestágio (4 ½ - 8-9 meses mais ou menos) temos a presença da Reação Circular Secundária, a qual é considerada uma forma nova e superior da assimilação reprodutiva ou funcional, por referir-se à consolidação, através da repetição de certos hábitos motores que produzem um efeito interessante. Portanto, a Reação Circular Secundária estende o interesse do corpo para os eventos externos (embora para o bebê os objetos que o cercam sejam um prolongamento de si).

Começo de coordenação dos espaços qualitativos até então heterogêneos, mas sem busca de objetos desaparecidos; e começo de diferenciação entre fins e meios, mas sem fins preliminares quando da aquisição de uma conduta nova.

---

<sup>8</sup> A reação circular consiste no ciclo que nasce com o surgimento casual de uma novidade e com a busca de sua repetição e consolidação.

**4. Diferenciação dos esquemas secundários com utilização em certos casos, de meios conhecidos com vista a atingir um objetivo novo (vários meios possíveis para um mesmo objetivo e vários objetivos possíveis para um mesmo meio). Começo de pesquisa do objeto desaparecido, mas sem coordenação dos deslocamentos (e localização) sucessivos**

Com o quarto subestágio (8-12 meses) o bebê coordena os esquemas secundários e aplica-os a situações novas. Presentes também neste subestágio, as reações circulares secundárias consistem em tentativas de reproduzir um “espetáculo interessante” - acontecimentos ambientais que resultaram inesperadamente de algo que a criança fez.

**5. Diferenciação dos esquemas de ação por reação circular “terciária” (variação das condições por exploração e tateamento dirigidos) e descoberta de meios novos**

É no quinto subestágio (12-18 meses) que encontramos a Reação Circular Terciária e a descoberta de novos meios através da experimentação ativa. A reação circular terciária, surgindo da secundária, se diferencia dada a natureza de suas repetições. Na reação circular secundária, o que a criança faz é uma conexão entre o comportamento e seu resultado, passando a repetir o comportamento em vista do reencontro do “espetáculo interessante”, e na reação circular terciária embora a repetição do comportamento esteja presente, esta repetição é caracterizada por um maior direcionamento e não a esmo como encontrada na reação secundária. Nas palavras de Piaget, a criança ... *através de uma espécie de experimentação, a criança tenta descobrir em que sentido o objeto ou o acontecimento é novo.*<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> PIAGET, Jean. O nascimento da inteligência na criança, p. 266.

## **6. Começo da interiorização dos esquemas e solução de algum problema comparada da ação e compreensão de busca**

O sexto e último subestágio do estágio Sensório Motor (18 meses em diante) é caracterizado pela presença de novos meios através de combinações mentais. Dos três tipos de comportamento intencional ou orientado para um alvo e que estão presentes no período sensório-motor, este é o mais avançado. O sujeito é capaz de inventar novos meios através de coordenações internas, mentais. Deste modo, quando neste estágio a criança busca descobrir um modo de alcançar um determinado objeto, não o fará por ensaio e erro como ocorria no subestágio anterior, antes ela empreenderá *pensar na situação e representá-la através da combinação mental das operações que deve realizar ...*<sup>10</sup>

A grande novidade, portanto, neste subestágio é a presença das representações, o que confere a criança possibilidades distintas das presentes até então. A representação pressupõe, segundo Piaget, a possibilidade da criança representar os acontecimentos ausentes no campo perceptual. Com o advento da representação finda-se o período sensório-motor e a criança torna-se preparada para os desafios do período posterior que traz consigo o uso de símbolos.

Além da caracterização de cada subestágio, que é incomparavelmente mais rica do que esta apresentação que realizamos, Piaget realizou estudos específicos sobre a construção sensório motora da imitação, do brinquedo, dos objetos, do espaço, da causalidade e do tempo. A evolução destas construções não ocorrem desvinculadas uma das outras, ao contrário, cada uma consiste em um aspecto particular da evolução geral. Ao descrever tal evolução, Piaget (1975) o faz a partir de seis subestágios, semelhantes ao ocorrido na apresentação do desenvolvimento geral neste período.

---

<sup>10</sup> PIAGET, Jean. O nascimento da inteligência na criança, p.337. (o grifo é nosso)

**QUADRO 7 A. Visão do desenvolvimento da criança durante o Período sensório-motor**

<b>IDADE DE DESENVOLVIMENTO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GERAIS</b>	<b>CONCEITO DE OBJETO</b>	<b>INTENÇÃO E RELAÇÕES MEIOS-FIM</b>	<b>SIGNIFICADO</b>	<b>PERMANÊNCIA DO OBJETO</b>
<b>Exercício dos esquemas Sensório-motores (0 -1mês)</b>  <b>Reflexo</b>	Atividade Reflexa	Não diferenciação de si mesmo de outros objetos			
<b>Reações Circulares Primárias (1-4 meses)</b>  <b>Primeiras diferenciações</b>	Coordenação mão-boca; Diferenciação através do ato de sugar e de pegar	Nenhum comportamento especial que revela a lembrança de objetos desaparecidos; Não movimentos próprios e dos objetos externos		Respostas diferentes a objetos diferentes	
<b>Reações Circulares Secundárias (4 - 8 meses)</b>  <b>Reprodução de eventos interessantes</b>	Coordenação olho-mão; Reprodução de eventos interessantes	Antecipa as posições dos objetos em movimento	Age sobre os objetos	"Significado motor"	Breve procura, de modalidade simples, por objeto ausente
<b>Reações dos esquemas Secundários (8 - 12 meses)</b>  <b>Coordenação de esquemas</b>	Coordenação de esquemas; Aplicação de meios para solução de novos problemas; Antecipação	Permanência do objeto; Busca do objeto desaparecido; Vira a mamadeira para alcançar o bico	Ataque à barreira para alcançar objetivos	"Significado simbólico"	Procura prolongada, de múltipla modalidade
<b>Reações Circulares Terciárias (12 - 18 meses)</b>  <b>Experimentação</b>  <b>Invenção de novos meios</b>	Descoberta de novos meios mediante experimentação	Leva em consideração os deslocamentos seqüenciais ao procurar os objetos desaparecidos	Experiências para ver; Descoberta de novos meios através da "acomodação tateante"	Elaboração através da ação e da retroação	Segue deslocamento seqüencial se o objeto está à vista
<b>Invenção de novos meios através de combinações mentais (18 - 24 meses)</b>  <b>Representação</b>	Representação; Invenção de novos meios através de combinações internas	Imagens de objetos ausentes; Representação de deslocamentos	Invenção de novos meios através de assimilação recíproca dos esquemas	Elaboração posterior; Símbolos cada vez mais ocultos	Segue deslocamento seqüencial com objeto escondido; Representação simbólica do objeto, principalmente interna

Fonte: Baseado em Piaget (1975)

**QUADRO 7 B. Visão do desenvolvimento da criança durante o Período sensório-motor**

<b>IDADE DE DESENVOLVIMENTO</b>	<b>ESPAÇO</b>	<b>TEMPO</b>	<b>CAUSALIDADE</b>	<b>IMITAÇÃO</b>	<b>BRINQUEDO</b>	<b>AFETO</b>
<b>Exercício dos esquemas Sensório-motores (0 -1mês)</b>  <b>Reflexo</b>	Egocêntrico		Egocêntrico			Impulsos intuitivos e reações afetivas naturais
<b>Reações Circulares Primárias (1-4 meses)</b>  <b>Primeiras diferenciações</b>	Mudanças nas perspectivas dos objetos vistas como mudanças no objeto		Não diferenciação de movimentos próprios e de objetos externos	Começa a pseudo-imitação	Autonomia funcional aparente de algumas respostas	Primeiros sentimentos adquiridos (alegria, tristeza, prazer e desprazer) de desapontamento ligado à ação
<b>Reações Circulares Secundárias (4 - 8 meses)</b>  <b>Reprodução de eventos interessantes</b>	Espaço externalizado; Não percebe relação espacial dos objetos; Todas as modalidades centralizadas num único objetivo	Breve procura por objeto ausente	Age e depois espera que ocorra o efeito; Autopercepção como a causa de todos os eventos	Pseudo-imitação mais rápida, mais precisa	Mais respostas dadas por elas mesmas	Primeiros sentimentos adquiridos (alegria, tristeza, prazer e desprazer) de desapontamento ligado à ação
<b>Reações dos esquemas Secundários (8 - 12 meses)</b>  <b>Coordenação de esquemas</b>	Constância na percepção da forma e do tamanho dos objetos; Vira a mamadeira para alcançar o bico	Busca prolongada por objeto ausente	Externalização elementar de causalidade; Ataca barreira para alcançar objetivo; Espera que adultos o sirvam	Imitação verdadeira, isto é, de resposta nova	Meios, muitas vezes, se tornam fins; Começa a ritualização	Afeto envolvido na ativação ou retardamento das ações intencionais; Primeiros sentimentos de sucesso e de fracasso; Investimento da afeição em outras pessoas
<b>Reações Circulares Terciárias (12 - 18 meses)</b>  <b>Experimentação</b>  <b>Invenção de novos meios</b>	Noção de relações entre objetos no espaço e entre objetos e o eu; Segue-se deslocamento seqüencial se o objeto está à vista	Segue-se deslocamento seqüencial se há objeto à vista	Noção de si como um objeto entre outros objetos e de si como objeto de ações; Descobre novos meios; Solicita ajuda dos outros	Imitação verdadeira, mais rápida e mais precisa	Converção mais rápida de meios em fins; Elaboração da ritualização	Afeto envolvido na ativação ou retardamento das ações intencionais; Primeiros sentimentos de sucesso e de fracasso; Investimento da afeição em outras pessoas

IDADE DE DESENVOLVIMENTO	ESPAÇO	TEMPO	CAUSALIDADE	IMITAÇÃO	BRINQUEDO	AFETO
<b>Invenção de novos meios através de combinações mentais (18 - 24 meses)</b>  <b>Representação</b>	Noção de movimentos não percebidos; representação de relações espaciais; Resolve o problema do desvio; Representação simbólica de relações espaciais, geralmente internas	Tanto antecipação como memória	Causalidade representativa; Infere causas pela observação de efeitos; Prediz efeitos pela observação de causas	Imita modelos: complexos; não-humanos; ausentes	Trata estímulos inadequados para imitar representação, isto é, ritualização simbólica do "fingimento"	Relações interpessoais começam a se formar

Fonte: Baseado em Piaget (1975)

### Período Pré-operacional (2 - 7anos)

De acordo com Piaget (1975), a criança de 2 anos já pode utilizar meios e instrumentos para alcançar seus fins, o desenvolvimento da representação interna permite à criança pequena começar a usar símbolos para representar objetos.

O progresso principal deste estágio é o desenvolvimento da capacidade simbólica, cujas múltiplas manifestações (linguagem, imaginação, jogo simbólico, imitação diferida) representam uma inovação radical na inteligência da criança: de prática (baseada no exercício, coordenação e organização de esquemas de ação realmente executados) esta torna-se representativa (baseada em esquemas de ação internos e simbólicos, mediante os quais a criança manipula a realidade não mais diretamente, senão através de diferentes sucedâneos - signos, símbolos, imagens, conceitos etc). A criança começa a usar símbolos mentais, imagens ou palavras que representam objetos ausentes. Esta nova capacidade de criar e combinar representações abre várias possibilidades, pois livra o pensamento do "aqui e agora", próprio da inteligência prática.

Este período pré-operatório, como o próprio nome indica, não abrange um verdadeiro estágio, devendo ser considerado como um subestágio: é o período de preparação das operações concretas, aquele que marca o advento destas operações.

Neste período de preparação, que vai desde o aparecimento da função simbólica (1 ½ -2 anos) à constituição das operações concretas (6-7 anos), Piaget (1975) distingue duas etapas: a que corresponde ao pensamento simbólico e conceitual, e do pensamento intuitivo.

**QUADRO 8. Período Pré-Operatório (2 a 7 anos)**

<b>Pensamento simbólico e pré conceitual (1 ½ - 2 anos até 4 anos)</b>	<b>Pensamento intuitivo (4 anos até 6-7anos)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparecimento da função simbólica em suas diferentes manifestações (linguagem, jogo simbólico, simbolismo secundário, imitação diferida, imagem mental)</li> <li>• Pensamento baseado em pré-conceitos e participações (entre um ponto intermediário entre a individualidade dos objetos e a generalidade dos conceitos) e no raciocínio pré-conceitual ou transdução (procede por analogias imediatas e não por dedução)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Representações baseadas sobre configurações estáticas (próximas de percepção)</li> <li>• Controle dos juízos por meio de regulações intuitivas (mas ainda não operações)</li> </ul>

Fonte: Baseado em Piaget (1975)

No Quadro 8, vemos que o nível pré-operacional representa um avanço sobre a inteligência sensório-motora, mas não alcança o avanço das operações lógicas dos níveis seguintes. Durante o desenvolvimento do pensamento pré-operacional, o comportamento cognitivo ainda é influenciado pelas atividades perceptivas. As ações podem ser internalizadas através das funções representacionais, mas o pensamento é ainda preso à percepção.

Para Piaget (1975), no início da inteligência representativa, a criança está longe de alcançar os conceitos propriamente ditos, então, as primeiras noções que a criança utiliza em sua aquisição da linguagem são chamados de “pré-conceitos”.

Para o autor, estes pré-conceitos têm a particularidade de estar em um ponto intermediário entre a generalidade própria do conceito (o conceito de caracol, por exemplo, que remete à classe composta pelos caracóis) e a individualidade dos elementos (cada caracol em particular). Ele cita vários exemplos que mostram que a criança (2-3 anos) oscila entre a classe genérica (classe dos caracóis) e os representantes particulares. Por um lado, a criança desta idade não possui ainda a idéia de uma classe geral, pois não é capaz de articular toda a classe (todos os elementos) e as subclasses (alguns elementos); por outro lado, a conservação individual do objeto, conseguida em nível prático (pensemos em permanência do objeto) causa alguns problemas em nível representativo: a criança acredita que o caracol que está vendo é o mesmo que viu anteriormente, ou acredita que a sombra projetada sob a mesa explica-se pela que viu anteriormente embaixo das árvores. Estes fenômenos são para Piaget, verdadeiras “participações” ou ações imediatas entre fenômenos diferentes, sem a busca do porquê e do como do fenômeno.

Os pré-conceitos ainda não são conceitos lógicos, pois para Piaget, eles encontram-se intimamente relacionados aos esquemas de ação correspondentes, centrados no indivíduo e por isso passíveis de diversas deformações, por outro lado, estão ligados ao símbolo imaginado (particular e ainda não socializado, como será a aquisição definitiva dos signos lingüísticos). Este pré-conceitos, chegam, no entanto, a evocar grande quantidade de objetos mediante “exemplares tipo” ou elementos privilegiados da coleção que são concretizados por uma imagem (a imagem concreta de caracol, por exemplo, que serve para evocar uma série de exemplares da mesma classe).

O raciocínio correspondente a estes pré-conceitos não chega a ser uma verdadeira dedução e é semelhante, segundo Piaget (1975), ao que Stern havia denominado “transdução<sup>11</sup>”: raciocínio que vai do particular ao particular e que procede por analogias imediatas. A criança concentra-se em um aspecto saliente de uma situação (que lhe interessa) e tira uma conclusão relativa à outra situação assimilando indevidamente ambas situações.

---

<sup>11</sup> É uma característica do pensamento infantil pré-operacional. Denomina-se por transdução a incapacidade para raciocinar com sucesso sobre transformações, ou seja, a criança vai do particular para outro particular, sem levar em conta o geral.

A partir dos quatro anos, aproximadamente, uma nova estruturação cognitiva torna-se possível e é marcada, segundo Piaget (1975), pela própria possibilidade de manter com a criança uma conversação contínua e de propor-lhe experiências nas quais manipula objetos diversos.

Nesta idade se inicia a maioria das experiências piagetianas mais conhecidas (conservação, classificação, seriação, horizontalidade, ordem etc) no estudo das diferentes categorias do conhecimento (lógica, causalidade, espaço, tempo, acaso, número etc).

Apontaremos de maneira sintética os traços que caracterizam o pensamento pré-operatório e que diferenciam tanto da inteligência-motora quanto do pensamento operatório. As características do pensamento pré-operacional, são necessárias ao desenvolvimento contínuo e, atuam ainda, como obstáculos ao pensamento lógico. Os obstáculos são: egocentrismo, centração, reversibilidade e as configurações estáticas (transformações).

Piaget (1975) caracterizou o pensamento e o comportamento de uma criança pré-operacional como egocêntrico, ou seja, a criança toma o próprio ponto de vista como sendo o único, desprezando o dos outros. Este egocentrismo representa uma característica típica do pensamento infantil. As crianças deste período não aceitam o ponto de vista de outra pessoa que seja diferente do seu. Exemplo: se perguntarmos a uma criança quanto são em casa ela dirá: - meu pai, minha mãe, meu irmão , e se perguntar novamente a ela se o seu irmão tem algum irmão, ela dirá; - meu irmão não tem irmãos. Trata-se de uma centração excessiva nas ações e representações próprias do indivíduo, de maneira igual a que ocorre no período sensório-motor, o bebê, em nível prático, também tinha tendência a ser o único referencial.

Este egocentrismo diminui lentamente quando a criança lida com o pensamento de outras crianças que estão em conflito com o seu próprio.

O Quadro 9 ilustra as diferentes manifestações do egocentrismo.

### QUADRO 9. Egocentrismo: diferentes manifestações

1. Confusão de seu próprio pensamento com o dos outros e com as coisas	2. Tendência a centra-se no próprio ponto de vista
a) Dificuldade para ser consciente do próprio pensamento. b) Indiferenciação entre o eu e o mundo exterior.	a) Dificuldade para distinguir o próprio ponto de vista do dos outros (dificuldade de que se manifesta no campo social e cognitivo). b) Tendência a assimilar os dados aos esquemas da própria atividade.

Fonte: Baseado em Coll (1995)

Uma outra característica do pensamento pré-operacional é que Piaget chamou de *centração*. Uma criança diante de um estímulo visual tende a centrar ou fixar sua atenção sobre um número limitado dos aspectos perceptuais do estímulo, ou seja, a criança percebe, apenas, um dos aspectos de um objeto ou acontecimento. Ela não relaciona entre si os diferentes aspectos ou situações, desta forma, não vê mais de uma dimensão do objeto ao mesmo tempo, provocando desta maneira uma deformação de juízo ou do raciocínio. Piaget dá um exemplo usando massa de modelar com uma mesma quantidade ele formou uma bola e uma salsicha, e perguntou as crianças onde havia mais: na bola ou na salsicha. As crianças pequenas erram ao afirmar que é na salsicha ou que a mesma é fininha e por isso tem menos. Esta incapacidade foi demonstrada porque a criança não leva em conta os dois fatores que são o comprimento e a largura ao mesmo tempo. Este exemplo clarifica a dificuldade que a criança destas idades tem para descentrar-se de algum aspecto privilegiado da situação que tem diante de si e de considerar mais de um aspecto ao mesmo tempo - pensamento transdutivo.

Outra característica do pensamento pré-operacional é a reversibilidade. Piaget (1975) insistiu neste aspecto do pensamento pré-operatório e fez da reversibilidade um dos requisitos da operação. Uma cognição é reversível, se é capaz de prosseguir um certo caminho em um sentido e fazê-lo depois em sentido inverso para encontrar o ponto de partida. As cognições pré-operatórias (conceitos, juízos, raciocínios), por estarem próximas das ações e da realidade concreta e por constituírem

uma série de experiências sucessivas com dificuldade de organização de conjunto, carecem da mobilidade própria dos atos mentais reversíveis. Pensemos, por exemplo, na impossibilidade da criança de 4-5 anos de imaginar, no teste de conservação, que a massa é a mesma, pois tornamos a vertê-lo na forma inicial, o resultado seria idêntico.

Vimos como o pensamento pré-operatório tem tendência a fixar-se nas configurações perceptivas, nos estados mais que nas transformações. Centra-se, por exemplo, na forma da massinha e não no ato próprio de verter e na e na relação entre ambas às massinhas. Esta impossibilidade de considerar as mudanças e as transformações foi desenvolvida posteriormente por Piaget e Inhelder no estudo das imagens mentais, onde mostraram a dificuldade que as crianças de quatro a seis anos tinham para representar mediante desenho, descrição verbal ou reprodução gestual, as transformações.

Piaget nos deixou uma riqueza impressionante de reações e propósitos infantis. As representações ou explicações das crianças pequenas antes de 6-7 anos, em média) dos fenômenos do meio, manifestam uma mesma dificuldade: a de diferenciar com clareza o próprio eu do mundo exterior. Esta característica geral do pensamento infantil nestas idades pode manifestar-se sob diferentes formas: fenomenismo, finalismo, artificialismo e animismo.

No fenomenismo a criança estabelece um laço causal entre fenômenos que são vistos como próximos pelas crianças como, por exemplo, acreditar que a vontade de dormir basta para que anoiteça, ou acreditar que a sombra da mesa é a da árvore.

Já no finalismo, cada coisa tem uma função e uma finalidade que justificam sua existência e suas características como, por exemplo, pensar que as nuvens se deslocam porque tem que ir chover em uma determinada região, ou que existem montanhas grandes para os passeios longos e montanhas pequenas para os curtos.

No artificialismo, as coisas são consideradas como o produto da fabricação e vontade humanas. Pensar, por exemplo, que os lagos e os rios foram construídos pelos homens.

E por fim, no animismo, a criança dá vida aos objetos, ou seja, percebe como viventes e conscientes coisas e fenômenos inertes. A criança, nesta fase, acha que tudo tem vida e é capaz de sentir. A criança tropeça em um dos pés de uma mesa e chora, por exemplo, então, a mãe bate a mesa dizendo, porque fez isso com o bebê. Como se a mesa tivesse culpa e pensasse em prejudicar a criança.

Sintetizando, na fase pré-operacional as crianças são:

#### QUADRO 10. Período pré-operacional: síntese

<b>PERÍODO PRÉ-OPERACIONAL</b>	
<b>Centralizadoras</b>	Não pensam , simultaneamente, em diversos aspectos de uma mesma situação. Não imaginam que um copo de água alto possa conter a mesma quantidade de água que um copo baixo e largo. Diferenciam precariamente a realidade e a fantasia.
<b>Irreversíveis</b>	Revelam a incapacidade de perceber que uma ação ou uma operação pode tomar ambas as direções. Parece-lhes que a mesma quantidade de água contida em dois copos iguais não seja a mesma quando transvasa para dois copos diferentes. Distinguem a mão direita da esquerda, mas não compreendem que um mesmo objeto possa estar simultaneamente à direita em relação a uma coisa e à esquerda em relação a outra.
<b>Antitransformadoras</b>	Concentram-se na sucessão de diferentes quadros, mas não conseguem entender o estado e o significado da transformação de um para outro estado. Não conseguem pensar de maneira lógica e em seu diálogo misturam causa e efeito. (Exemplo: A menina caiu do cavalo porque... quebrou uma perna).
<b>Transdutivas</b>	Vão do particular para outro particular, sem levar em conta o geral. Não associam: tomei chuva=fiquei resfriado, mas refletem que se dois fatos ocorrem na mesma época entre um causa o outro.
<b>Egocêntricas</b>	Incapacidade de ver as coisas do ponto de vista do outro. É a compreensão centrada em si próprio.

Fonte: Baseado em Antunes (2001)

Com isso Piaget (1975) ressalta que as crianças de todas as culturas atravessam as mesmas seqüências de estágios, embora haja algumas diferenças quanto à aquisição de conceitos específicos .

### 2.1.1. O símbolo e a criança

A função simbólica surge ao final do período sensório-motor, entre 1 ½ e 2 anos. Esta função é fundamental para a evolução das condutas ulteriores, pois consiste em poder representar alguma coisa por meio de um significante diferenciado e que só serve para essa representação.

A função simbólica resulta de uma diferenciação entre os significantes e os significados, até, então, indiferenciados, como no caso dos índices perceptivos ou dos sinais de condicionamento.

Os símbolos e os sinais uma vez diferenciados de seus significados (ou significações), permitem então evocar objetos e situações não atualmente percebidos, o que constitui o começo na representação. Vários são os tipos de representação que têm relevância no desenvolvimento. Pela ordem de aparecimento, são eles: a imitação diferida, o jogo simbólico, o desenho, a imagem mental e a linguagem falada.

**1. A imitação diferida** é aquela que principia na ausência do modelo, ou seja, é a imitação de objetos e eventos já distantes há algum tempo. Numa conduta de imitação sensório-motora a criança começa imitando em presença do modelo e depois pode continuar a fazê-lo na ausência do modelo sem que isso implique representação em pensamento. Então, logo no terceiro mês de vida, podemos observar tentativas de imitar outras pessoas que estão presentes no ambiente, mas é no segundo ano de vida que as primeiras formas verdadeiras de representação mental ocorrem. Por exemplo, a criança que brinca de fazer ninar o ursinho, imitando situação anterior vivida com sua mãe, está engajada numa imitação diferida. A importância da imitação diferida decorre do fato de ela implicar que a criança desenvolveu a capacidade de representar mentalmente (recordar) o comportamento imitado. Sem a representação, a imitação diferida seria impossível porque, de modo geral, a criança tenta copiar fielmente um comportamento prévio, sendo a imitação basicamente uma acomodação.

**2. O jogo simbólico, ou jogo de ficção** é a representação de objetos e de ações pelos gestos etc se dissociando do simples jogo de exercício funcional. A criança que fecha os olhos, pega um paninho, põe a chupeta na boca e finge dormir;

depois pega um ursinho e o faz dormir são representações nítidas em que o signicante diferenciado é, de novo imitativo, porém acompanhado de objetos que se vão tornando simbólicos.

A natureza do jogo simbólico é imitativa, mas ela é também uma forma de auto-expressão tendo em vista apenas a si mesmo como audiência, não havendo assim, intenção de comunicação com os outros. No jogo simbólico, a criança constrói símbolos (que podem ser únicos) sem constrangimento, invenções que representam qualquer coisa que ela deseja. Há aqui uma assimilação da realidade ao eu mais do que uma acomodação do eu à realidade como vimos na imitação diferida.

Para Piaget (1975) a função do jogo simbólico é satisfazer o eu para transformação do que é real naquilo que é desejado.

Desta forma, o que a criança pretende significar no jogo pode ou não ser aparente para o observador, já que no jogo simbólico não há ênfase na acomodação, como ocorre com a imitação e o desenho e dado que o jogo simbólico não é dirigido a uma audiência, que não a própria criança, o que ela representa é freqüentemente obscuro ao observador.

Para muitos, os jogos infantis, podem aparentar pouco valor para o desenvolvimento cognitivo e afetivo da criança, mas para Piaget a natureza livre do jogo simbólico tem um valor essencialmente funcional e não é uma simples diversão.

Para Piaget e Inhelder (1990), no jogo simbólico esta assimilação sistemática toma a forma de um uso particular da função semiótica, ou seja, a criação de símbolos livres no sentido de expressar tudo que, na experiência da vida infantil, não pode ser formulado e assimilado por meio da linguagem apenas.

Desta forma, quando a linguagem se revela insuficiente ou é inapropriada na visão da criança, o jogo simbólico passa a ser fórum de idéias, de pensamentos e de coisas afins.

**3. O desenho ou imagem gráfica**, embora quase não apareça antes dos 2 anos ou 2 ½ anos (Piaget e Inhelder, 1990) é uma forma de função semiótica que nos seus primórdios é intermediário entre o jogo simbólico e a imagem mental, cujo mesmo prazer funcional e cuja mesma autotelia apresenta, e a imagem mental, com a qual partilha o esforço de imitação do real.

O uso precoce pela criança pré-operacional do lápis, do giz de cera e do pincel resulta nas garatujas. No início, não há por parte da criança a noção de desenhar (representar) alguma coisa, embora algumas vezes apareçam formas no processo de rabiscar. Ao longo do estágio pré-operacional, cresce significativamente, nas crianças, o empenho de representar coisas através do desenho e seus esforços tornam-se mais realísticos.

**4. Imagem mental**, não se apresenta no nível sensório-motor e surge como imitação interiorizada.

Imagens mentais são representações internas (símbolos) de objetos ou de experiências perceptivas passadas, embora elas não sejam cópias fiéis daquelas experiências. Imagens não são cópias de percepções estocadas na mente. As imagens mentais são imitações de percepções e, portanto, guardam uma similaridade com elas. Neste sentido, as imagens são concebidas como símbolos.

Também, as imagens mentais são de aparecimento relativamente tardio e, segundo Piaget e Inhelder (1990), resultam de uma imitação interiorizada, não revelando a sua analogia com a percepção uma filiação direta, senão o fato de que essa imitação busca ministrar uma cópia ativa dos quadros perceptivos, com esboços eventuais de referências sensoriais.

Os autores distinguem duas grandes categorias de imagens mentais: as *imagens reprodutivas*, que se limitam a evocar espetáculos já conhecidos e percebidos anteriormente e as *imagens antecipadoras*, que imaginam movimentos ou transformações, assim como seus resultados, mas sem haver assistido anteriormente à sua realização.

As imagens reprodutivas, em princípio, podem, elas mesmas, apoiar-se em configurações estáticas, em movimentos (mudanças de posição) e em transformações (mudanças de forma), pois estas três espécies de realidades constantemente se oferecem na experiência perceptiva do sujeito.

No nível pré-operatório, as imagens da criança são quase exclusivamente estáticas, com dificuldade sistemática de reproduzir movimentos ou transformações, bem como os seus próprios resultados. É só no nível das operações concretas (depois dos 7-8 anos) que as crianças chegam às reproduções de

movimentos e transformações, assim como às imagens antecipadoras de categorias correspondentes.

**5. Linguagem falada ou evocação verbal** (que é permitido pelo nascimento da linguagem) de acontecimentos não atuais.

O desenvolvimento da linguagem falada é o aspecto mais evidente durante o desenvolvimento do pensamento pré-operacional. Aproximadamente aos dois anos de idade, a criança típica começa a empregar palavras faladas como símbolos, em vez de objetos. Um som (palavra) começa a representar um objeto.

Na época em que se constituíam essas diversas categorias de símbolos há também aquisição (por imitação etc) dos sistemas de sinais sociais cujo principal é a linguagem.

A função semiótica engendra, dessa maneira, duas espécies de instrumentos: os símbolos que são “motivados”, isto é, apresentam, embora significantes diferenciados, alguma semelhança com os seus significados, e os sinais, que são arbitrários ou convencionais. Enquanto motivados os símbolos podem ser construídos só pelo indivíduo, e os primeiros símbolos do jogo da criança são bons exemplos dessas reações individuais, que não excluem, naturalmente, os simbolismos coletivos ulteriores: a imitação diferida, o jogo simbólico, e a imagem gráfica ou mental dependem, então, diretamente da imitação, não como transmissão de modelos exteriores já feitos, mas como passagem da pré-representação em ato à representação interior ou pensamento. Sendo convencional, ao contrário, o sinal é necessariamente coletivo: a criança recebe, pois pelo canal da imitação, mas desta feita, com aquisição de modelos exteriores, entretanto, modela-o imediatamente à sua maneira e o utiliza (Piaget, 1975).

A função simbólica permite, então, ou pelo menos reforça consideravelmente essa interiorização das ações da qual constata-se no começo do sexto estágio sensório-motor, além de seu desenvolvimento material e afetivo, as ações se tornam cada vez mais suscetíveis de ser executadas em pensamento ou simbolicamente.

Essa interiorização supõe uma reconstrução no plano do pensamento, que é grande e laboriosa: uma coisa é para a criança, por exemplo, coordenar seus

deslocamentos em pensamento, respeitando as regras do grupo (retornos, desvios etc) e traçar os trajetos em desenho, falando ou simplesmente dispondo dos caminhos e das casas numa maquete especialmente preparada: somente depois dos 7-8 anos a representação encontra essa estrutura de “grupo” que já era feita na organização sensório-motora no quinto e sexto estágios.

O rápido desenvolvimento desta forma de representação simbólica (linguagem falada) tem um caráter instrumental, na medida em que facilita o rápido desenvolvimento conceitual que ocorre neste estágio.

Para Piaget (1989) a linguagem falada apresenta três conseqüências essenciais ao desenvolvimento mental: primeiro a possibilidade de intercâmbio verbal com outras pessoas, que anuncia o início da socialização da ação; depois a internalização da palavra, o aparecimento do pensamento propriamente dito, corroborado pela linguagem interna e por sistemas de signos e por último e, para o autor, o mais importante, a internalização da ação, a qual, de agora em diante, mais do que ser puramente perceptiva e motora, será uma representação intuitiva por meio de imagens e “experimentos mentais”.

A linguagem falada e outras formas de representação como desenho, alguns símbolos e figuras e suas imagens internas, por exemplo, abrem, para a criança, portas que não estavam abertas antes. A internalização do comportamento através da representação, facilitada pela linguagem, acelera o ritmo com que as experiências podem ocorrer. Durante o nível pré-operacional, com o desenvolvimento das representações, o pensamento pode ocorrer mais em função das representações do que apenas das ações. O pensamento representacional é levado a efeito mais rapidamente do que o pensamento através de movimentos porque o primeiro não está ligado diretamente à experiência.

Desta forma, o desenvolvimento da linguagem é visto como facilitador do desenvolvimento cognitivo, mas não como pré-requisito nem como uma condição necessária para que ele ocorra.

## 2.2. Jogo

*É bom ser criança  
Isso às vezes nos convém  
nós temos direito  
Que gente grande não tem  
Só brincar, brincar, brincar  
sem pensar no boletim  
Bem que isso podia nunca mais ter fim...*

Toquinho

Piaget trouxe inúmeras contribuições para a educação, na medida em que suas obras defendem e discutem o papel importante dos jogos seus estádios e brincadeiras para o desenvolvimento cognitivo das crianças.

A evolução dos jogos obedece a estágios, e assim segue uma seqüência iniciando com o Jogo de Exercício (até os 2 anos), este constitui nas explorações sensório-motoras, com um utilitário, mas repetidas com o prazer de exercê-las, como exemplos o fato de a criança brincar com a voz, puxar e morder objetos, colocar e jogar areia de uma caixa.

Atento ao prazer funcional capaz de motivar as repetições nos dois primeiros meses de vida, Piaget (1975) constatou que, neste período, a maioria dos esquemas adquiridos davam lugar a uma assimilação funcional à margem das situações de adaptação propriamente ditas, ou seja, uma espécie de funcionamento do prazer. Essa necessidade de funcionamento e exploração, motivada pelo prazer, é o que caracteriza esta primeira manifestação do jogo.

O processo evolutivo do jogo acontece de maneira oposta ao da imitação, pois há um relaxamento do esforço adaptativo e por manutenção do exercício de atividade de prazer único de dominá-las (atividades) e delas extrair como que um sentimento de eficácia ou poder.

Os jogos de exercícios, analisados por sua forma de conservação, podem ser categorizados em dois grupos: os puramente sensório-motores e os que envolvem o próprio pensamento, sem que estes se constituam em simbólicos.

Do ponto de vista estrutural, estes jogos comportam, ainda, três subdivisões: a primeira delas é a de “exercício simples”, no qual a criança faz e refaz

uma ação por diversas vezes como, por exemplo, a menina que repete a seqüência de encher um baldinho de areia, fazer um bolo, comprimindo-o contra o chão, e desmanchá-lo com uma pá. A outra divisão é a das “combinações sem finalidades” prévias. Tais combinações são lúdicas do início ao fim, como fazem os pequenos que enfiam contas nas hastes dos ábacos sem obedecer a nenhuma ordem, plano ou critério, e finalmente, a terceira subdivisão diz respeito às “combinações com finalidade” lúdicas, exercidas na maioria das ações desse período.

A repetição, típica de qualquer jogo de exercício, acaba por cansar, saturando a própria atividade. Porém, como esta forma de jogo não é exclusiva do período sensório-motor, sempre que o indivíduo faz uma nova aquisição, quer seja material ou de conduta, ele se lança a um novo jogo de exercício, com sua nova função, distraíndo-se com seu poder.

A freqüência destes jogos sofre uma diminuição com o amadurecimento da criança, principalmente, depois do aparecimento da linguagem. À medida que crescem, o desenvolvimento físico, intelectual e social habilita-as progressivamente a formas de brincadeiras mais complexas, envolvendo símbolos e regras.

Entre 2 e 6 anos, com o declínio dos jogos de exercício, aparecem os **Jogos Simbólicos**, caracterizados pela dissociação entre significantes e significados. Na predominância do simbolismo faz nanar urso, finge que lê ou telefona, conta histórias para as bonecas, desenvolvendo cenários e cenas cada vez mais complexas, na sua imaginação.

O esquema simbólico pode ser entendido por sua função do exercício; um exercício simbólico. A criança deixa de buscar apenas satisfação motora; ela passa a sentir prazer em “fazer de conta”, um espetáculo oferecido a si próprio e aos outros.

Quando a criança está brincando, ela cria situações imaginárias em que se comporta como se estivesse agindo no mundo dos adultos. Enquanto a criança brinca, seu conhecimento desse mundo se amplia, porque, nesta atividade, ela pode fazer de conta que está agindo como os adultos, imaginando realizar coisas que os adultos fazem.

No jogo de “faz de conta”, a criança experimenta diferentes papéis sociais, funções sociais generalizadas a partir da observação do mundo dos adultos.

O jogo simbólico será atingido após os dois anos de idade, quando o símbolo está constituído em sua generalidade, isto é, a criança constrói cenas inteiras, preocupada com detalhes, em vez de assimilar um objeto a outro ou fazer imitações isoladas.

Entre os quatro e seis anos, os maiores progressos do jogo são: maior coerência nas narrações fantasiosas, com idéias organizadas dentro de uma seqüência lógica: a imitação é mais detalhada e muito próxima do real: os monólogos coletivos são superados, pelo simbolismo coletivo e pela definição de papéis dentro da organização do jogo. Isso vai dando lugar a um declínio do jogo simbólico, entre os sete e doze anos.

Embora nos trabalhos manuais, desenhos e construções os traços aumentem sempre e mais, à proximidade com o real, o simbolismo não desaparece, ficando à mercê da inteligência, para que, juntos, favoreçam as experiências criativas.

A brincadeira torna-se assim um espaço de aprendizagem, agindo assim como se fosse maior do que é na realidade e ainda realiza simbolicamente o que mais tarde realizará na vida real.

Os jogos de “faz de conta” abrem espaço para os jogos com regra. Estes jogos pressupõem relações sociais ou interindividuais com a cooperação entre jogadores, a regra é uma regularidade imposta pelo grupo. Até o final da fase pré-escolar a atividade lúdica tem por característica predominante a de ser muito egocêntrica.

Já aos 6/7 anos, a criança abandona gradualmente seu egocentrismo em proveito da aplicação efetiva de regras e do espírito de cooperação entre os jogadores.

E assim no início do pensamento operatório concreto, aproximadamente aos sete anos, é que as crianças passam a compreender a importância das regras de um jogo, tornado-se cientes das regras e exigem dos outros uma adesão mais rígida. Elas percebem as regras como fixas e permanentes e ao participar de jogos elas jogam para ‘vencer’.

Ao contrário dos outros tipos de jogos, que são substituídos por outros, durante a evolução, o jogo com regras é praticado em todas as idades.

Com esse panorama da evolução do brincar, de um estado mais egocêntrico até a socialização, é interessante observar que numa situação de livre escolha estarão se revelando os interesses e necessidades de cada criança ou de cada grupo de criança através do brinquedo que cada um escolheu e da forma como brincam.

### **2.2.1. O jogo simbólico**

As crianças brincam com temas que, geralmente, representam seu ambiente e condições do contexto da vida diária. Se o contexto muda, as brincadeiras também podem mudar. Utilizar do jogo simbólico nos hospital nos faz analisar a importância de perceber que a forma que a criança reage ao objeto não é simplesmente um produto do processo de sua interação com aquele, no momento, mas o produto de sua história pessoal e social.

Para Piaget (1975) os jogos simbólicos ajudam a criança a expressar seus próprios sentimentos, desejos e fantasias.

Ao brincar, no espaço hospitalar a criança lida com sua realidade interior e faz uma tradução livre da realidade exterior por ela vivenciada. Pensando assim, buscamos nos aprofundar na teoria de Piaget no que se refere ao jogo simbólico para que a brincadeira no hospital ajude a criança a ajudar a si mesma.

O jogo nos seus primórdios é recíproca e complemento da imitação.

Para Piaget (1975) o jogo evolui, por relaxamento do esforço adaptativo e por manutenção ou exercício de atividades pelo prazer único de dominá-las e delas extrair como um sentimento de eficácia ou de poder.

A imitação e o jogo se unirão somente no nível da representação diferentemente da faz sensório-motora pura em que a imitação e o jogo ainda se encontram separadamente e mesmo, de algum modo, antitéticos.

Quando se iniciam os exercícios lúdicos?

Podemos dizer que seria a partir da primeira fase do período sensório-motor.

### **1º Estágio: das adaptações puramente reflexas**

O jogo é um pré-exercício dos instintos essenciais.

Seu surgimento do jogo nessa fase inicial ocorre quando a sucção dá lugar a exercícios em seco.

### **2º Estágio: reações circulares primárias**

Os jogos aparecem no 2º estágio, com os “jogos” da voz, quando das primeiras lalações, os movimentos da cabeça e das mãos acompanhados de sorrisos de divertimentos.

Durante essa segunda fase, o jogo só se esboça ainda na forma de uma diferenciação ligeira da assimilação adaptativa.

### **3º Estágio: reações circulares secundárias**

Nesta fase, a diferenciação entre o jogo e a assimilação intelectual é um pouco mais nítida. A ação sobre as coisas, que se inicia em cada nova reação secundária, num contexto de interesse objetivo e de acomodação expectante, até muitas vezes de inquietação (quando a criança balança novos objetos suspensos ou agita brinquedos sonoros), transforma-se em jogo irremediavelmente, logo que o novo fenômeno é “compreendido” pela criança e não oferece mais alimento à exploração propriamente dita.

### **4º Estágio: coordenação dos esquemas secundários**

Surgimento de duas novidades relativas ao jogo, nesta fase.

- Aplicação de esquemas conhecidos às novas situações, são suscetíveis, como as precedentes, de prolongarem-se em manifestações lúdicas, na medida em que elas são executadas por pura assimilação, ou seja, pelo prazer de agir e sem esforço de adaptação, tendo em vista atingir uma finalidade determinada.

- A mobilidade dos esquemas permite a formação de verdadeiras combinações lúdicas, passando o sujeito de um esquema a outro não para explorá-los sucessivamente, mas para assegurar-se deles diretamente e sem qualquer esforço de adaptação.

Nestas condutas, há mais do que uma seqüência de combinações sem finalidade nem esforço de acomodação atual, há, no entanto, uma espécie de “ritualização” dos esquemas, os quais ao saírem de seu contexto adaptativo, como que são imitados ou “jogados” plasticamente, desta forma, a “ritualização” prepara a formação dos jogos simbólicos.

### **5º Estágio: reações circulares terciárias ou experiências para ver**

A criança, nesta fase, diverte-se a combinar gestos sem relações mútuas e sem tentar realmente experimentar, para em seguida repetir esses gestos ritualmente e com eles fazer um jogo de combinações motoras.

Ao contrário da fase anterior, em que as combinações eram extraídas dos esquemas adaptados, estas desta fase, são novas e imediatamente lúdicas, ou seja, os rituais desta fase prolongam os da anterior com uma diferença: enquanto os da fase IV consistem, simplesmente, em repetir e associar os esquemas já constituídos, com um fim não lúdico, os desta fase constituem-se quase imediatamente em jogos, manifestando uma fertilidade muito maior de combinações.

O jogo, nesta fase, como nas precedentes, apresenta-se na forma de ampliação da função de assimilação, para além dos limites da adaptação atual.

### **6º Estágio: Invenção de novos meios através de combinações mentais**

Nesta fase, finalmente, o símbolo lúdico desliga-se do ritual, sob a forma de esquemas simbólicos. Isto ocorre, devido a um progresso decisivo no sentido da representação. Esse progresso concretiza-se quando da passagem da inteligência empírica para a combinação mental e da imitação exterior para a imitação interna ou “diferida”, resultando o conjunto de problemas que logo se percebe.

Nessas condutas, discernimos, a ficção ou o sentido do “como se”, característicos do símbolo lúdico, em contraste com os simples jogos motores. A criança utiliza esquemas habituais e mesmo, na sua maioria, já ritualizados no decorrer dos jogos dos tipos precedentes, mas em vez de acioná-los na presença dos objetos a que são habitualmente aplicados, assimila-lhes novos objetos que não lhe convém do ponto de vista de uma adaptação efetiva, além disso, esses novos objetos, em vez de darem lugar a uma simples ampliação do esquema, são utilizados com o único propósito de permitir ao sujeito imitar ou evocar os esquemas em questão. É a reunião dessas duas condições, aplicação do esquema a objetos inadequados e evocação para auferir prazer, que caracteriza o início da ficção.

Desta forma, nesta fase, há símbolo, e não apenas um jogo motor, porque há assimilação fictícia de um objeto qualquer ao esquema, e exercício deste sem acomodação atual.

#### **QUADRO 11. O período sensório-motor e o jogo simbólico**

<b>Período Sensório-motor</b>	<b>Jogo Simbólico</b>
<b>Exercício dos esquemas Sensório-motores (0 -1mês)</b>	Exercitam reflexos inatos e ganham um certo controle sobre os mesmos, mas não coordenam as informações e seus sentidos e não desenvolvem a percepção da permanência do objeto.
<b>Reações Circulares Primárias (1 - 4 meses)</b>	Repetem comportamentos agradáveis que ocorrem ocasionalmente e começam a coordenar as informações sensoriais. É importante conversar com o bebê, valorizar seu balbúcio e fazê-lo descobrir sua linguagem.
<b>Reações Circulares Secundárias (4 - 8 meses)</b>	Se interessam pelo ambiente e repetem reações que levam a resultados interessantes. Mostram que dominam o conceito de permanência do objeto. É importante deixar a criança brincar com objetos de diferentes formas e reconhecer figuras.
<b>Reações dos esquemas Secundários (8 - 12 meses)</b>	Podem prever eventos e o comportamento é mais deliberado e intencional à medida que coordenam esquemas aprendidos previamente.

<p><b>Reações Circulares Terciárias (12 - 18 meses)</b></p>	<p>Mostram curiosidade e variam propositalmente suas ações para perceberem os resultados. Exploram objetos, tentam novas atividades e usam a tentativa de erro para a solução de problemas. Devem começar a diferenciar sons e descobrir seus significados.</p>
<p><b>Invenção de novos meios através de combinações mentais (18 - 24 meses)</b></p>	<p>Como já desenvolvem um sistema de símbolos e usam a linguagem, não mais se restringem a tentativa e erro para resolver problemas. Começam a pensar em eventos e prever suas conseqüências e já usam a linguagem para dizer o que querem ou não.</p>

Fonte: Baseado em Piaget (1975) e Antunes (1998)

Quais seriam as relações do símbolo lúdico com o indício, com o signo, com o conceito e com o desenvolvimento do próprio jogo sensório-motor?

É evidente que os esquemas simbólicos superam, em complexidade, o “indício” sensório-motor, embora este último sirva de instrumento à inteligência desde as fases anteriores. O indício é apenas uma parcela ou um aspecto do objeto ou do processo causal cuja assimilação ele permite. Como parcela do objeto, o indício permite antecipar sem representação mental e sim, por simples ativação do esquema interessado, podendo uma criança de oito ou nove meses reencontrar um brinquedo debaixo da cobertura qualquer, quando a forma estufada desta serve de indício à presença do objeto. O símbolo repousa numa simples semelhança entre o objeto presente, que desempenha o papel de “significante”, e o objeto ausente por ele “significado” simbolicamente, existindo assim, representação, pois uma situação não dada é evocada mentalmente, e não apenas antecipada praticamente como um todo, em função de uma das partes.

O esquema simbólico de ordem lúdica atinge quase o nível do “signo”, dissociando assim, nitidamente o “significante” do “significado” .

Vale ressaltar que o “signo” é um significante “arbitrário” ou convencional, ao passo que o “símbolo” é um significante “motivado”, isto é, representa uma semelhança com o “significado”. No significante arbitrário, o signo supõe, uma relação social, como se evidencia na linguagem ou sistema de signos verbais, ao passo

que a motivação própria do símbolo poderia ser produto do pensamento simplesmente individual.

No nível em que aparecem esses símbolos lúdicos, a criança torna-se capaz de começar aprendendo a falar, de modo que os primeiros “signos” parecem ser contemporâneos desses símbolos.

A brincadeira a partir dos dois aos quatro anos, desenvolve-se com base nas organizações mentais, ou seja, a simbolização. Diferencia o “eu” do outro, a fantasia da realidade.

No início, apresenta características de “pensamento mágico pré-conceitual”, ou seja, a criança dá vida aos objetos, atribui sensações e emoções, conversa com eles.

A brincadeira simbólica pode ocorrer de forma solitária, ou seja, entre a criança e seus brinquedos, ou em companhia de outras crianças. Este tipo de brincadeira é de grande importância para a promoção do desenvolvimento cognitivo e afetivo/social da criança.

Para Piaget (1975) através da imitação, a criança assimila a realidade e busca reproduzi-la. No início, a criança necessita de um modelo observável para imitar; todavia, gradativamente, ela conseguirá imitar, sem a necessidade da presença do modelo. A imitação, na ausência do modelo, demonstra que a criança já é capaz de criar, em sua mente, uma imagem que representa os modelos ausentes.

É dessa forma que, segundo o autor, surge o jogo simbólico, no qual a criança assimila, através da imitação, o mundo de objetos e contextos que a cercam. Mediante a simbolização, a criança é capaz de atribuir variados significantes aos objetos, diferentes dos significados socialmente conhecidos, mas sim, de acordo com o desejo da própria criança.

A brincadeira permite à criança a dramatização de papéis. O brincar de mãe e filha, com suas boneca, leva à criança experienciar, através da representação, o papel de mãe, proporcionando, em certa medida, o entendimento do significado de ser mãe, através da imitação, na brincadeira, dos cuidados e atos desempenhados pela mãe em sua vida cotidiana para com seus filhos como, alimentação, higiene, carinho,

dentre outros. Desta forma, a menina também pode antever sua possibilidade futura de ser mãe.

A ênfase da brincadeira simbólica é dada à imaginação, simulação ou faz-de-conta. Nela, a criança altera o significado dos objetos, dos fatos, atribuindo-lhes novos significados; expressa seus sonhos e fantasias; assume e vivencia papéis encontrados em seu contexto social. A criança se torna a mãe, e a boneca sua filhinha e um pouco de terra pode ser a comidinha para as bonecas.

Na brincadeira de faz-de-conta, para Bomtempo in Oliveira (2000, p.136),

*a identidade real do objeto substituto é mantida na mente no mesmo nível do conhecimento relacionado a dirigir um carro enquanto que o objeto imaginário é mantido no pensamento ao nível da conversa.*

Para a autora, a criança pode utilizar identidade mútua durante o brincar de faz-de-conta, uma vez que a imaginação cria uma situação especial em que a informação possa ser mantida em segundo plano.

A partir dos 4 anos, a brincadeira vai adquirindo um aspecto mais social surgindo às brincadeiras com regras, onde o combinado deve ser respeitado. Na compreensão da brincadeira simbólica a criança revela situações carregadas de emoções e afetos, as organizações lógicas: classificações, seriações, quantidades, cores, cenário onde aparecem seus medos, dificuldades, tensões, inversão de papéis etc.

Dos três aos seis anos, então, a criança torna esta estrutura de faz-de-conta cada vez mais complexa e cada vez mais durável, imagina o seu mundo preferido no qual pretende viver e simula o real modificando-o em função das suas necessidades.

A atividade lúdica, segundo Piaget (1975) é caracterizada pela assimilação de elementos do mundo real, sem a restrição equilibradora de aceitar as limitações de acomodação a eles, ou seja, ao brincar, a criança não está desenvolvendo novas estruturas cognitivas (acomodação), mas está tentando ajustar suas experiências a estruturas preexistentes (assimilação).

Pouco a pouco, a criança ensaia um simbolismo coletivo, exigindo dela esforço e descentralização para acrescentar o outro e poder continuar brincando.

O jogo simbólico será, por conseguinte, um jogo em que a criança faz-de-conta que é outrem, ou se imagina numa qualquer situação, ou atribui uma nova função a um objeto.

O brincar, então, é uma necessidade tanto da criança sadia, quando da doente, por isso dentro das unidades de internações pediátricas, deve-se valorizar e proporcionar facilidades para que a criança possa brincar.

Os brinquedos e brincadeiras são meios a serem utilizados para auxiliar a criança a vivenciar e superar a experiência da hospitalização e, se constituem, ainda, em um recurso que pode e deve ser aplicado na assistência à criança dentro das unidades de internações pediátricas.

### **2.2.2. A importância dos jogos e brincadeiras para o desenvolvimento infantil**

Brinquedos e brincadeiras não são apenas para divertir e distrair a criança, sadia ou doente, e as pessoas que com ela brincam. 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; dirige medos e angústias; repete incessantemente o que gosta; explora e investiga o que há ao seu redor.

O brincar está implícito na criança desde o seu nascimento, quando suas primeiras brincadeiras são as de descobrir o seu próprio corpo. Brincando o bebê se descobre. Antes de brincar com qualquer tipo de objeto, o bebê brinca consigo mesmo.

O brincar para a criança é como o trabalho para o adulto. Através do brincar a criança se desenvolve por inteiro, fisicamente, psicologicamente e socialmente. A brincadeira prepara a criança para a vida. É através do brincar que a criança desenvolve sua personalidade, a qual a acompanhará pela vida afora.

A criança deve sempre brincar livremente, para que assim, ela possa expressar cada vez mais suas potencialidades e suas necessidades lúdicas.

Várias são as formas de brincar e, em todas elas existem o processo de criatividade e construção.

Para Cunha (1994) várias são as formas de se brincar como o brincar sozinho; brincar de faz-de-conta, brincar com outras pessoas; brincar em grupo; brincar correndo, saltando, jogando bola; brincar experimentando e desenvolvendo habilidades; brincar inventando; brincar aprendendo; brincar jogando e competindo, e brincar X trabalho.

- **Brincar sozinho**

A criança que brinca sozinho está, também, aumentando as possibilidades de lidar com sua afetividade e de descobrir seus interesses. Através deste processo, poderá chegar a encontrar uma vocação, o que é fundamental para a realização de todo ser humano. É um momento que deve ser respeitado, por ser um momento no qual estão sendo cultivadas qualidades importantes para a formação de hábitos, que irão influir na qualidade do seu futuro desempenho.

- **Brincar de “faz-de-conta”**

As situações imaginárias estimulam a inteligência e desenvolvem a criatividade da criança. Esta é uma forma de brincar mais fundamentais para um desenvolvimento infantil saudável, razão pela qual o “faz-de-conta” infantil deve ser tratado e subsidiado com seriedade.

- **Brincar com outras pessoas**

Brincar com outras pessoas é necessário para evitar que a criança fique sem o estímulo e a crítica que um parceiro pode proporcionar. Brincar com outras pessoas pode ser imitar gestos, fazer um desafio ou partilhar de um jogo ou brincadeira.

- **Brincar em grupo**

É uma aprendizagem muito enriquecedora e indispensável a uma boa integração social. Dentro do grupo, a atividade física gera entusiasmo, por essa razão é tão importante. Correndo, a criança fica alegre, aprende a partilhar, como também, ajuda a se conhecerem melhor e a fazerem novas amizades.

- **Brincar correndo, saltando, jogando bola**

Vencendo obstáculos, a criança desafia os próprios limites, gasta suas energias e desenvolve sua coordenação motora, adquirindo mais confiança em si e aprimorando seu equilíbrio.

- **Brincar experimentando e desenvolvendo habilidades**

Encaixar, empilhar, construir, montar quebra-cabeças são atividades que proporcionam exercício e desenvolvem habilidades. Estes jogos tornam as crianças mais aptas a desempenhar tarefas que, talvez, não conseguissem realizar se não estivessem em situação lúdica, livres de cobrança e de obrigatoriedade. Brincando a criança alcança níveis de desempenho bem mais altos porque não sente cansaço.

- **Brincar inventando**

Inventar e criar, todos podem, mas somente se tiverem sido estimulados a fazê-lo. É preciso haver alguma confiança na própria capacidade de criar ou, pelo menos, a certeza de que, mesmo que o resultado não seja bom, haverá boa aceitação do trabalho realizado.

- **Brincar aprendendo**

A curiosidade é natural a toda criança e o brinquedo proporciona o aprender-fazendo e brincando. Através de jogos e brincadeiras, a criança pode

aprender novos conceitos, adquirir informações e até mesmo superar dificuldades de aprendizagem.

- **Brincar jogando e competindo**

Uma das principais características do jogo é a necessidade de parceiro. Ainda que em postura de adversário, a parceria é um estabelecimento de relação. Jogar, competir e participar de atividades comuns são excelentes oportunidades para que a criança viva experiências que irão ajudá-la a amadurecer emocionalmente e a aprender uma forma de convivência mais enriquecedora.

- **Brincar X trabalhar**

Brincando a criança pode aprender a trabalhar porque, brincando, aprende a estar em atividade e descobre o prazer de estar ocupada, de estar operando, engajando-se por livre e espontânea vontade. No brinquedo, terá a oportunidade de desenvolver capacidades indispensáveis à sua futura atuação profissional, tais como atenção, o hábito de permanecer concentrado outras habilidades perceptuais e psicomotoras. Brincando, a criança torna-se operativa. Brincar e trabalhar não são atividades opostas, podem chegar quase a ser sinônimas, se o prazer na atividade for preservado.

Atualmente é grande o número de estudiosos e educadores preocupados com o quanto é importante brincar e que a ludicidade é o processo de construção mais saudável que um ser humano pode ter para o seu pleno desenvolvimento humano.

A brincadeira proporciona à criança muitas formas de expressar sua realidade, de se descobrir, descobrir o mundo, e encontrar respostas aos acontecimentos cotidiano.

Fröebel in Santos (1997, p.27) defende o brincar como *responsável pelo desenvolvimento físico, moral, cognitivo e os dons ou brinquedos como objetos que subsidiam as atividades*. Autores como Cunha (2001), Santos (1997) e kishimoto (1998) afirmam que **BRINCAR É VIVER**.

*Se as crianças brincam é porque esta é uma necessidade básica, assim como a nutrição, a saúde, a habitação e a educação* (Santos, 1999, p.115).

As crianças dos dias de hoje brincam pouco ou quase não ocupam seu tempo livre (se é que tem), brincando.

Cunha (2001, p.16) afirma que (...) *brincando a criança está nutrindo sua vida interior, descobrindo sua vocação e buscando um sentido para sua vida*, a ausência de tempo e oportunidade para brincar aparece como fortemente nocivo ao desenvolvimento infantil.

Brincar é uma forma de sonhar, é uma forma de se realizar, de poder entender e exteriorizar sua realidade, ajudando assim, na resolução dos conflitos inerentes à sua idade.

As crianças que não brincam ou não aprendem a brincar com outras crianças, adolescentes, jovens, adultos ou idosos podem estar sofrendo uma grande perda cultural ou folclórica das brincadeiras existentes nos tempos passados e que vem sendo passadas de geração para geração. Acreditamos, ainda que crianças que brincam mais estão menos propensas a doenças porque ocupam seu tempo livre de forma saudável.

Santos (1999, p.114) confirma a função terapêutica do brincar com sendo *atividade essa, em que a criança pode exteriorizar seus medos, angústias, problemas internos e revelar-se inteiramente, resgatando a alegria, a felicidade, efetividade e o entusiasmo*.

Neste sentido considera-se que o brincar tem uma grande significância para o desenvolvimento da criança.

A criança frente a situações lúdicas desenvolve o funcionamento do pensar e a leva a alcançar níveis de desempenho que só através da estimulação e do brincar conseguem.

É essencial que a criança brinque. Brincando, cantando, girando, se expressando, contando, brincando com as histórias ou simplesmente ouvindo-as, ela estará se desenvolvendo como um ser integral. Brincar é a atividade mais séria da criança. Ao brincar a criança está “vivendo”.

Conscientes da importância da atividade lúdica para as crianças,, alguns pesquisadores chegaram a um consenso: *devemos abrir ou ampliar espaços, afim de que as crianças de hoje brinquem*. Espaços como um hospital!

Para Piaget (1975), a criança pode reagir pelo jogo contra um medo ou realizar pelo jogo o que não atreveria a fazer na realidade tornando-se este, então, catártico. Para ele, na presença de situações penosas e desagradáveis a criança pode apresentar um tipo de jogo simbólico caracterizado de combinações liquidantes em que a criança procura reviver a situação mediante transposições simbólicas.

### **2.3. Relevância e utilização do Brinquedo no Hospital**

Exploraremos o significado do jogo já discutido anteriormente, mas agora de forma a entrelaçar o jogo, a vida cotidiana e a hospitalização.

O sinônimo que melhor dará conta do sentido que empregaremos refere-se ao jogo cênico, ao conjunto orgânico da marcação dos atores, os diálogo, jogos de luz à movimentação de cenários, à divisão de cenas, intervalos, ritmo, atmosfera etc., em fim, o jogo dramático que tão bem serve para explicar as relações entre as pessoas e os grupos.

O jogo é uma atividade universal e cumpre um papel decisivo no desenvolvimento do indivíduo e da sociedade, especialmente significativo na infância, continua a ser pela vida adulta o espaço espontâneo e criativo do ser humano como educadores e psicólogos. Sabemos que perturbações na atividade do jogo na infância, poderão acarretar transtornos na aprendizagem, os quais poderão desmembrar-se em inibições e inseguranças do trabalho adulto. Para o adulto, o jogo é um espaço transicional entre sua realidade cotidiana e suas fantasias, entre um plano real e um plano simbólico. É um espaço permissivo com regras que aceita livremente e as pode abandonar.

Socialmente, o jogo desempenha a função de um instrumento canalizador de tensões, como por exemplo, nos momentos de crises sociais, aumenta o número de jogadores nos jogos de loteria e de azar, aqueles que buscam resolver suas dificuldades e frustrações através de mágicas.

Psicologicamente, o jogo é atividade que mobiliza atitudes, papéis e status, elementos que compõem um conjunto do qual surgirá um personagem, com uma representação da realidade, e quem desempenhará um papel operativo, por exemplo, chegar a ser, pela idealização, um mito ou um herói. Na criança o jogo cumpre múltiplas funções estruturando distintas atitudes, as quais permitirão que o eu as utilize no transcurso da vida.

Em síntese, o jogo é uma forma de explorar o mundo. Traduz uma atitude psicológica vinculada à imaginação criadora, como por exemplo, uma situação de jogo põe a prova nossas atitudes para invenção, constitui-se em resposta às inesperadas mudanças de situações.

Todo jogo tem um objetivo, conseguir através de uma atitude particular, um esquema que permita operar sobre a realidade.

A função do jogo não é apenas a de liberar desejos (ocultos e reprimidos), mas principalmente, indicar um plano de atuação, uma estratégia de apropriação da realidade.

Analisando o jogo desta forma, compreenderemos a importância deste, no contexto hospitalar.

O jogo, no hospital, exercendo a função de estratégia de apropriação de uma realidade que não faz parte da vida cotidiana.

É primordial que a criança gravemente doente ou em estágio terminal possa participar nas enfermarias pediátricas ou nos ambulatórios de atividades lúdicas programadas e dirigidas, pois através do brinquedo ela pode experimentar sua nova forma de ser.

Naturalmente, brincar é a forma de autoterapia da criança e esta atividade pode se transformar em excelente instrumento preventivo, diagnóstico, prognóstico e terapêutico às crianças na situação de morte, pois experienciando, tomando consciência ou descobrindo através do brinquedo, a criança em estágio terminal pode formular e assimilar o que experiencia, facilitando a internalização, amadurecimento e elaboração do processo de luto.

Podemos utilizar uma grande quantidade de técnicas específicas incluídas em atividades programadas para o hospital para ajudar as crianças a expressarem seus sentimentos.

**QUADRO 12. Atividades que podem ser desenvolvidas com as crianças no Hospital**

	<b>Faixa Etária</b>	<b>Atividades</b>	
<b>PERÍODO SENSÓRIO-MOTOR</b>	0 a 3a		
<b>PERÍODO PRÉ-OPREACIONAL</b>	3 a 6a	Desenho livre	Expressão de tendências inconscientes
		Pintura livre a dedo	Expressão de sentimentos Calmante Fluente Desenhar e apagar/fracasso
		Desenho ou pintura	Hospital Doença Casa Equipe
		Desenho	“se você fosse mágico...” desenhe
		Desenho	“Desenhe alguma coisa que você gostaria de não ter feito”
		Desenho de polaridades	Fraco/forte Saúde/doença Gosto/não gosto Medo/coragem Tristeza/alegria Vida/morte
		Manuais sobre a doença, hospitalização	Projeção Identificação Elaboração
		Recortes e Colagens	Projeção Internalização

<b>PERÍODO PRÉ- OPRECIONAL</b>		Modelagem	Manifestação de processos internos primários; Fluidez- aproxima a criança dos sentidos, penetra na armadura protetora; Crianças inseguras- sensação de controle e domínio.
	3 a 6a	Recorte e colagem de figuras do hospital	Hospital real x imaginário Doença x cura Vida e morte Eliminação de falsos conceitos
		Desafios	Afirmação da consciência
		Histórias coletivas	Identificação Compartilhar de sentimentos
		Completar sentença	Identificação
		Fantoches/Teatro de Fantoches	Segurança para exteriorização de sentimentos; Integração de sentidos;
		Teatro	Reforço à autoconsciência; Desenvolvimento de identidade;
		Dramatização	Eliminação de falsos conceitos; Preparo para condutas;
		Play-mobil	Exame de opções Escolhas disponíveis Novas formas de ser Consciência explícita
		Árvore da vida	Montagem de árvore; Observação diária; Noção de vida e morte.
Coleções/Plantações	Noção de evolução		

Fonte: Baseado em Chiattoni in Camon (2002)

Devemos buscar nas atividades o fortalecimento de auto-estima e autoconceito criando oportunidades para que a criança possa retomar seu equilíbrio psíquico, pois ao recuperá-lo pode explorar e descobrir alternativas na situação de doença.

Assim, nas atividades, devemos encorajar ao máximo as fantasias utilizando-as como instrumento terapêutico, pois através delas podemos descobrir qual é o processo psicológico da criança, penetrar nos recantos mais íntimos de seu ser, trazer à luz de sua consciência o que esta oculto ou o que evita e, enfim, desvendar o que ela sente a partir de sua perspectiva.

Devemos incentivar o compartilhar de sentimentos e promover autodescoberta para que a criança possa reconhecer, aceitar e expressar seus sentimentos.

Quando, através das atividades lúdicas desenvolvemos a consciência da criança, esta começa a examinar opções e escolhas disponíveis podendo lidar melhor com temores ocultos que impedem escolhas disponíveis podendo lidar melhor com temores ocultos que impedem escolhas sadias.

Portanto, como afirma Chiattoni in Camon (2002) é de suma importância a tarefa de ajudar as crianças doentes a se sentirem fortes dentro de si mesmas, pelas de que possuem escolhas mesmo na situação de doença e morte.

A principal tarefa do profissional que vai desenvolver atividades lúdicas é apontar caminhos, oferecendo condições de forma direta, sem invadir, sendo leve e delicado sem ser passivo, aceitando a criança com respeito e consideração.

### **2.3.1. O Brincar no Hospital: uma experiência psicanalítica**

O brincar e o jogar são as formas básicas da comunicação infantil com as quais as crianças inventam o mundo e elaboram os impactos exercidos pelos outros.

Sabemos que as crianças não falam como os adultos, elas têm no jogo a sua forma preferencial de interpretação do mundo e dos outros.

O jogo, então não é uma simples brincadeira. Ele implica uma dimensão ontológica do homem. Essa dimensão ontológica do jogo é restaurada, mesmo inserindo o jogo no registro analógico e significativo da linguagem.

Brincar é um veículo privilegiado de expressão para as crianças e muitas vezes se configura como o único possível.

Para Winnicott (1971) quando a criança não é capaz de brincar, é preciso trazê-la para um estado em que ela possa brincar. O autor afirma que o brincar é natural da criança, que o brincar sinaliza para o estado de saúde mental, sendo sua ausência um indicador de psicopatologia. Sabemos que as crianças psicóticas e autistas não são capazes de brincar.

Por que pensamos o brincar no hospital?

Para nós, o brincar é um conceito e um instrumento transdisciplinar que atravessa toda e qualquer prática com crianças, um dos poucos que pode permitir um verdadeiro diálogo interdisciplinar. É através dele que se processa a organização do sujeito, que nasce e se desenvolve a linguagem, que se dá o aprendizado e o conhecimento do mundo. Via privilegiada de expressão e de apreensão da realidade, o brincar permite o acesso ao simbólico e aos processos de complexificação da vida.

O jogo é uma linguagem, uma linguagem analógica, não-verbal e gestual sobre a qual a maioria das pessoas tem pouco conhecimento, talvez por considerá-lo algo “infantil” e irrelevante, algo que não merece muita importância.

Para Huizinga (1990) o jogo se baseia na manipulação de imagens e sua função é a de representar a realidade. Essa realidade-matéria, natureza – é recriada pela metáfora e toda metáfora é jogo de palavras. Mais do que uma falsa realidade, o jogo é a realização de uma aparência: é imaginação no sentido original do termo.

Qualquer profissional que lide com crianças que não torna possível o brincar ou considerá-lo como algo secundário, certamente estará mutilando o processo discursivo da criança.

O brincar é o caminho possível quando lidamos com a infância.

Não foi Melanie Klein que descobriu, nem tampouco Winnicott. Eles redescobriram e trouxeram para a psicanálise o que muitos educadores começavam a fazer em seu trabalho: dar a devida importância a esta linguagem privilegiada na infância. Dito de outro modo, utilizar como fonte de diálogo com as crianças.

Ao falarmos de sujeitos de processos psíquicos, falamos de sujeitos da representação, do pensamento, da linguagem. O ser vivo constrói sua subjetividade

como um mundo, como um sistema que reconstrói fantasiadamente realidade externa, e que pode conhecer e transformar a realidade externa e interna.

O desenvolvimento infantil se encontra particularmente vinculado ao brincar, uma vez que este último se apresenta como a linguagem própria da criança, através da qual lhe será possível o acesso à cultura e sua assimilação, num movimento dialético característico do processo de crescimento e amadurecimento. Neste sentido, o brincar se apresenta como fundamental tanto ao desenvolvimento cognitivo e motor da criança quanto à sua socialização, sendo um importante instrumento de intervenção em saúde durante a infância.

A criança utiliza-se da linguagem do brincar para apreender novas situações, elaborando psicologicamente vivências de seu cotidiano e possíveis conflitos internos. Dessa forma, o brincar facilita o acesso à atividade simbólica, já que através dos jogos simbólicos a realidade externa pode ser assimilada à realidade interna. Podemos dizer que a criança se apropria de experiências dolorosas através do brincar, esse espaço de ilusão situado entre o real e a fantasia. Ela passa então a ser sujeito e não somente objeto da experiência (Ajuriaguerra, 1973; Winnicott, 1975).

Roza (1999) nos fala de como a atividade lúdica pode funcionar como um agente reorganizador o que, por sua vez, implicaria a produção de sentido para as experiências vividas pela criança. Logo, o brincar possui uma dimensão ontológica na constituição do sujeito. Também não podemos deixar de levar em consideração o fato de que, uma vez caracterizado como linguagem, o brincar é uma forma de expressão e uma maneira pela qual a criança se relaciona com o mundo à sua volta.

Winnicott (1994) apresenta a idéia do brincar como espaço potencial. Ele afirma que a interação da mãe com seu bebê resulta em uma área que poderíamos chamar de território comum, a terra de ninguém que na verdade é de cada um, o local onde se oculta o mistério, o espaço potencial onde se estabelece um “casamento” entre a realidade psíquica e a realidade externa, funcionando como uma espécie de playground entre o subjetivo e o objetivo.

Essa área do brincar não é realidade psíquica interna. Ela está fora do indivíduo, mas também não é o mundo externo. Nesse espaço de jogo a criança reúne objetos e fenômenos oriundos da realidade externa e os utiliza a serviço de algumas

amostras derivadas de sua realidade interna. Sem alucinar, a criança produz amostras do potencial onírico e convive com elas num determinado ambiente de fragmentos da realidade externa.

O brincar se situa na área intermediária entre a realidade interna e a externa, entre a criatividade primária e a percepção objetiva baseada no teste da realidade (id., 1975). Área esta que faz parte do desenvolvimento do bebê e permanece em todos nós sob a forma de criatividade, enfim, tudo aquilo que não exige uma definição exata do que é interno ou externo, um espaço potencial caracterizado por fenômenos transicionais em que o relaxamento é possível. Na brincadeira se manifesta a atividade criativa a qual, somada ao relaxamento alcançado em vivências de confiabilidade (inicialmente com a mãe e posteriormente com outros pares, como os próprios profissionais de saúde), proporcionará à criança a experiência do sentimento do eu, fundamental ao seu desenvolvimento. Como cita Winnicott (1975) *é no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança e o adulto fruem sua liberdade de criação* (p. 79).

Especificamente na relação mãe-bebê o brincar se situa como esse espaço potencial, no qual há possibilidade de ambos explorarem sua liberdade de criação, mas esse processo também pode ser observado em outras situações em que haja a presença de dois ou mais sujeitos em interação. A partir daí podemos refletir acerca da relevância do brincar nas relações terapêuticas em que crianças estão envolvidas. O profissional de saúde que pretende trabalhar com a criança deve saber que para tal é fundamental poder comunicar-se com seu pequeno paciente através do lúdico, não só para acessar de forma mais completa o universo infantil, mas também para que sua intervenção possa ser realmente assimilada e elaborada pela criança.

Particularmente no que diz respeito ao desenvolvimento infantil e sua relação com o vínculo estabelecido entre a mãe (ou uma figura substituta) e o seu filho, o jogo que ocorre entre ambos se situa como a base necessária à construção da corporalidade do bebê, da consciência de si mesmo e da consciência social. Para Maturana e Verden-Zöller (1993) a auto-identidade e a consciência de si mesmo (assim como a social) dependem da consciência corporal que, por sua vez, só se desenvolve através de um contato corporal íntimo com a mãe. Esse contato se dá através de uma

convivência de aceitação mútua, de uma relação de confiança. A criança adquire condições de criar seu espaço psíquico e seu espaço relacional a partir desse contato corporal com a mãe que aparece como um outro eu, instalando-se uma dinâmica social como uma dinâmica da mútua aceitação, isto é, de amor.

Logo, podemos dizer que o desenvolvimento da consciência de si e da consciência social se encontram em relação direta com o desenvolvimento do conhecimento do próprio corpo e do corpo do outro, que depende da aceitação corporal. Nesse contexto, ser aceito, para o bebê, significa ser visto através da emoção, pelo que é no presente e não como um futuro adulto. Cabe à mãe, nessa interação, estar atenta ao seu filho e não ao resultado do que ele faz, ou seja, estabelecer uma interação desprovida de intenções futuras. Mas a mãe só pode ter atenção no seu filho no momento presente, sem preocupar-se com o que ele virá a ser, através do jogo, do brincar. O jogo se caracteriza por ser uma atividade espontânea, que não busca realizações externas, na qual não há propósitos de intencionalidade. Ele é válido em si mesmo, sendo um espaço de existência no qual a relação pode fluir sem cobranças. O jogo é o próprio espaço de aceitação mútua total, em que há a aceitação da corporalidade do bebê, podendo ele ser percebido como tal, isto é, um bebê.

Nesse sentido, o jogo é fundamental para a saúde psíquica. Jogos rítmicos, de balanço, canto, dança, desenhos são maneiras pelas quais o filho pode encontrar sua mãe antes mesmo de adquirir a linguagem. Então, baseados em Maturana e Verden-Zöllner (1993), afirmamos que a relação mãe-bebê é uma relação de jogo ou, se preferirmos, do brincar.

Mais uma vez podemos refletir a respeito do papel do profissional de saúde interessado no atendimento de crianças. Mesmo que haja um objetivo claro ao se atender uma determinada criança, é necessário que ela se sinta amparada e compreendida no que se refere ao seu universo e às suas demandas, o que significa poder brincar naquela situação na qual se percebe envolvida que pode ser, muitas vezes, extremamente ameaçadora. Quando a criança chega a uma consulta na área de saúde, ela provavelmente já imagina que há algo de errado no seu estado geral, até mesmo porque este também é, geralmente, o pensamento de seus pais ou responsáveis.

Dessa forma, permitir-lhe brincar com o material que ali se apresenta significa ajudá-la a se apropriar daquela situação e, assim, poder elaborar seus conflitos e medos. Transformar técnicas de abordagem terapêuticas em atividades lúdicas nos parece a maneira mais adequada e, por que não dizer, eficiente de se trabalhar com a criança, uma vez que, como dito anteriormente, ela passa a ser o sujeito da ação e não apenas seu mero receptor ou objeto.

Além do que não podemos nos esquecer de que para a criança que brinca, aquele momento é considerado como o da maior seriedade, mesmo que tenha a plena noção de que se trata de uma brincadeira.

Como nos aponta Huizinga (1980), o jogo não é "vida real", situando-se como um intervalo no cotidiano e sendo, nesse sentido, uma atividade não séria. Entretanto, possui a capacidade de absorver o jogador, o que aponta, paradoxalmente, para uma seriedade intrínseca observável nas regras precisas próprias de qualquer jogo. A ordem faz parte do jogo. Quem nunca ouviu uma criança dizer que não queria mais brincar porque seu parceiro não sabia o que fazer ao certo e tinha estragado a brincadeira, uma vez que havia desobedecido as regras? Vemos então que o jogo tende a parafrasear a seriedade da vida, podendo transformá-la naquele momento.

Nesse espaço em que liberdade, criatividade e regras que ordenam a atividade se encontram, vemos emergir a função significativa do jogo e seu potencial de simbolização. Ele é uma espécie de metáfora. Para Benjamim (1987), a principal característica da brincadeira se encontra na possibilidade de se transformar em hábito uma experiência de cunho devastador. A criança lida com sua dor recriando-a através do brincar.

A partir desses apontamentos, podemos inferir o quanto o brincar é fundamental, particularmente, à criança doente internada num hospital e também à sua mãe ou responsável que a acompanha durante a internação.

A hospitalização leva a criança a confrontar-se com um estado de desamparo, ao perceber sua fragilidade corporal que resultou no adoecimento, originando reações diversas, tais como regressões, estados depressivos, fobias e transtornos de comportamento em geral (Ajuriaguerra, 1973). O brincar se insere nesse contexto como uma tentativa de transformar o ambiente das enfermarias,

proporcionando condições psicológicas melhores para as crianças e adolescentes internados.

No que se refere à angústia que uma internação hospitalar pode causar, podemos dizer que a angústia de morte vivida pela criança também é sentida por seus pais, sendo que a reação destes diante da hospitalização desempenha um papel fundamental na forma como a criança lida com a sua própria situação de enfermidade. A criança quando internada, além da problemática que faz parte do seu adoecer e do afastamento de seu cotidiano, vê-se às voltas com questões relacionadas ao vínculo estabelecido entre ela e sua mãe (ou figura substituta). Com a hospitalização, este vínculo fica afetado e o brincar pode atuar como agente facilitador da relação, contribuindo, desse modo, para um fortalecimento da interação mãe-filho e, conseqüentemente, para a melhora da criança. Assim, acreditamos que o brincar auxilia na melhora das condições clínicas da criança, reforçando de forma positiva o desejo de viver (Roza, 1999). Ousaríamos dizer que o brincar, em situações extremadas, pode devolver à criança o desejo de viver.

Maturana (1993) nos fala como a nossa sociedade ocidental tem relegado o brincar a um lugar secundário, sem grande importância. Entretanto, este autor coloca o jogo (brincar) como um aspecto central da vida humana. E mais ainda, como fundamental na relação mãe-bebê para o desenvolvimento da consciência de si e dos outros. Neste caso, podemos imaginar a relevância do brincar no processo de adoecimento, particularmente da criança que tanto necessita de sua mãe.

Cabe aqui ressaltar que, quando mencionamos o adoecimento, não pretendemos restringir a questão a uma internação hospitalar. Essa situação foi especificamente apresentada justamente por seu caráter extremo e, por vezes, persecutório. No entanto, defendemos a importância do brincar para a saúde da criança de um modo geral. Logo, os profissionais de saúde devem estar atentos ao aspecto lúdico do universo infantil, trazendo-o para seus atendimentos ao invés de encará-los como um empecilho ao seu trabalho. No lugar de frases pejorativas do tipo "esse menino só quer brincar", poderíamos deparar-nos com comentários que valorizassem a capacidade de brincar. Afinal, a criança realmente adoecida é aquela que não consegue brincar. Nas palavras de Winnicott (1958):

*A criança considerada normal é capaz de brincar, ficar excitada quando brinca, e se sentir satisfeita com o brinquedo, sem se sentir ameaçada pelo orgasmo físico de excitação local. Em contraste, uma criança impedida de fazer alguma coisa, com tendência anti-social, ou qualquer criança com marcada inquietação maníaco-defensiva é incapaz de apreciar o brinquedo porque o corpo se torna fisicamente incluído (p.37).*

#### **2.4. A utilização da brincadeira como atividade terapêutica**

Como utilizar da brincadeira no ambiente hospitalar?

O que pode e o que não pode?

O material utilizado tem um papel importante, mas não é o mais importante Lindquist, (1993). A autora informa que *criar, inventar com total liberdade tem imensa importância. As crianças o fazem sem inibição e espontaneamente desde que se sintam à vontade (p. 27).*

Para Petrillo & Sanger in Ângelo (1985, p.214) *o brinquedo no hospital desenvolve, em parte, aspectos normais da vida diária e previne maiores perturbações. Além disso, proporciona à criança a oportunidade de reorganizar sua vida, diminuindo assim sua ansiedade e dando-lhe um sentido de perspectiva.*

Aberastury (1992, p.11-18) expõe que *Freud identificou uma das razões pelas quais o brinquedo é terapêutico porque a criança passa de uma situação passiva frente à doença a uma outra, ativa, na qual controla imaginariamente o novo ambiente.*

Afirma ainda que:

*(...) O brinquedo possui muitas características dos objetos reais, mas pelo seu tamanho, pelo fato de que a criança exerce domínio sobre ele, transforma-se num instrumento para o domínio de situações penosas, difíceis, traumáticas que se engendram nas relações com objetos reais. Além disso, o brinquedo é substituível e permite que a criança repita à vontade situações prazenteiras e dolorosas que, entretanto, ela por si mesma não pode reproduzir no mundo real. Ao brincar, a criança desloca para o exterior os seus medos, angústias e problemas internos, dominando-os por meio da ação.*

Não é fácil encontrar um padrão de atitudes gerais que atenda as diversas necessidades e exigências. Nem existem formas e receitas para cada

situação, pois cada ser humano é único e tem suas necessidades próprias e diferentes, em diferentes momentos.

Lebovici in Slikilero, (1997, p. 50) afirma que *o modo como a criança brinca é um indicativo de como ela é e de como ela está.*

Vários aspectos podem ser observados através de desenhos e atividades de crianças gravemente enfermas e pacientes terminais. É comum, na nossa vivência junto às crianças da Oncologia Pediátrica, encontrarmos temas, que de uma forma simbólica, nos trazem a percepção e o receio da morte.

Para Stelle in Angelo (1985, p. 214),

*há uma técnica que pode ser utilizada pelos diversos profissionais de saúde, o brinquedo terapêutico. É um brinquedo estruturado para a criança aliviar a ansiedade gerada por experiências atípicas para sua idade, experiências que podem ser ameaçadoras e requerem mais do que brinquedo recreacional para resolver a ansiedade associada.*

Enfatiza a necessidade de ser o brinquedo terapêutico proporcionado sempre que uma criança tenha dificuldade em compreender ou lidar com as experiências.

Percebemos também que a pessoa que brinca com a criança torna-se muitas vezes, aquela para a qual a criança corre quando perturbada e assustada pela doença e pelos tratamentos e exames. Com isso, verifica-se que o brinquedo, no hospital, além de função recreativa e educacional, tem também valor terapêutico.

Embora o brinquedo, em si, permita à criança exteriorizar sentimentos, isto não é automaticamente acompanhado por mudança em atitudes.

Segundo Barton in Angelo (1985, p. 219),

*(...) a presença de um adulto aceitador que encoraje a criança a expressar seus sentimentos abertamente, é muitas vezes essencial. Percebe-se igualmente, que as crianças doentes também são ativas e exploram e buscam respostas sobre seu mundo. Devido a isso necessitam de espaço, tempo e material, não importa o quão simples possam parecer. Elas possuem necessidades de participar ativamente, de modo a aprender sobre o mundo no qual estão vivendo. O brinquedo terapêutico não evita que a criança experimente procedimentos dolorosos, mas permite-lhe uma oportunidade para liberar sentimentos de raiva ou hostilidade, provocados pela experiência.*

Viegas in Santos (1997 p. 105) em sua experiência no Hospital Infantil da Fundação de Assistência à Infância de Santo André informa que, *ainda não existem estudos comparativos, sobre a redução do tempo de internação hospitalar com a introdução da sala de recreação, mas afirma, sem dúvida, que a brinquedoteca é um valioso recurso terapêutico.*

D'Antonio in Ribeiro (1998, p.77) também considera *o brinquedo terapêutico benéfico tanto para a criança como para a equipe de enfermagem, pois conhecer o que está sendo manifestado pela criança e responder adequadamente a tais manifestações é prazeroso e promove sentimentos positivos e relaxamento de tensão.*

Para Sanger (1972) in Ribeiro (1988 p.77) *é importante que os profissionais de saúde brinquem com a criança para que, entre outras coisas, ela perceba que estes profissionais não estão sempre relacionados à dor, adquirindo confiança e tranqüilidade, que permitem sua colaboração com o tratamento e os procedimentos clínicos. É necessário utilizar esta capacidade de concentração e desenvolver as habilidades da criança através da atividade que a divirta. O argumento de que “é para o teu bem” não é suficiente para os procedimentos. É preciso, ao brincar, estimular a criança para esse ou aquele exercício. As brincadeiras devem ser escolhidas sem a necessidade de esforço de pensamento. As regras das brincadeiras podem ser adaptadas à ação terapêutica: sentado, usando somente as mãos.*

Hoje, ninguém põe em dúvida os efeitos benéficos das atividades ocupacionais. Ocupação, não significa passar o tempo. Ao contrário, a ludoterapia deve oferecer às crianças, atividades estimulantes, divertidas e enriquecedoras, que tragam ao mesmo tempo calma e segurança.

Se uma criança se sente descontraída e feliz, sua permanência no hospital não será somente, mais fácil, como também, seu desenvolvimento e cura, serão favorecidos. Quanto mais nova for a criança, maior será sua dificuldade em compreender seu abandono. Ela perde a noção de tempo, não entende que sua permanência no hospital tenha duração.

A hostilidade que envolve o contexto hospitalar deve encontrar na recreação, alternativas, capazes de minimizar os impactos da internação na criança.

A recreação hospitalar é vista por Sikilero in Ceccim e Carvalho (1997, p 60) como

*proposta terapêutica, que busca junto à criança enferma, resgatar o seu lado sadio, servindo como agenciamento de criatividade, das manifestações de alegria e do lazer e recriam energia e vitalidade, muitas vezes superando barreiras e preconceitos de que a doença e hospitalização são lugares de solidão, saudade e sentimentos dolorosos.*

Segundo a autora (p.60) *o que estimulou a formação dos serviços de Recreação Infantil em hospitais e instituições na área da saúde é que mesmo a criança, estando hospitalizada, persiste a vontade de brincar, embora o lugar e as possibilidades estejam limitadas e as dificuldades ocasionadas pela doença produzam singularidades incomuns entre as crianças.*

Galvão in Sikilero (1997, p. 61), cita que, *num sentido amplo, o termo recreação terapêutica é usado para descrever experiências e programas que são oferecidos a indivíduos que possuem deficiências temporárias ou não, para sua expressão e para estimulação.*

Pimentel (1999, p.766) também acredita que *a recreação deve se fazer presente dentro de um ambiente hospitalar, pois é um local de criações, recriações e recreações, desde as ações humanas até os procedimentos de intervenções médicas. Apesar de o posicionamento de alguns profissionais que estão dentro de um hospital serem ainda um tanto preconceituoso, pois, a recreação é vista apenas como passatempo.*

No hospital a recreação é possibilitada através do uso dos jogos, brinquedos e brincadeiras, além das histórias (vistas, lidas ou contadas), dos trabalhos manuais (pintura com tinta e lápis, construção de brinquedos com sucata, recorte e colagem), festas, teatro, entre outras atividades.

O brinquedo é uma forma universal de comunicação e é pelo brincar que a criança, recreando, distrai-se, esquecendo da condição de doença e tratamento em que se encontra.

Torna-se, então, essencial alterar o ambiente de tristeza, convertendo-o em um ambiente interessante, convidativo e alegre.

Todas as atividades propostas por nós para as crianças devem permitir que os princípios de diversão, alegria, festa e brincadeira se instalem em contraponto ao stress da internação. Aqui, é fundamental descobrir aquilo que mais interessa a cada criança, o que requer de nós um acervo diversificado de alternativas de jogos, brinquedos e brincadeiras.

Mas, acima de tudo, é necessário que nós conheçamos o significado e o papel do brincar no desenvolvimento infantil que não pára durante a internação.

Nós, somos conscientes que o brincar é para a criança tão importante quanto o sono e a alimentação e para tanto a criança que precisa ser internada em nosso hospital, recebe toda a nossa atenção no tocante o brincar, o recrear, o reorganizar e o se situar dentro do local. Trabalhamos nessa linha de pensamento, sempre respeitando, porém as suas limitações, não deixando de lado suas necessidades e a opções pela brincadeira ou brinquedo desejado.

Muitas crianças hospitalizadas não conseguem verbalizar seus desejos e necessidades. É importante, reconhecer sua capacidade de exprimir através de atividades lúdicas.

A criança normalmente não chega a exprimir o que sente e deseja. Muitas vezes, o brincar com a criança no hospital transforma-se em terapia, pois através da confiança que a criança adquire em quem brinca com ele, pode-se construir pontes de ligações entre a criança e seu médico.

## **2.5. Organização da programação de atividades no ambiente hospitalar**

Embora a atividade lúdica seja consagrada na prática clínica privada, encontramos importante resistência em considerar esta forma de intervenção como tendo valor psicológico no ambiente hospitalar. Por isso, é importante lembrar o significado e a função psicológica do brincar para a criança.

As atividades devem ser as mais variadas possíveis, mesmo porque brincar não deve ser só sob a forma programada e orientada, mas também por solicitação da criança. Alguns aspectos devem ser relevantes na organização de uma

atividade lúdica para pacientes infantis: idade, diagnóstico, fase da doença, estado geral, tempo de permanência e vivências anteriores à hospitalização.

Em um programa de atividades lúdicas a pacientes pediátricos são incluídos jogos, brincadeiras de salão, técnicas de pinturas, de recorte e colagem, modelagem, dobraduras, trabalhos com sucata (lixo limpo) trabalho de construção e montagem, rodas cantadas, histórias e dramatização.

O planejamento das atividades não é tarefa simples. Os profissionais que desenvolvem atividades lúdicas, responsabilizam-se pelo planejamento e execução das tarefas em perfeita consonância com as orientações, rotinas e demais atendimentos a que estão submetidas às crianças internadas, adaptando cada situação ao estado de enfermidade de cada uma.

Sikilero in Ceccim e Carvalho (1997, p.60) propõe que

*(...) um programa de recreação precisa ser variado para oportunizar à criança diversas atividades. As condições clínicas de cada criança exigem flexibilidade na programação de atividades diárias. O oferecimento deve ser amplo, como amplo é o interesse das diversas faixas etárias. Não é fácil encontrar um padrão de atitudes gerais que atenda as diversas necessidades e exigências. Nem existem fórmulas e receitas para cada situação, pois cada ser humano é único e tem suas necessidades próprias e diferentes em diferentes momentos.*

O plano não deve ser prefixado, deve ser feito quase que individualmente, atendendo à idade, à doença e às necessidades da criança.

Sikilero in Ceccim e Carvalho (1997, p.62) diz que é importante *brincar não só sob a forma programada e orientada, mas também por simples solicitação da criança.*

Otake, in Santos (2000, p.116) conclui

*(...) através do Projeto Brinquedoteca Hospitalar do setor de pediatria do Hospital de Base de Bauru que os procedimentos básicos utilizados incluem atividades lúdicas de caráter livre e dirigido. Destaca atividades ligadas às artes plásticas como: desenho livre e dirigido a temas específicos; pintura, modelagem, recortes dobraduras e outras modalidades de trabalho como: materiais plásticos, contar histórias infantis, dramatização; teatro de fantoches, jogos e brincadeiras individuais e coletivas, dentre outros.*

Muitos recreacionistas se utilizam, também, da sucata doméstica e hospitalar com ênfase no brinquedo construído pela criança. O material deve ficar exposto e ter acesso fácil. Para a utilização destes materiais é necessário uma sala de jogos equipada com armários e bancos, mesas e cadeiras adequadas para as crianças.

Na rotina diária destas crianças, existe a cautela por parte dos profissionais que desenvolvem atividades na Pediatria, de não impor atividades específicas. São propostos trabalhos, jogos ou brincadeiras, com a devida atenção às limitações e à realidade dos pacientes, pois o que é obrigatório e metódico não é visto como algo prazeroso, sendo associado ao uso de medicamentos, aos exames e a uma infinidade de procedimentos que regem o ambiente hospitalar.

Para delinear nossa proposta de intervenção lúdica junto às crianças enfermas pensamos que:

1. Brinquedo é definido como o objeto do brincar e não sua origem. Assim, Benjamim (1984) alerta que *acreditava-se erroneamente que o conteúdo imaginário do brinquedo determinava a brincadeira da criança, quando, na verdade, dá-se o contrário* (p. 69). Desta forma, o brinquedo tem seu valor como "instrumento" de brincar e, se for muito atraente e uma imitação fiel da realidade viva, perde seu valor de objeto de criação.

2. Brincadeira relaciona-se com o conteúdo, com o resultado do brincar.

3. Brincar refere-se ao processo de criação, correlacionando-se com a relação, ou melhor, é algo que surge na relação intersubjetiva.

4. Espaço, onde pode surgir o brincar, não se trata de um lugar determinado, mas da própria relação intersubjetiva.

Para que o processo de brincar possa ocorrer, é necessário um espaço em que se apresentem para as crianças os brinquedos próprios daquela cultura e adequados para a faixa etária da criança e, de preferência, conte com a presença de um adulto que valorize o processo de brincar ao invés do produto ou do objeto do brincar.

É deste espaço que se ocupa esta pesquisa: o lúdico no hospital pode ser este espaço em que o brincar acontece.

Então, pensamos o brincar como o processo básico de criação, próprio da natureza humana e constituinte da identidade pessoal.

Grolnick (1993) diz que *a vida bem sucedida dá-se entre a realidade e a fantasia, no mundo ilusório*. Informa, ainda, que a palavra "ilusão" vem do latim "ludere" que significa "brincar" (p.43).

Para Winnicott (1975), ilusão é o processo que ocorre no conjunto mãe-bebê no início da vida. A mãe que se identifica com seu bebê permite que o bebê crie a ilusão de que está criando a mãe, ou seja, começa a criar o objeto de sua necessidade. Este autor chama este "objeto", fruto da ilusão ou criação de "objeto subjetivo", estando aí o germe do potencial criativo.

A mãe, por sua vez, adequa-se às necessidades de seu bebê, mas também conserva seu estilo de ser e apresenta para o bebê o meio ambiente e a cultura. É nesta relação intersubjetiva, que começa a se constituir o self da criança, organizando essas experiências.

Possibilitada a "ilusão", funda-se a base para se constituir o que Winnicott (1975) chama de "objeto transicional", algo que representa a relação com a mãe na ausência dela. É o primeiro brinquedo da criança e é, por princípio, paradoxal, pois representa "uma separação que não é uma separação, mas uma forma de união", por exemplo, o "ursinho de pelúcia" que é, ao mesmo tempo, a mãe e a criança para o bebê, ou seja, representa sua relação com a mãe. Portanto, no objeto transicional, no primeiro brinquedo, tem-se o fundamento da possibilidade simbólica. As outras criações simbólicas que continuam a existir durante toda a vida, Winnicott nomeia de "fenômenos transicionais".

O objeto transicional e os fenômenos transicionais ocorrem *numa área neutra de experiência, que não é contestada*. É o *espaço potencial*, uma zona intermediária entre o interno e o externo ou compartilhado, constitui a terceira área de experiência, referindo-se a toda criação humana no decorrer de toda vida, a *experimentação intensa que diz respeito às artes, à religião, ao viver imaginativo e ao trabalho criador* (Winnicott, 1975, p.30).

Afinal, este é o "lugar" onde vivemos a maior parte do tempo. Então, o brincar é o protótipo dos fenômenos transicionais, isto é, da experiência criativa e cultural. E é disto que nos ocuparemos na proposta de intervenção lúdica.

Também Erik Erikson coloca o brincar como a possibilidade de *alucinar o domínio que o eu exerce e, apesar disso, exercitá-lo, em uma realidade intermediária entre a fantasia e a verdadeira realidade* (1971, p.194). Este autor acrescenta que é só nesta *área estreita dentro da qual nosso ego poderá sentir-se superior à limitação do espaço e do tempo e ao caráter definitivo da realidade social...*(p.197).

Do ponto de vista do ambiente, a viabilização deste espaço potencial criativo, necessita de uma sustentação por parte do adulto. É imprescindível a presença de um adulto "fidedigno", aquele que desperte confiança. Para Winnicott, este espaço de confiança em que o ser verdadeiro pode se manifestar é um "espaço sagrado". Além disso, o brincar e o criar exigem um estado de relaxamento ou repouso, pois para ser criativo, *o brincar tem que ser espontâneo, e não submisso ou aquiescente* (Winnicott, 1975, p.76).

Assim, pode-se resumir as seguintes propriedades do brincar :

- satisfação;
- elaboração imaginativa das funções corporais;
- envolve concentração da criança;
- manipulação do externo a serviço do "sonho";
- precariedade própria da situação paradoxal.

Winnicott (1994, p.50) destaca a função vital na administração da agressão e da destrutividade, afinal *o brinquedo pode ser destruído e restaurado; sujo e limpo; morto e trazido de volta à vida.*

Enfim, entendendo o intelecto como coroamento da integração psicossomática, o brincar criativo viabiliza a cognição e aprendizagem verdadeiras e não reativas.

Erikson (1971) prioriza a função do brincar na constituição da identidade pessoal, permitindo "realizações autênticas" com poder revitalizante. Coloca ainda que pode-se perceber no desenvolvimento da criança três tipos de "jogo" (usa essa palavra no sentido que atribuímos a brincar).

O primeiro dá-se na autoesfera ou no domínio autocósmico, pois o brincar da criança se centraliza no próprio corpo, antes mesmo que suas atividades se denominem como "brincar".

Em seguida, a criança "passa a um pequeno mundo de brinquedos", em que ela se refugia. É a microesfera. Quando esta etapa tem sucesso, a criança pode ter o prazer de controlar os brinquedos e de dominar seus possíveis "traumas". Se isto não ocorre, a criança regride para a autoesfera, por exemplo, através da sucção do polegar.

Finalmente, o brincar chega a macroesfera, ou seja, ao mundo compartilhado em que a criança é capaz de brincar com os outros.

No entanto, o jogo solitário mantém-se como porto seguro, quando o ego se sente ameaçado. Podemos pensar que, em situações de crise, como a de doença e hospitalização, a criança necessite retomar, por vezes, o jogo solitário para poder dominar esta nova experiência perturbadora e integrá-la em seu ego.

Um ponto fundamental para a nossa pesquisa é a função diagnóstica da situação lúdica. Assim, Winnicott (1994) alerta para o fato de que pode se suspeitar que algo não vai bem com a criança quando ela é incapaz de brincar. Aponta, ainda, que através do brincar podem ser observados índices "psicopatológicos", como por exemplo, estereotipia nos padrões ou sensualização da brincadeira. Erikson (1971) explica que a emoção pode se intensificar de tal forma que acarrete um fracasso da conduta lúdica, que o autor denomina "desagregação do jogo".

Para concluir, é útil enfatizar o papel terapêutico do brincar que pode ser deduzido do lugar que o brincar ocupa na constituição psíquica da criança. Erikson (1971) salienta que o jogo *é a medida autocurativa mais natural que a infância se permite* (p.204). Também Winnicott (1975) admite que o *brincar em si mesmo é uma terapia* e, importante, dispensa interpretação.

### 2.5.1. Os cuidados na realização das atividades lúdicas no ambiente hospitalar

Quando pensamos na atividade lúdica no ambiente hospitalar, logo pensamos nos brinquedos que vamos utilizar com a criança. Isto porque, neste ambiente, como sabemos há um grande índice de infecção hospitalar.

Conforme Artigo da revista de Pediatria, (Vol15, nº2, Junho de 1997, p.77)

*(...) as infecções hospitalares continuam a ser um grave e importante problema de saúde pública no Brasil e apenas 10% dos seis mil hospitais brasileiros possuem comissões de controle de infecção hospitalar, obrigatório em todo o território nacional desde a entrada em vigência da portaria 196, do Ministério da Saúde, do ano de 1983.*

O controle de infecção hospitalar refere-se a todas as medidas que podem ser tomadas dentro de uma instituição hospitalar, não somente em relação aos pacientes que auxiliem a reduzir a incidência e a gravidade desta infecção às menores taxas possíveis.

Algumas infecções hospitalares são inevitáveis, na maioria dos casos são provocadas por bactérias.

Quando crianças imunodeprimidos ou com risco de transmissão infecto-contagiosa, o deslocamento fica restrito ao quarto, são privadas do convívio de outras na sala de recreação, mas não dos benefícios das atividades recreativas, que são realizadas no próprio quarto, respeitando-se os cuidados necessários de assepsia e de intensivismo pediátrico (UTI), geralmente as crianças encontram-se em estado mais debilitado, as atividades oferecidas são de estimulação auditiva e visual, através de música, histórias contadas, imagens e jogos calmos.

Foi realizado um estudo no Hospital Universitário São Francisco de Paula sobre as infecções e o resultado foi surpreendente e otimista. O brinquedo pode ser contagioso sim, e a observação que ocorre na sala de recreação o comprova. Mas o contágio é de alegria, de divertimento, pois a criança doente é capaz de demonstrar seu desejo de brincar, de tentar vincular-se com as pessoas à sua volta e com o ambiente a

partir de um pequeno estímulo: a ida à sala, local adequado, e a visualização das inúmeras possibilidades de brincadeiras.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar através de uma série de medidas e procedimentos, ampliou a possibilidade de atividade para crianças fazendo com que muitas pudessem sair do isolamento sem o perigo de contrair ou transmitir infecção.

*No hospital se permite, atualmente, que a criança se relacione ao máximo com outros pacientes. Esta oportunidade de conviver intelectualmente ou fisicamente com seus companheiros é conseguida na sala de recreação (Galvão, 1984, p.100).*

É necessário um cuidado básico em relação às infecções hospitalares dentro da sala de recreação pela manipulação dos brinquedos.

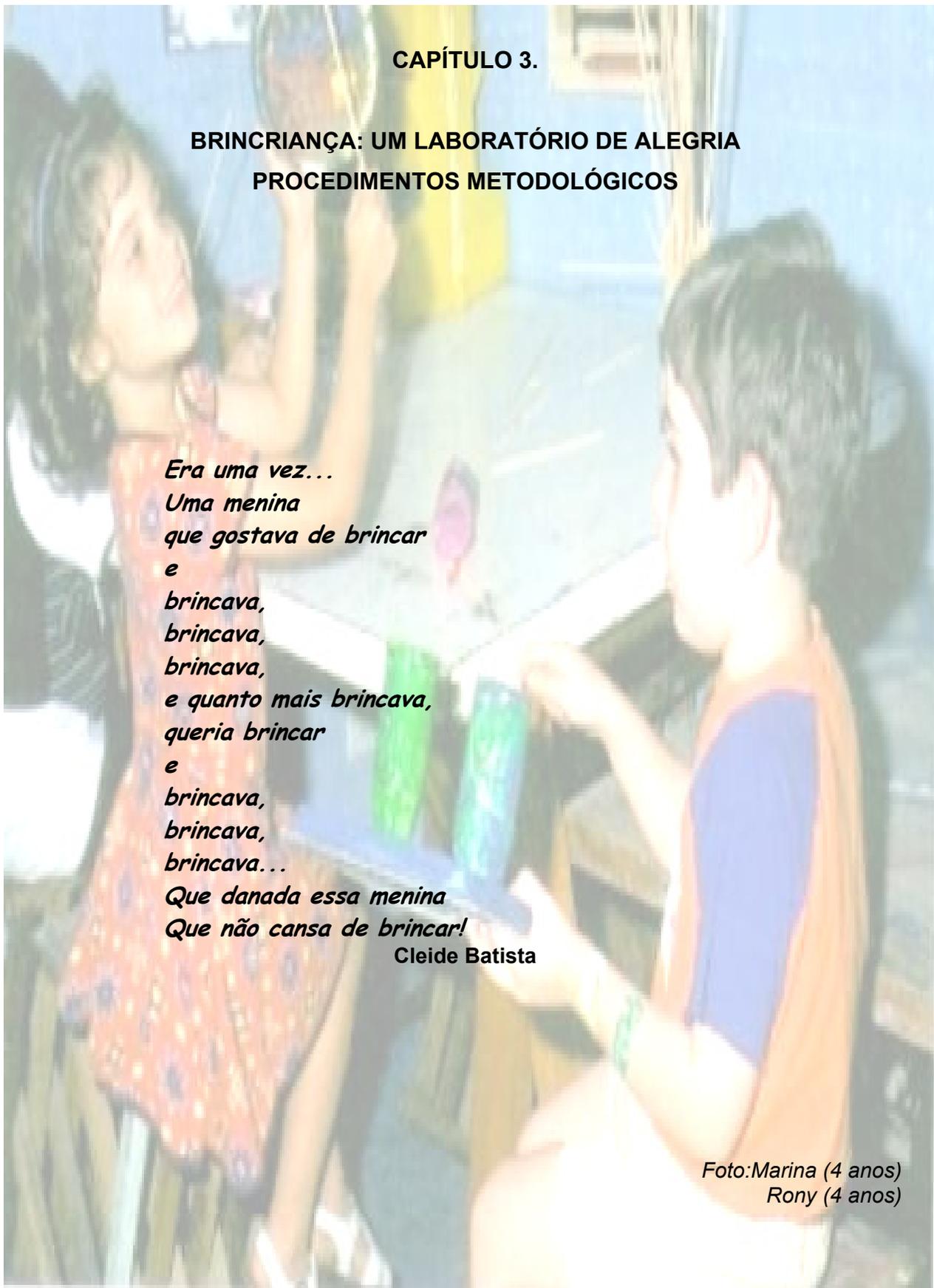
Como vimos são necessários muitos cuidados para que não haja contaminação hospitalar, até mesmo na sala de recreação, onde as providências também se fazem necessárias a fim de extingui-las, para que deixemos somente a contaminação de alegria tomar conta desse ambiente tão importante e que se faz imprescindível às crianças nesse contexto.

**CAPÍTULO 3.****BRINCRANÇA: UM LABORATÓRIO DE ALEGRIA  
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

*Era uma vez...  
Uma menina  
que gostava de brincar  
e  
brincava,  
brincava,  
brincava,  
e quanto mais brincava,  
queria brincar  
e  
brincava,  
brincava,  
brincava...  
Que danada essa menina  
Que não cansa de brincar!*

**Cleide Batista**

*Foto: Marina (4 anos)  
Rony (4 anos)*



## **CAPÍTULO 3. BRINCRIANÇA: UM LABORATÓRIO DE ALEGRIA - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **Local da pesquisa**

Este estudo foi desenvolvido na Organização Viver<sup>12</sup> e através da mesma no ICL (Instituto do Câncer de Londrina/Paraná). Esta ONG Viver faz um trabalho de apoio às crianças e aos adolescentes internados e em tratamento no ICL.

### **Criança: sujeito da pesquisa**

Os sujeitos da pesquisa são crianças entre 18 meses a 6 anos de idade, período caracterizado por Piaget como das representações.

São crianças de nível sócio-econômico baixo, procedentes de zonas urbanas e rurais da região de Londrina, como também, dos demais municípios do Norte do Paraná. Geralmente, oriundas de ambientes pouco estimulantes e famílias com pouca ou nenhuma capacidade criativa para transformar objetos cotidianos em agentes estimuladores do desenvolvimento infantil. Somando-se a tudo isso, as crianças chegam com condições de debilidade física que altera a sua capacidade de interagir com o meio hospitalar.

A princípio atendemos todas as crianças sem distinção, mas somente uma criança foi escolhida para o estudo de caso.

A amostra, então, constituiu de uma criança e sua acompanhante, obedecendo os seguintes critérios de seleção:

- ter idade entre 18 meses a 6 anos, período caracterizado por Piaget como das representações;
- ter como diagnóstico: câncer;

---

<sup>12</sup> A Organização VIVER foi fundada pelos voluntários que atuavam há vários anos no ICL (Instituto do Câncer de Londrina). É uma entidade sem fins lucrativos, político-partidária ou religiosa, cujo objetivo principal é suprir as necessidades das crianças e adolescentes internados e em tratamento, além de suas famílias. O atendimento é voltado para pacientes atendidos pelo SUS, sem convênio médico, o que indica que geralmente as famílias são de baixo poder aquisitivo, quando não, extremamente pobres.

- estar consciente e em bom estado geral;
- tempo médio de permanência e internação da criança;
- aceitar participar das sessões de brinquedo terapêutico.

Esta escolha foi realizada de acordo com a participação da criança que apresentou um maior envolvimento com a proposta por nós delineada.

O sujeito do estudo de caso é do sexo feminino, com idade de 5 anos. J. (5a) foi o pseudônimo escolhido para que não houvesse exposição do mesmo. J. (5a) mora numa cidade do Norte do Paraná e frequenta a ONG Viver semanalmente, todas as terças-feiras, para continuidade do tratamento. A intervenção foi realizada, em sua maioria, no Hospital do Câncer e esporadicamente, na ONG Viver.

## **Metodologia**

A abordagem qualitativa de pesquisa como opção metodológica para este estudo centra-se naquilo que se considera uma abordagem ou construção etnográfica, no âmbito do paradigma interpretativo-compreensivo, o que permite, pelo detalhe, observação e minúcia, aproximarmo-nos do objeto de estudo, ou das suas significações manifestas privilegiando o olhar, a descrição e a interpretação do fluxo do discurso, ao invés de metodologias mais quantitativas.

O objetivo será verificar, através de observação participante, os efeitos do jogo simbólico na criança enferma. A observação participante permite o investigador se inserir no grupo a ser estudado e se envolver com os seus elementos em situações comuns, atingindo um clima de convivência e de interação.

O uso desta abordagem de pesquisa fundamenta-se sobretudo por um contato direto e privilegiado do pesquisador com os sujeitos, permitindo assim, que sejam reconstruídos os processos e as relações que configuram a experiência cotidiana entre as crianças e jogo simbólico. A aproximação torna-se suficiente, através da observação participante, para compreender os mecanismos de construção das

---

explicações dos fatos vivenciados durante a internação através da projeção da criança no brinquedo. Isto significa colocar uma lente de aumento na dinâmica das relações e interações manifestas da atividade da criança na brincadeira simbólica, apreendendo modos e processos presentes nas interações estabelecidas, na tentativa de compreender o papel e a atuação do jogo simbólico como um agente reorganizador, onde ações, relações e conteúdos possam ser construídos, negados, desconstruídos ou modificados.

Optamos pela realização de atividades lúdicas propostas por nós para observar as representações realizadas pelas crianças durante as atividades.

Durante a realização das atividades com as crianças que ficam na enfermaria do hospital e na ONG Viver procuramos conversar informalmente com a criança e a mãe e/ou acompanhante sobre: se as crianças gostavam de brincar; do que elas mais gostavam de brincar; qual brinquedo elas mais gostavam; se gostavam de ouvir histórias, enfim, perguntas a respeito do lúdico, e por fim, as convidamos para brincar.

Em todas as atividades propostas por nós, aconteceu também a participação da mãe, que para nós é muito importante porque permite-nos observar como se dá à relação dela com sua criança.

### **Coleta de dados**

Na pesquisa qualitativa existe uma preocupação em dar uma credibilidade aos dados, uma vez que eles surgem da subjetividade, assim recomenda-se o uso da técnica de triangulação. Esta conduta consiste em comparar dados obtidos de diferentes fontes, a partir do uso concomitante de técnicas de abordagem e modalidades de análise diversificadas, investigando o fenômeno sob diferentes perspectivas, para que se tenha uma visão mais completa a seu respeito.

Com base no fato de que é impossível a existência isolada de um fenômeno social sem raízes históricas, significados culturais e desvinculado da realidade social, a triangulação visa abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo.

Para conhecer melhor a criança que participou de nosso estudo e ter uma compreensão mais detalhada dos conteúdos que emergem nas brincadeiras, utilizamos três procedimentos para coleta de dados, considerados por Alves (1991), os principais instrumentos em pesquisa qualitativa: a observação, a entrevista e a análise de documentos.

## **A observação**

Desempenhando um papel importantíssimo nas diferentes etapas da pesquisa, a observação é sempre utilizada na coleta de dados, associada a outras técnicas ou como único procedimento de coleta. Como principal vantagem em relação às demais técnicas, possibilita perceber os fatos diretamente, sem qualquer intermediação, tendendo a se reduzir a subjetividade que permeia todo o processo de investigação social.

A observação para Gil (1994), pode ser estruturada, semi-estruturada ou não estruturada, dependendo dos demais meios utilizados, podendo ainda ser classificada em participante e não participante, conforme o grau de envolvimento do pesquisador.

Entendemos que o brincar é um processo de interação da criança consigo mesma e com o ambiente que a cerca, no qual podemos incluir o pesquisador, assim ao nosso ver, a observação participante pareceu ser a mais indicada em nosso estudo.

No estudo, a criança foi observada enquanto brincava, além de incluirmos no estudo de caso, todo o repertório comportamental observado durante a brincadeira.

Foi, ainda realizada uma entrevista com a acompanhante, antes de iniciar a observação da criança, bem como, as visitas frequentes à unidade pediátrica. Também foram realizadas brincadeiras informais engendradas por mim para promover uma familiarização gradual entre o sujeito do referido estudo.

As observações (ANEXO D) foram descritas ponto a ponto, através de fichas, como também, foi utilizado um gravador para registrar as falas da criança e do

pesquisador. Pensando numa maior fidedignidade na transcrição dos dados observados, pensamos ser estes dois meios foram bastante eficazes para o registro dos mesmos.

## **A entrevista**

A entrevista pode apresentar-se sob diferentes formas, desde as modalidades mais estruturadas, em que há maior predeterminação das respostas a serem obtidas, até as menos estruturadas, desenvolvidas de maneira espontânea e não sujeitas a um esquema ou roteiro previamente estabelecido.

Em estudos qualitativos, para Alves (1991), as entrevistas são geralmente pouco estruturadas, conduzidas como uma conversa, ao invés de uma abordagem formal. Entretanto, os principais aspectos a serem focalizados devem ser estabelecidos, onde o sujeito discorra livremente sobre o assunto.

Pensamos assim que a entrevista semi-estruturada nos possibilitaria obter informações junto a acompanhante sobre a vida da criança antes da hospitalização atual, como se relacionava com a família antes do diagnóstico da doença e posterior ao mesmo. Avaliamos, ainda, o conhecimento da criança e familiares acerca do seu problema e de suas expectativas para o futuro, como também, a percepção dos familiares em relação ao comportamento da criança durante a permanência no hospital.

Na entrevista semi-estruturada, os questionamentos são direcionados por uma relação de pontos de interesse ordenados e que se interrelacionam. O entrevistado fala livremente e o pesquisador faz poucas perguntas, só intervindo caso o informante afaste-se do foco da questão, tomando o cuidado para fazê-lo sutilmente, a fim de preservar a espontaneidade do processo.

A entrevista (ANEXO B) envolve sempre uma situação de interação social e, por isso, as informações fornecidas pelos sujeitos podem ser intensamente influenciadas pela natureza de suas relações com o entrevistador. Atenção especial deve ser dada à abordagem inicial, engendrando-se uma conversação amistosa e descontraída sobre algum tema de interesse do entrevistado, antes de começar a entrevista propriamente dita.

Na bordagem qualitativa, mais importante que os instrumentos é a atuação do investigador. E, no caso da entrevista, o envolvimento entre ele e o sujeito, ao invés de ser considerado indesejável por comprometer a objetividade como em outras abordagens metodológicas, possibilita o estabelecimento de uma intersubjetividade mais profunda, contemplando o afetivo, o contexto do cotidiano, as experiências e a linguagem comum, que é condição básica para o êxito da pesquisa qualitativa.

### **Análise Documental**

A análise documental tem o propósito de armazenar os dados, organizando-os de tal forma que possibilite ao pesquisador obter o máximo de informações, com o máximo de pertinência.

Para nossa pesquisa, o prontuário (ANEXO C) constituiu uma fonte de dados. Através da consulta ao prontuário da criança, levantamos, informações relacionadas à história de vida da criança, desde o momento do diagnóstico da doença até a situação clínica atual. Ainda, constava nos prontuários, os pareceres (registros) de todos os profissionais das diferentes categorias da equipe multidisciplinar.

Esses dados são importantes para validar informações colhidas na entrevista com o acompanhante da criança e na observação da brincadeira, contribuindo assim, para esclarecer alguns significados ou conceitos que possam em algum momento parecer confusos ao pesquisador, além de fornecer informações necessárias e indispensáveis para a programação das intervenções a serem realizadas.

### **Procedimentos da coleta de dados**

A coleta de dados iniciou após a aprovação da diretoria da ONG Viver onde foi realizada a pesquisa.

Da visita, nos foi apresentado todo espaço e nos dada liberdade para interagirmos com as crianças que ali freqüentavam, como também, a viabilização de visitarmos as crianças em seus períodos de internação. Convesarmos, muitas vezes,

com a equipe de saúde sobre a doença e tratamento, como também, sobre os remédios ministrados às crianças e seus efeitos colaterais, pois durante a observação participante, a criança ao brincar com a boneca, falou do tratamento, dos remédios tomados, do que sentiam etc.

## **Instrumentos**

Para realizar a intervenção junto ao sujeito escolhido para o estudo de caso buscamos classificar os jogos que mais se adequariam ao que nos propusemos em nossa pesquisa. Para verificarmos os efeitos do jogo simbólico na criança hospitalizada tivemos o cuidado de selecionarmos as atividades, que serão descritas no Capítulo 5 da pesquisa, no que diz respeito à estrutura e característica dos brinquedos e dos materiais sugeridos.

O nosso intento é apontar com tal proposta as várias situações possíveis de brincar para o enriquecimento de habilidades das crianças.

Outra preocupação que tivemos na seleção das atividades lúdicas, diz respeito à estrutura e característica dos brinquedos e dos materiais sugeridos, pois como a firma Garon (1996, p 175) que o *brinquedo não deve ser um fim; deve ser, antes de tudo, um objeto que possa ajudar, facilitar e agir favoravelmente sobre certas etapas do desenvolvimento da criança.*

Utilizamos o sistema ESAR<sup>13</sup> para destacar os diferentes tipos de atividades lúdicas por nós propostos e as capacidades por eles explorados.

*Para compreender bem um objeto do jogo e para perceber a evolução do jogo em si mesmo, é necessário ligar as características materiais dos objetos àquelas fundamentais, do saber jogar, sendo estes dois aspectos indissociáveis um do outro (Garon, 1996, p. 176).*

---

<sup>13</sup> O Sistema ESAR foi elaborado por Denise Garon no Canadá, inspirado na abordagem Piagetiana. É um instrumento de classificação e de análise do material de jogos e brinquedos. Seu método de classificação tem como objetivo analisar os objetos para melhorar a escolha que deles se faz e para melhor compreender a criança que brinca.

De acordo com Garon (1996), a palavra ESAR<sup>14</sup> é composta a partir da 1ª letra E que corresponde ao jogo de exercício; S para jogo simbólico, A para jogo de acoplagem ou construção e R para jogo de regras simples e complexas.

A importância da referida classificação e dos subtipos de jogos a ela associada está nas analogias que se pode fazer com o desenvolvimento de processos cognitivos, habilidades funcionais, lingüísticas, sociais e afetivas, conforme o modelo que apresentamos no quadro a seguir. Como em nosso trabalho enfocamos o período das representações, nos deteremos a este.

**QUADRO 13 A. Sistema ESAR e Desenvolvimento de Habilidades Cognitivas, Funcionais, Lingüísticas e Afetivo-Sociais**

<b>ATIVIDADES LÚDICAS</b>	<b>CONDUTAS COGNITIVAS</b>	<b>HABILIDADES FUNCIONAIS</b>
<b>1. Jogo de exercício</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jogo Sensorial sonoro</li> <li>• Jogo Sensorial visual</li> <li>• Jogo Sensorial tátil</li> <li>• Jogo Sensorial olfativo</li> <li>• Jogo Sensorial gustativo</li> <li>• Jogo Motor</li> <li>• Jogo de Manipulação</li> </ul>	<b>1. Conduta Sensório-motora</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repetição</li> <li>• Reconhecimento</li> <li>• Generalização Sensório-motora</li> <li>• Jogo Sensorial olfativo</li> <li>• Raciínio prático</li> </ul>	<b>1. Exploração</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepção visual</li> <li>• Percepção auditiva</li> <li>• Percepção tátil</li> <li>• Percepção gustativa</li> <li>• Percepção olfativa</li> <li>• Referenciação visual</li> <li>• Referenciação auditiva</li> <li>• Preensão</li> <li>• Deslocamento</li> <li>• Movimento Dinâmico de espaço</li> </ul>
<b>2. Jogo de Simbólico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jogo de faz-de-conta</li> <li>• Jogo de papéis</li> <li>• Jogo de representação</li> </ul>	<b>2. Conduta simbólica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evocação Simbólica</li> <li>• Ligação Imagem-palavra</li> <li>• Expressão verbal</li> <li>• Pensamento representativo</li> </ul>	<b>2. Imitação</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reprodução de ações</li> <li>• Reprodução de objetos</li> <li>• Reprodução de acontecimentos</li> <li>• Reprodução de papéis</li> <li>• Reprodução de modelos</li> <li>• Reprodução de palavras</li> <li>• Reprodução de sons</li> <li>• Aplicação de regras</li> <li>• Atenção Visual</li> <li>• Atenção auditiva</li> </ul>

<sup>14</sup> Garon (1996) esclarece que embora o Sistema ESAR tenha sido inspirado na abordagem Piagetiana, outras influências teóricas explicam e justificam igualmente a sua estrutura atual.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discriminação visual</li> <li>• Discriminação auditiva</li> <li>• Discriminação tátil</li> <li>• Discriminação gustativa</li> <li>• Discriminação olfativa</li> <li>• Memória visual</li> <li>• Memória auditiva</li> <li>• Memória tátil</li> <li>• Memória gustativa</li> <li>• Memória olfativa</li> <li>• Coordenação olho-mão</li> <li>• Coordenação olho-pé</li> <li>• Orientação espacial</li> <li>• Orientação temporal</li> <li>• Organização espacial</li> <li>• Organização temporal</li> </ul>
--	--	---

Fonte: Baseado em Garon (1996)

**QUADRO 13 B. Sistema ESAR e Desenvolvimento de Habilidades Cognitivas, Funcionais, Lingüísticas e Afetivo-Sociais**

<b>ATIVIDADES SOCIAIS</b>	<b>HABILIDADES DE LINGUAGEM</b>	<b>CONDUTAS AFETIVAS</b>
<b>1.Atividade Individual</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividade solitária</li> <li>• Atividade paralela</li> </ul>	<b>1.Linguagem receptiva oral</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discriminação verbal</li> <li>• Emparelhamento verbal</li> <li>• Decodificação verbal</li> </ul>	<b>1.Confiança</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não diferenciação</li> <li>• Sorriso como resposta social</li> <li>• Apego a um objeto transicional</li> <li>• Angústia face ao desconhecido</li> </ul>
<b>2.Participação coletiva</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividade associativa</li> <li>• Atividade competitiva</li> <li>• Atividade cooperativa</li> </ul>	<b>2.Linguagem produtiva oral</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expressão pré-verbal</li> <li>• Reprodução verbal de sons</li> <li>• Nomeação verbal</li> <li>• Seqüência verbal</li> <li>• Memória fonética</li> <li>• Memória semântica</li> <li>• Memória léxica</li> <li>• Consciência da linguagem</li> <li>• Reflexão sobre a língua</li> </ul>	<b>2.Autonomia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciência do não</li> <li>• Consciência do corpo</li> <li>• Reconhecimento de si próprio</li> </ul>

Fonte: Baseado em Garon (1996)

De acordo com Garon (1996) o Sistema ESAR pode ser utilizado sempre que houver necessidade de fazer uma análise ou classificação de um determinado brinquedo. Ela enfatiza que

*uma análise cuidadosa do material lúdico não modifica em nada o desenvolvimento natural da criança, mas dá apoio ao observador na compreensão do mundo lúdico. Através do jogo a criança vive intensamente. Qualquer que seja a escolha do adulto, a criança é a primeira interessada e fica sempre livre de brincar com que ela quer e como quer (Garon, 1996).*

Na delineação do programa de intervenção com as crianças hospitalizadas realizamos uma análise cuidadosa na escolha dos jogos, brinquedos e livros para através destes compreender e verificar como a criança constrói a explicação das coisas através da fabulação presente no jogo simbólico. Dentre os jogos, brinquedos e brincadeiras descritos no Capítulo 5, deixamos a criança, sujeito da pesquisa, sempre livre para brincar com o que ela queria e como queria (Garon, 1996). Durante a intervenção, muitos bonecos participaram da brincadeira, jogos e brinquedos, mas a criança, sujeito da pesquisa escolheu ou elegeu, se assim podemos dizer, três brinquedos que fizeram parte de todo estudo de caso. Desta forma, os brinquedos escolhidos foram:

- Boneca e bolsa com roupas variadas
- Boneco e mochila com roupas variadas
- Bolsa com aparelhos utilizados no hospital

## Brinquedo 1: Boneca e bolsa com roupas

### 1.1. Material

- Boneca

**FIGURA 1. Boneca e bolsa**



- Bolsa com roupas variadas: macacão, vestido, calcinha, sapatos e roupa de hospital

**FIGURA 2. Boneca: vestimentas e bolsa**



- Boneco

**FIGURA 3. Boneco e mochila**



- Mochila com roupas variadas: macacão, camisa, cueca, shorts, camiseta, sapatos e roupa de hospital

**FIGURA 4. Boneco: vestimentas e mochila**



## 1.2. Procedimento

A boneca aparece conversa com a criança (como fantoche) até que a criança a pega, manuseia, observa suas características peculiares (uso de peruca, corte na barriga onde pode se abrir e ver seus órgãos).

## 1.3. Possibilidades de ações observáveis

- não perceber que a boneca usa peruca
- perceber que a boneca usa peruca
- atribuir uma causa ao uso da peruca pela boneca
- imitar
- brincar com a boneca

## 1.4. Avaliação

### 1.4.1. Presença ou ausência dos sistemas de esquemas motores secundários

- despir
- vestir
- fechar
- colar

### 1.4.2. Presença dos sistemas lógicos

- correspondência: percepção das semelhanças e diferenças
- retorno empírico
- início de reversibilidade: tirar as roupas da boneca e colocá-las em seguida na mesma ordem
- noção espacial - ordem direta e inversa

### 1.4.3. Construção da noção de causalidade

- explicar por que a boneca usa peruca

### 1.4.4. Brincadeira simbólica

- brincar com a boneca de mamãe e filhinha, dar banho, vestir

### 1.4.5. Atividade Perceptiva

- reparar que a boneca usa peruca, tem corte na barriga

### 1.4.6. Aspectos sociais e afetivos do conhecimento

- descentração: sabe colocar-se no lugar do outro
- gosta ou não gosta da boneca, trata-a com carinho, faz “pouco caso”
- só faz o que lhe é pedido ou sugerido, não inventa nada, inicia uma dramatização, imagina uma história

## Brinquedo 2: Bolsa com aparelhos utilizados no hospital

### 1.1. Material

- Bolsa com aparelhos utilizados no hospital

**FIGURA 5. Bolsa e aparelhos utilizados no hospital**



### 1.2. Procedimento

Apresentamos a bolsa como outra qualquer para a criança até que ela a pega, manuseia, observa os instrumentos que estão no seu interior (seringa, medidor de pressão, termômetro, bomba de oxigênio, aparelho para ouvir o coração, soro)

### 1.3. Possibilidades de ações observáveis

- não perceber os instrumentos
- perceber os instrumentos
- atribuir a utilidade dos instrumentos
- imitar
- brincar com os instrumentos

### 1.4. Avaliação

#### 1.4.1. Construção da noção de causalidade

- explicar para que servem os instrumentos

#### 1.4.2. Brincadeira simbólica

- brincar com os instrumentos de médico ou enfermeira

#### 1.4.3. Aspectos sociais e afetivos do conhecimento

- gosta ou não gosta da bolsa com os instrumentos





## CAPÍTULO 4. BRINCRIANÇA: O SIMBÓLICO NO ESPAÇO HOSPITALAR - UM ESTUDO DE CASO

### A história de J.C.G. (5a)

#### Pensamento mágico: dando lugar ao real

*Uma criança de quatro anos da Costa Oeste pediu que eu escrevesse um livro para crianças. Quando eu hesitei, dizendo que eu não sabia o que escrever, ela disse: Eu posso lhe dizer o que escrever. Escreva sobre por que eu vou ao médico. Ela parou e olhou-me seriamente. O que os médicos procuram? Você está apenas procurando o que eu tenho de ruim? (BRAZELTON, 2003, p.91)*

Durante toda sua experiência profissional, Brazelton (2003) percebeu pela primeira vez por que as crianças são muito vulneráveis durante uma visita de rotina ao médico. Nenhuma dor, nenhum exame invasivo poderia comparar-se aos medos e às fantasias da criança do que o médico poderia encontrar. Entre esses medos está freqüentemente a própria preocupação da criança de que o médico “descubra algo ruim”.

J. (5a) descobriu que tinha leucemia há 4 meses atrás, e desde então, faz tratamento semanalmente no Hospital do Câncer.

A mãe conta que tudo começou assim...

*J. (5a) é uma menina que gosta muito de brincar. Certo dia apareceu em casa com umas manchas roxas pelas pernas. Pensei que J. (5a) tivesse caído da bicicleta porque as manchas começaram a aparecer na semana em que ela a ganhou. De início, então, achei normal. Qual a criança que não tem manchas pelas pernas. Quem brinca bastante, cai, machuca e as manchas podem ser conseqüências disto, mas as manchas não desapareciam e pelo contrário, surgiam mais e mais pelo corpo. J. (5a) começou a reclamar de dores nas pernas e barriga. Levei J. (5a) para fazer exame e foi diagnosticado Leucemia. Era quatro de abril. A partir daí começamos o tratamento. J. (5a) sabe o que ela tem, pois nunca escondi a verdade, mas eu acho que ela não sabe a gravidade da doença. Peço a Deus para me dar forças, principalmente, aqui no hospital quando tenho que ficar com J. (5a). Não é fácil ver sua filha doente e outras crianças também. A família fica dividida, eu aqui com J. (5a) e meus outros filhos em casa precisando de mim. É muito sofrimento!*

Como começou a brincadeira...

Como o que foi proposto nesta pesquisa era elaborar um programa de intervenção para atuar com crianças entre 0 a 6 anos no espaço hospitalar, e através deste realizar uma intervenção psicopedagógica, estávamos brincando com as crianças com os jogos propostos por nós. Até que surgiu J. (5a), sujeito da pesquisa, e fez com que mudássemos toda uma proposta.

Estávamos, então, brincando na brinquedoteca. Estávamos cercados de crianças e cada qual desenvolvendo uma atividade.

J. (9a) estava desenhando, A. (6a) montando um quebra-cabeça, e J. (5a) brincando ao telefone.

J. (5a) se aproximou e nos convidou para brincar.

*- Vamos brincar de telefone?- disse J. (5a).*

*- Claro, podemos brincar!*

*Mais que depressa J. (5a) pegou um aparelho de telefone de verdade, mas que está lá para brincar (desligado) e na ausência de um outro aparelho foi improvisado um com uma madeira que tinha um formato de um telefone.*

*J. (5a) ficou com o aparelho e nos deu o de madeira. Também estipulou os papéis a serem representados. J. (5a) seria a mamãe e nós o médico. Pegou uma boneca (bebê) e disse que aquela seria a sua filha.*

*A boneca se chamaria Carol e ela Stela.*

*O telefone toca (som feito por J. (5a)): TRRRRIIIIIIMMMMM.*

*Atendemos ao telefone.*

*- Carol não está boa. – diz Stela*

*- Por que a Senhora acha que Carol não está boa?*

*- Ela está com febre! Acho que vou dar um banho de água morna na Carol. O que você acha?*

*- Acho melhor dar um banho de água fria nestes casos de febre.*

*- Pode ser água quente com gelo.*

*- Não, é para dar banho de água fria.*

*- Sabe, médica disseram que não vão internar ela não. Carol tomou a vacina. Ela vai internar só sábado (é de mentirinha). Ela está com muita tosse. Se Carol estiver com muita dor deve tomar outra vacina. Uma vacina branca que dói bastante. Demora dois dias para parar a dor.*

*- Dona Stela, como a senhora sabe que dói bastante?*

*- Eu já tomei esta vacina há muito tempo, quando eu era criança. A vacina doeu muito, uns dois meses para parar de doer. Carol pode sair?*

*- Sim, mas não em um lugar cheio de gente.*

*Estela pegou Carol e colocou dentro do carrinho e dizia:*

*- Carol para de chorar!*

*- Carol para de chorar! Mamãe está aqui!*

O pensamento mágico da criança da idade de J. (5a) invade a tudo.

E aí nos perguntamos sobre quais são os objetivos do pensamento mágico que ocupam os sonhos das crianças?

Para Brazelton (2003), uma criança está tentando dominar seu próprio mundo. Precisa sonhar e desejar um mundo na qual ela, não seus pais, tenha o domínio. O pensamento mágico é um impulso em direção à independência em um nível cada vez mais sério.

Quando observamos J. (5a) brincando, percebemos que ela imita comportamentos adultos que viu, mas os distorce para servir aos seus propósitos, para preencher seus sonhos.

O brinquedo se torna um mundo no qual J. (5a) pode tentar soluções mágicas.

Nessa idade, a criança busca soluções para sentimentos intoleráveis: de frustração, de amor, de raiva, de ser capaz de controlar o seu mundo, de não ser apenas como os adultos à sua volta. Quando o jogo termina, ela deve enfrentar a realidade do mundo adulto à sua volta.

Uma criança da idade de J. (5a) está repleta de fantasias. O pensamento mágico oferece explicações para todos os tipos de mistérios. Embora uma criança dessa idade esteja começando a ter mais conhecimentos, ela ainda representa os desejos em sua vida de fantasia.

A fantasia protege seus sonhos, seus desejos, sua capacidade de relacionar-se com o futuro. Está tendo que explorar seu mundo de faz-de-conta, a fim de poder aceitar a realidade à sua volta. Tão maravilhoso quanto possa ser tomar consciência de si mesma e de sua influência sobre os outros, tal percepção limita seu sonho sobre ser mais poderosa do que ela realmente é. Sua capacidade de fantasiar preserva sua capacidade de sonhar e inventar seu futuro.

O tipo de representação lúdica que J. (5a) começou a desenvolver em seu segundo e terceiros anos e, que ainda permace, quando ela brinca com a boneca dizendo ser sua filha que está muito doente, a está conduzindo a uma vida mais plena (Brazelton, 2003).

*Stela passeia com Carol e a leva a médica.*

- Carol está com gripe, teve febre e chorou. Ela vai internar? Vai ficar com soro?

*Olhávamos para Stela e Carol. E Stela continuava.*

- Carol vai ter que tomar Purinethol<sup>15</sup> para poder ficar sem soro. Quantos dias ela vai ficar internada?

*Stela sugeriu que aplicasse uma injeção em Carol.*

- Onde podemos aplicar a injeção Dona Stela? Pode ser no bumbum?

*Imediatamente Dona Stela abaixou a calcinha de Carol para que fosse aplicada a injeção.*

*Quando apliquei J. (5a) fez o bebê chorar muito, mas ela acalmou o bebê dizendo:*

- Não chora!

- Não chora!

*Virou e disse:*

- Você tem que me dar o cartão de internamento.

*Olhamos, pensamos...*

- Ah! Já íamos nos esquecendo Dona Stela do cartão (o cartão foi improvisado

- um cartão telefônico).

*Stela disse ainda:*

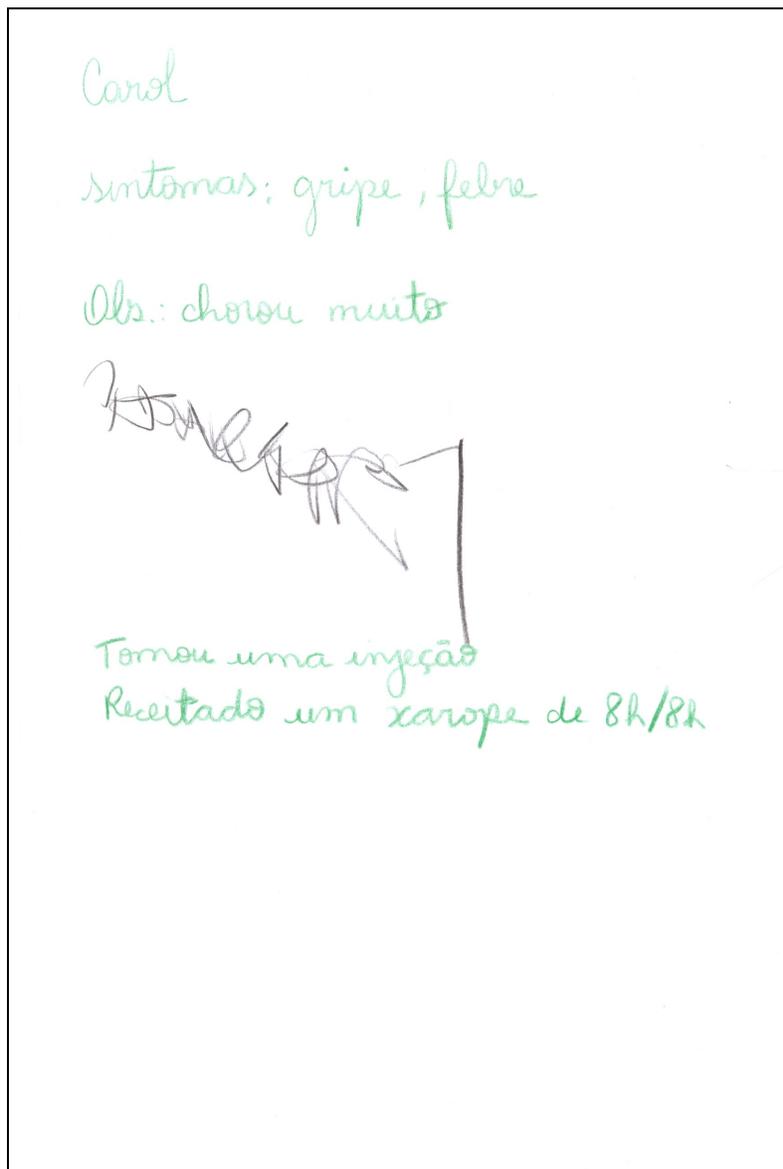
- Cadê minha guia de internamento, sem ela não posso internar Carol!

- Ah! Claro, está sendo preenchida. Íamos preenchendo e dizendo em voz alta o que estávamos escrevendo. Dona Stela assinou a guia e pegou uma mochila para guardar o cartão e a guia de internamento. Colocou Carol no carrinho e foi para o hospital.

---

<sup>15</sup> Remédio utilizado pelas pessoas que fazem tratamento de câncer. Quimioterapia em comprimido.

**FIGURA 6. Guia de internação de Carol<sup>16</sup>**



Percebemos que J. (5a) não estava muito satisfeita com nossa atuação, pois não sabíamos falar sobre os sintomas, os medicamentos da doença. E, este fato foi confirmado quando J. (5a) dá uma volta com o carrinho de bebê e nos propõe.

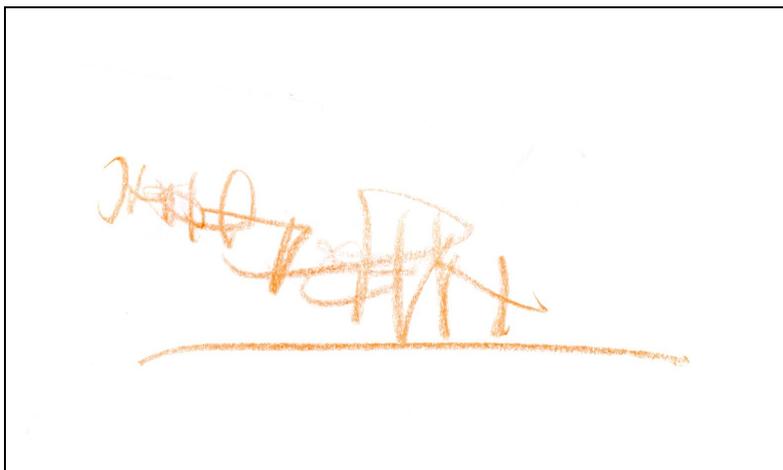
*- Vamos continuar brincando de boneca, mas agora eu sou o médico - J. (5a).  
 Mais que imediatamente pegamos a boneca e dissemos que seríamos a mamãe e a filhinha.*

<sup>16</sup> Nome dado à boneca.

E a brincadeira continuou...

- *TTTTRRRRIMMMMMM – toca o telefone.*
  - *Alô! Quem fala? – diz o médico*
  - *Oi Doutor, é a mãe de Carol, ela não está bem.*
  - *O que ela está sentindo? – pergunta o médico.*
  - *Ela está com febre e está chorando.*
  - *Vem até aqui para eu ver a Carol.*
- Chegamos ao médico. Ele pegou Carol e olhou.*
- *Doutor, Carol vai ter que internar?*
  - *Vai, mas vai ficar um dia só e no outro ela vai embora.*
  - *Doutor, a Carol vai tomar algum medicamento?*
  - *Não, mas ela vai tomar uma injeção agora.*
- J. (5a) pegou uma seringa e aplicou no braço de Carol e disse:*
- *Essa injeção dá um pouco de hemorragia. Tá saindo um pouco do braço.*
- Toda medicação é assim mesmo. Carol vai ficar internada e vai ficar sem soro. O médico dá uma receita para a mãe de Carol. J. (5a) diz que não sabe escrever.*

#### FIGURA 7. Receita médica

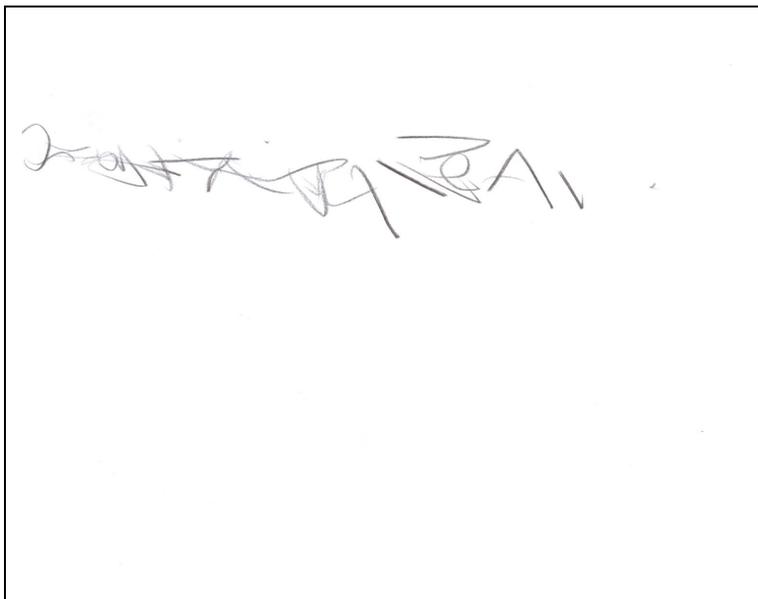


- Carol vai ter que tomar um remédio? – disse J. (5a)*
- *Qual remédio?*
  - *Decadron<sup>17</sup>, é para dar fome. Os remédios que Carol vai tomar vão fazer ela ficar gorda mais não é gordo, parece inchado. Ele incha e parece gordo.*
- J. (5a) ficou meio confusa para explicar os efeitos colaterais dos remédios que uma criança com câncer devem tomar.*
- *O que minha filhinha tem Doutor?*
  - *Ela tem Leucemia.*

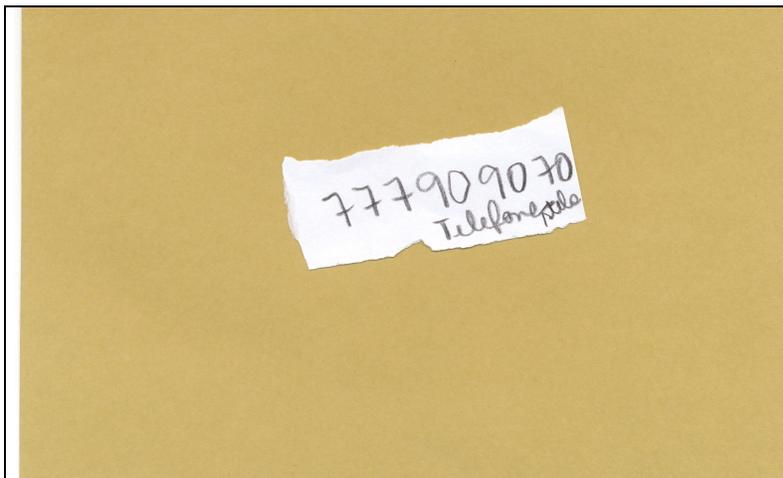
<sup>17</sup> Remédio utilizado pelas pessoas que fazem tratamento de câncer. Quimioterapia em comprimido. Este remédio faz abrir o apetite.

- Onde ela vai ser internada Doutor?
- No Hospital de Câncer Cristo Rei, no quarto 77. Vou dar sua guia de internamento.

**FIGURA 8. Assinatura da guia de internamento de Carol**



- Vou visitar Carol no hospital.
- Está bem, vamos esperar.
- Aqui está meu número de telefone se precisar ligar – disse o médico. J. (5a) enfatiza que não sabe escrever.

**FIGURA 9. Telefone do médico**

*Nos dirigimos para o hospital (quarto ao lado da sala de brinquedos, onde tem algumas camas para quem não está passando muito bem depois da quimioterapia e quer descansar).*

*Deixamos Carol no internamento.*

*A médica veio visitar Carol. Quando retornamos ao quarto Carol estava chorando e a médica acalmando. A médica diz:*

*-Carol está melhor e vai ter alta hoje. A médica troca Carol. Ela diz:*

*- Não chora Carol, eu não vou brigar com você! Por que você está chorando? Eu não bati em você. Não chora! Você está com dor?*

Neste momento, J. (5a) volta à realidade.

*J. (5a) diz:*

*- Eu tenho leucemia!*

*- O que é leucemia?*

*- Não sei! Eu tomei injeção hoje. – diz J. (5a).*

*J. (5a) mostra o lugar do bumbum onde tomou a injeção.*

*J. (5a) enrola a boneca em um pano que procuramos para cobri-la porque estava muito frio.*

*J. (5a) ia para a consulta.*

*- Você gosta de ir para o hospital?*

*- Não! - disse J. (5a).*

*- E daqui (referimos a ONG)*

*- Sim!*

*J. (5a) foi para a consulta.*

Para Piaget (1975) toda observação sistemática de um jogo de bonecas mostra imediatamente que as atitudes puramente maternas da menina (as quais são parcialmente adquiridas por imitação) constituem apenas uma fração do jogo.

A boneca, para o autor, na maioria dos casos, serve apenas de ocasião para a criança reviver simbolicamente a sua própria existência, de uma parte para melhor assimilar os seus diversos aspectos e, de outra parte, para liquidar os conflitos cotidianos e realizar um conjunto de desejos que ficaram por saciar. Esta afirmação de Piaget fica evidenciada, quando J(5a) retira a peruca da boneca e, logo em seguida, tira sua touca da cabeça para nos dizer que estava como a boneca, sem cabelos. Assim, podemos estar certos de que todos os eventos, alegres ou aborrecidos, que ocorrem na vida da criança repercutir-se-ão nas suas bonecas.

Nesse sentido lato, para Piaget (1975), a hipótese de um conteúdo específico do jogo de bonecas perde toda a validade: trata-se apenas de uma construção simbólica com múltiplas funções, tomando simplesmente da matéria familiar os seus meios de expressão, mas interessando, em seu conteúdo, a vida inteira da criança.

E nós entramos na brincadeira de J. (5a). Na verdade, foi assim que J. (5a) foi escolhida, dentre tantas outras crianças com as quais interagimos, para ser o sujeito do estudo de caso.

Na brincadeira que J. (5a) e nós fizemos juntos, um brincar sem terapêutica em si, sentimo-nos livres para ser brincalhonas.

Para Winnicott (1975), as crianças brincam com mais facilidade quando a outra pessoa pode e está livre para ser brincalhona.

E a brincadeira fluiu, e com isto muitos dos jogos e brincadeiras propostos por nós foram descartados e outros foram pensados e elaborados, ou seja, construídos para a realidade que se fez presente.

Percebemos que, como afirma Piaget (1975), quando a criança metamorfoseia um objeto num outro ou atribui à sua boneca ações análogas às suas, a imaginação simbólica constitui o instrumento ou a forma do jogo e não mais o seu conteúdo, este é, então, o conjunto dos seres ou eventos representados pelo símbolo, por outras palavras, é o objeto das próprias atividades da criança e, em particular, da sua vida afetiva, as quais são evocadas e pensadas graças ao símbolo.

A boneca...

Chegamos à ONG para brincarmos com as crianças quando J. (5a) chegou com sua mãe. J. (5a) se aproximou e nós dissemos que havíamos trazido algo para brincar com ela e que ela ia gostar muito.

J. (5a) então disse:

- O que é?

- Uma boneca.

*Fomos buscar a boneca e apresentamos para J. (5a).*

- Qual o seu nome?

- J. (5a), ela ainda não tem nome, mas podemos dar um nome a ela. O que você acha?

- Legal!

- Qual nome você gostaria de dar a boneca?

- De Carol.

- Muito bem, então, a boneca vai se chamar Carol.

- Ela é sua filhinha?

- Sim, respondemos.

- Vamos brincar J. (5a).

- Vamos!

- Filha, você não vai poder brincar agora porque você vai para o internamento.

- disse a mãe de J. (5a).

J. (5a), então, disse:

- Você deixa a Carol ir comigo para o Hospital.

- Sim, ela pode ir, mas você tem que cuidar direitinho da Carol porque ela nunca posou fora de casa, então, se ela ficar com medo e chorar, você cuida dela, tá bom?

- Tá bom?

- Ah! Carol trouxe uma bolsinha com algumas roupas para ficar com você no hospital.

- Deixa eu ver as roupinhas dela? - disse J. (5a).

- Claro!

*Abrimos a bolsinha e fomos mostrando as roupinhas.*

- Essa J. (5a) é para quando Carol ficar com você no hospital e esta outra é para quando ela for sair de lá.

- Tá bom! Vou cuidar de Carol direitinho.

- Amanhã, então, iremos buscar Carol, tá bom?

-Tá bom!

*A mãe de J. (5a) a chamou para ir, então nos despedimos. Demos um beijo em J. (5a) e outro na Carol. Dissemos:*

- Vamos tirar uma foto para registrar este momento?

*J. (5a) arrumou Carol no colo, sua Mãe M. Ihe ajeitou para que tirássemos a foto.*

**FIGURA 10. Retrato<sup>18</sup> de J. (5a) com Carol**



*Tirada a foto, dissemos:*

*- Carol, você vai posar com a J. (5a) ao hospital e ela vai cuidar direitinho de você. Não precisa chorar que a mamãe amanhã vai te buscar, tá bom filhinha. Demos um outro beijo na Carol e nos despedimos novamente.*

Para Piaget (1975), na reprodução de cenas reais, mediante os jogos com bonecas, a imitação está no seu máximo, mas existe, não obstante, uma transposição com intuitos subjetivos e, não cópia num padrão de acomodação.

Brazelton (2003) afirma que o brinquedo tem muitos propósitos aos cinco anos, sendo este para ela uma oportunidade de desenvolver a auto-estima e uma forma segura de expressar sentimentos dolorosos e confusos.

*No dia seguinte, fomos visitar J. (5a) no hospital e buscar Carol. Quando chegamos no quarto de enfermaria, estava lá J. (5a) e Carol. J. (5a) quando nos viu logo sorriu.  
- Olá J. (5a)! Como está a Carol?*

<sup>18</sup> Retrato e exposição do mesmo autorizado pela mãe de J. (5a).

- Está bem! Dormiu a noite toda. Eu já troquei a Carol. A Carol vai ter alta e vai embora. Coloquei a roupinha de sair do hospital.

- Sim.

J. (5a) fala que a Carol chorou um pouquinho à noite, mas que você cuidou direitinho dela. – disse a mãe de J. (5a) entrando no jogo simbólico.

- Ah, a Carol chorou J. (5a)?

- É chorou um pouquinho, mas eu cuidei dela.

- Você só tem essa filhinha?

- Não, a Carol tem um irmãozinho.

- Como é o nome dele?

- Não sei ainda.

- Por que ele não tem nome?

- Vamos ter que inventar um nome para ele também. O que você acha?

- É! Pode ser Junior.

- Tá bom! Ele se chamará Junior.

- O Junior não vai vim me visitar?

- Vai.

- Quando? Pode ser hoje à tarde?

- Pode.

- Então, a Carol fica e quando o Junior vier, os dois vão juntos.

- Está bem.

J. (5a) nos convidou para brincar de jogo da velha. Jogamos algumas partidas. Pintamos algumas folhas e depois J. (5a) nos convidou para brincar de boneca. Pegou a Carol e disse que ela estava chorando.

J. (5a) colocou as luvas cirúrgicas, pediu a seringa, amarrou o braço de Carol bem forte e disse:

- Tem que amarrar bem forte porque tem que pegar a veia.

Carol chorou (J. (5a) faz o choro).

- Ela tirou sangue – disse J. (5a).

Tirou a amarra do braço, colocou um paninho e amarrou para não sangrar e pediu para que segurássemos bem forte.

- Ela vai ter que tomar duas injeções. – disse J. (5a) – uma na bunda e outra no braço.

E J. (5a) continuou:

- O tratamento é de dois em dois anos que ela pode internar. Um internamento que ela pode fazer, ela vai internar e ela vai embora amanhã ou no sábado ou na quarta. Em dois anos ela pode tomar o remédio.

J. (5a) pegou um pedaço de papel, cortou (estava escrevendo a receita).

J. (5a) foi a banheiro. Voltou e disse que não ia fazer mais a receita.

Perguntou:

- Quantos filhos você tem?

- Dois.

- Não, você tem quatro filhos, a Carol e o irmão da Carol, o Junior.

J. (5a) passou uma tarefa pra nós.

- Vamos brincar de escola?

- Vamos.

- Quem recebe a bolsa escola vai receber dia 30 de junho.

Piaget (1975) acentua que a criança torna-se, primeiramente, cada vez mais exigente nos casos de simbolismo: dos quatro ao sete anos, ela quer reproduzir exatamente e os seus símbolos tornam-se, desse modo, cada vez mais imitativos.

*Retornamos a tarde ao hospital. Junior nos acompanhava.*

*J. (5a) ficou feliz ao ver o irmão de Carol.*

*J. (5a) nos cumprimentou e perguntou:*

*- Os dois se parecem, eles são gêmeos?*

*- Não.*

*J. (5a) pegou Junior e colocou em seu colo. Depois pegou a Carol e nos convidou para ir ao leito de A. (11a) para mostrar os bonecos e convidá-la para brincar.*

*A. (11a) estava deitada e não passava bem.*

*J. (5a) a convidou, mas A. (11a) disse:*

*- Estou acabada J. (5a)!*

*- Você vai morrer? – pergunta J. (5a).*

*- Am! Responde A. (11a).*

*A. (11a) parecia não ter entendido a pergunta. J. (5a) insiste na pergunta:*

*- Você vai morrer?*

*- Am! Responde A. (11a).*

*A. (11a) parecia não ter entendido ou fingido não ter entendido a pergunta porque logo depois ela responde:*

*- Não! Vou dormir, estou cansada.*

*Nós interferimos dizendo que A. (11a) estava cansada. Então, sugerimos para J. (5a) que fossemos para outro lugar.*

*Voltamos para sala de TV. J. (5a) pegou os bonecos e tirou o cabelo. J. (5a) perguntou:*

*- Por que eles usam peruca?*

*- Por causa do tratamento. – respondemos.*

*J. (5a) disse que o cabelo dela havia caído e que ela gostava de cabelo comprido, mas que cabelo curto também é bonito.*

*J. (5a) tem alguns fios de cabelo bem curtinho. Dá a impressão que ela havia raspado o cabelo e que eles estavam nascendo bem disformes e ralos.*

*- Você está bonita com esse cabelo. – afirmamos a J. (5a).*

*- Você tem outros bonecos?*

*- Temos.*

*- Quantos?*

*- Mais uns três.*

*Na verdade temos mais, mas estes três são bonecos fantoches que representam alguns personagens conhecidos pelas crianças através dos desenhos animados: Angélica, Tommy e o bebê.*

*- Eu tenho um monte de boneca! Você vai um dia na minha casa que eu te mostro, tá bom?*

*- Tá bom, qualquer dia nós vamos a sua casa.*

*- Você leva a Carol e Junior com você?*

*- Claro!*

*A mãe de J. (5a) nos deu seu endereço para que fossemos qualquer dia ir visitar a J. (5a). J. (5a) cochichou para sua mãe que ela deveria arrumar a casa quando nós fossemos visitá-la.*

*J. (5a) pediu que Junior posasse com ela no hospital e que Carol podia ir embora. Depois voltou atrás no que dissera que todos os dois poderiam ir embora.*

*Dissemos que tínhamos que ir embora porque iríamos dar aula.*

*- Seus alunos são bonecas? – pergunta J. (5a).*

*- Não, são pessoas de verdade.*

*- Um dia você me leva para conhecê-los?*

*- Claro!*

*Nos despedimos. Carol e seu irmão Junior se despediram de J. (5a).*

A cada dia que passava percebíamos que J. (5a) estava mais e mais envolvida no jogo simbólico. A brincadeira fluía em nós. J. (5a) nos comunicava seus pensamentos e sentimentos através da brincadeira.

Roza (1999) afirma que o brincar e o jogar são as formas básicas da comunicação infantil com as quais as crianças inventam o mundo e elaboram os impactos exercidos pelos outros.

Para a autora, as crianças não falam como os adultos, elas têm no jogo a sua forma preferencial de interpretação do mundo e dos outros.

Nós percebemos que nestas intervenções lúdicas o jogo não é uma simples brincadeira. Ele implica uma dimensão ontológica do homem, fundante do sujeito.

J. (5a) está ficando constantemente internada para tratamento. Ora, ela é internada para realizar o tratamento (procedimentos realizados no tratamento de câncer: retirada de líquido, quimioterapia etc) ora por ter recaída.

*Retornamos ao hospital com Carol.*

*J. (5a) ficou muito feliz e já foi pedindo pelos outros:*

*- Cadê o Junior e os outros bonecos?*

*J. (5a) havia lembrado da conversa de outro dia em que nós havíamos comentado sobre os bonecos.*

*- À tarde eles podem vir aqui te fazer uma visita.*

*J. (5a) pediu que Carol ficasse com ela. Pegou Carol no colo e a bolsinha e disse que Carol teria alta no final da tarde quando nós trouxéssemos os outros bonecos.*

*- Por que Carol está com a peruca? – disse J. (5a).*

*- Porque ela não tem nenhum chapéu, boné ou lençinho ainda para colocar.*

*J. (5a) estava com uma touca rosa na cabeça. Nós nunca havíamos visto J. (5a) com algo na cabeça. J. (5a) tirou a touca e observamos que ela havia raspado todo o cabelo.*

*J. (5a) ficou sem a touca e disse que queria uma peruca.*

*Sua mãe disse que uma amiguinha tinha uma peruca que ia dar. A peruca era de cor preto azulado. J. (5a) ficou ansiosa perguntando quando. Perguntou também porque Carol não tinha mais roupas, só quatro. Respondemos que íamos mandar fazer mais.*

Sentimos que no brincar J. (5a) manifesta seus desejos, suas ansiedades e se sente livre para poder expressá-los confiantemente.

Essa interação com J. (5a) e com outras crianças, com as quais temos interagindo no decorrer de anos de estudos e pesquisas<sup>19</sup> na área da ludicidade têm nos mostrado que o brincar é um veículo privilegiado de expressão para as crianças e como muitas vezes se configura como o único possível.

*Retornamos a tarde como combinado. Agora estavam conosco Angélica e Tommy. Como eles são fantoches, colcamos um em cada mão e chegamos no quarto de J. (5a) cumprimentando-a.*

*- Olá J. (5a)! - disse Angélica.*

*- Olá J. (5a)! – disse Tommy.*

*- Viemos brincar com você!*

*J. (5a) olhava os bonecos falando com ela e nós observávamos que em sua expressão era visível sua alegria.*

*J. (5a) estava com outra pessoa da ONG que desenvolve um trabalho voluntário, mas isto não impediu que J. (5a) recebesse bem os bonecos. A pessoa também entrou na brincadeira enfatizando a chegada dos bonecos.*

*J. (5a) foi logo pedindo para que os dois ficassem e posassem com ela no hospital. Dissemos que não haveria impedimento algum e que eles poderiam ficar. Tãmanha era a alegria de J. (5a).*

*J. (5a) perguntou se nós havíamos trazido as roupinhas de Angélica e Tommy e respondemos que não porque eles não haviam ficado ainda internados e não tinham roupinhas para levar para o hospital.*

*- Carol vai receber alta hoje! – disse J. (5a).*

*- É! – respondemos.*

*- Carol vai ter que tomar alguns comprimidos.*

*Estes comprimidos haviam sido feitos com a voluntária que estava com J. (5a) quando chegamos. Eles eram de massinha e estavam em um envelope também confeccionado por J. (5a).*

*- Quais comprimidos?*

*- Estes (J. (5a) mostra os comprimidos). Vai ter que tomar dois verdes e dois amarelos.*

*Pegou 4 comprimidos, sendo que dois amarelos e dois verdes e me orientou quanto a maneira de manusear estes remédios.*

*- O amarelo é para dor de cabeça. – disse J. (5a). E continuou:*

*- Carol tem dor de cabeça?*

---

<sup>19</sup> A pesquisadora desenvolve estudos e pesquisas sobre a importância do brincar em diferentes contextos. Em hospitais, com crianças enfermas, realiza intervenção desde 1997. Nestes estudos e pesquisas têm evidenciado a relevância do brincar para o desenvolvimento infantil.

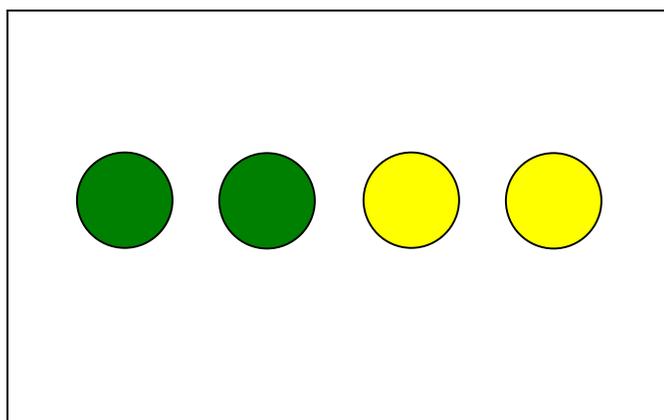
- Sim. – respondemos.

- E o verde é para não cair o cabelo. Tá bom?

J. (5a) não esperou que nós respondêssemos e nos perguntou se a Carol ia em seu aniversário. Afirmamos que sim. Sua mãe enfatizou que gostaria que estivéssemos no aniversário de J. (5a). O aniversário de J. (5a) é dia dezoito de novembro.

J. (5a) pediu que quando retornássemos trouxêssemos um celular de brincadeira.

**FIGURA 11. Comprimidos prescritos pelo médico**



Nestes momentos com J. (5a), percebemos que o brincar com bonecas e pequenos objetos era sua maneira de mostrar seus sentimentos, e que esta brincadeira tinha que ser respeitada para que houvesse confiança, para que ela se sentisse “ouvida”.

Para Klein (1970) in Roza (1999) o brincar é compreendido como uma expressão simbólica dos conflitos e utilizado como material para interpretação.

*Junior e o bebê foram fazer uma visita a J. (5a).*

*Ela estava deitada, meio sonolenta, mas quando viu os bonecos ficou feliz.*

- Junior trouxe a bolsinha do hospital?

- Sim trouxe!

*J. (5a) pediu para ver a mochila com as roupinhas. Carol tem uma bolsinha com roupinhas e Junior uma mochila. J. (5a) abriu a mochila, olhou as roupinhas de Junior e tirou a roupa dele para colocar a roupa de hospital.*

*Colocamos o Junior ao lado de J. (5a).*

- Junior pode ficar e dormir comigo hoje? – pergunta J. (5a).

- Sim! – respondemos.

Neste momento, J. (5a) volta à realidade.

J. (5a) olhou para o soro e disse que havia acabado. Ela nos solicitou que tocasse a campainha para que o enfermeiro viesse para ver.

*- Eu posso perder a veia. – diz J. (5a).*

*Fizemos o que foi solicitado. Os enfermeiros vieram, olharam e J. (5a) disse a eles:*

*- Não vão me furar de novo!*

*- Não. Brincou o enfermeiro apertando-lhe a bochecha.*

*Os enfermeiros saíram.*

*J. (5a) pegou a chupeta e dormiu.*

*Ficamos ali por instantes observando J. (5a). Ela acordou. A enfermeira veio para lhe dar os medicamentos e tomar uma injeção.*

*J. (5a) começou a chorar e dizia não querer tomar a injeção. A enfermeira foi delicada com J. (5a) dizendo que não ia doer, que a agulha era bem pequena e bem fina e que ela não ia nem sentir.*

*Percebemos que J. (5a) queria nos dizer algo e perguntamos:*

*- Você quer que a gente saia?*

*- Quero.*

*J. (5a) quis tomar a injeção sozinha com a enfermeira. Tomou a vacina em pé e em outro lugar que não seu quarto. Chorou bastante. Retornou ao quarto e pediu que Carol ficasse com ela e que todos os outros bonecos fossem embora. Solicitou ainda que deixasse a roupa de Junior porque Carol tinha pouca roupa.*

*J. (5a) pediu que a levassemos ao banheiro. Olhou para o soro e perguntou:*

*- Quando vou tirar o soro?*

*- Não sabemos, mas achamos que quando acabasse o resto do soro que estava lá (menos da metade).*

*- Vai ser às cinco horas. – disse J. (5a).*

*- Como você sabe? – perguntamos.*

*- Está escrito.*

*Olhamos o soro e não havia nada escrito.*

*- São cinco horas? – pergunta J. (5a).*

*- Não.*

*Perguntamos do remédio de Carol. Se ela teria que continuar tomando os comprimidos.*

*- O verde faz cair o cabelo.*

*- Por quê?*

*- Porque ele é de quimio, quimioterapia. Ele é forte.*

*E continuou:*

*- Carol vai ao meu aniversário?*

*- Sim.*

*- Carol vai tomar remédio sexta-feira. Amanhã vou pro centro cirúrgico.*

*- Vai fazer o que no centro cirúrgico?*

*- Vou fazer exame de medula.*

*- Por quê?*

*- Pra ver se tá bom meu sangue.*

*- Como é esse exame?*

*- Não sei porque eles me dão um remédio para dormir. Eles cortam minhas costas e colocam um remédio lá dentro, depois eles costuram aqui.*

*J. (5a) Mostrou as costas para nós.  
 Não havia nenhum corte nas costas de J. (5a).  
 Conversando com a enfermeira depois, ela nos disse que é a impressão que a criança tem, mas o furo é tão pequeno que não é visível.  
 - Eu já fiz bastante deste exame.  
 Nos despedimos de Carol e de J. (5a).*

J (5a) através dos brinquedos simbólicos fala de si, de sua vida. Para nós, J. (5a) está expressando seus sentimentos mais profundos nesta interação, a qual o brinquedo é o veículo.

E pelo brincar, conhecemos a cada dia um pouco de J. (5a), das suas angústias, da sua dor, da criança que está ali frente aos nossos olhos, interagindo, brincando conosco.

*Chegamos ao hospital com a mochila com os instrumentos utilizados pelo médico ou enfermeira no hospital. J. (5a) estava um pouco brava porque viajamos e demoramos para ir visitá-la. Ficamos alguns minutos sentados perto a ela até que falamos:  
 - Olha o que trouxemos. Adivinha o que é. É uma mochila. Abra para você ver o que há dentro dela.  
 J. (5a) virou-se para nós e pegou a mochila, abriu e começou a tirar os instrumentos e a nomeá-los.*

A brincadeira começou.

*J. (5a) colocou o termômetro embaixo do nosso braço. Esperou um tempo, retirou olhou e disse:  
 - Você não está com febre.  
 - Não.  
 - Agora vou medir sua pressão.  
 Colocou o aparelho no nosso braço, bombou. Colocou o aparelho para ouvir a pulsação próximo ao outro que estava medindo a pressão. Retirou os aparelhos e disse:  
 - 11 po 9.  
 - Está bom Doutor?  
 - Tá, mas você vai ter que tirar sangue.  
 J. (5a) pegou a seringa e começou a tirar nosso sangue. Depois pegou o soro e disse:  
 - Você vai ter que ficar no soro.  
 Depois retirou o soro. A enfermeira chegou e J. (5a) foi fazer nela as mesmas coisas que havia realizado em nós e depois em mais um voluntário que foi visitá-la.  
 Fomos para o quarto e J. (5a) brincou com os instrumentos e Carol, realizando os mesmos procedimentos anteriores.*

*Nos despedimos de J. (5a). Carol também veio embora.*

O brincar é uma forma de J.(5a) se expressar e se revelar, é uma linguagem que ela usa e entende, exprimindo, através dele, o que dificilmente seria dito em palavras. Para Freud, citado em Bettelheim (1989, p.165) a *brincadeira é a “estrada real” para o mundo interno consciente e inconsciente da criança.*

Por intermédio da brincadeira, J.(5a) constrói e encara o mundo em que vive e demonstra quais os problemas e preocupações que ocupam sua mente.

A brincadeira, neste caso, é caracterizada por ser uma atividade livre de regras, a não ser aquelas determinadas pela própria J.(5a). Esta brincadeira é envolta em fantasia, em imaginação e é um objetivo em si mesma.

Bettelheim (1989) ressalta que os brinquedos e brincadeiras com os quais a criança brinca não costuma ser determinado de forma consciente pela mesma. Embora possamos vê-la entretida numa determinada brincadeira, os motivos que a levaram a brincar com determinado brinquedo ou brincadeira são de ordem inconsciente. São seus processos mentais que a impulsionam a fazê-lo, baseados em processos internos, problemas, expectativas, desejos e ansiedades que a assediam.

Dessa forma, mesmo sem ter consciência, a criança estará representando simbolicamente suas dificuldades conseguindo dominá-las mediante a brincadeira. Sendo assim, por mais incompreensível que uma brincadeira possa parecer aos olhos do adulto, é necessário que a criança tenha liberdade para desenvolvê-la, sem interrupções ou críticas.

O brincar pode contemplar, então, a possibilidade de liberar emoções, tensões e impulsos agressivos da criança, que seriam mal compreendidos e rapidamente recriminados e inibidos pelo grupo social se estes fossem descarregados por outra via que não a da brincadeira.

As crianças, através do brincar, também são capazes de lidar com complexas dificuldades psicológicas, como conflitos, dores, medos e perdas. Ana Freud in Kishimoto (1996) relata o caso de uma criança que somente consegue superar o

medo de atravessar o corredor escuro quando passa a fingir, ela própria ser o fantasma que tem medo de encontrar. Nesse caso, a criança pode reagir contra um medo, o que não conseguiria na realidade, tornando-se a brincadeira, dessa forma, catártica.

Bettelheim (1989, p.200) afirma que é de importância crucial para o desenvolvimento da criança *a liberdade de transformar um acontecimento do qual foi sujeito passivo em outro em que ela é o provocador e o controlador ativo*.

Segundo o autor, a criança adquire domínio de um fato ou situação através da brincadeira e da fantasia. Provocando nos bonecos os processos que sofreu como sujeito passivo, a criança começa a entender que não precisa ser ela sempre a vítima desamparada, mas pode também fazer aos outros, o que lhe foi feito. Assim, pela brincadeira, o sofrimento passivo torna-se um domínio e os acontecimentos traumáticos podem ser melhor dominados.

A forma que J. (5a) brinca com a boneca ilustra muito bem este caso, pois percebemos que os procedimentos que são realizados durante sua internação no hospital a faz proceder da mesma forma com a boneca.

Para Bettelheim (1989, p.200) quanto mais intensa foi a impressão que um fato provocou na criança, maior número de vezes ela o repetirá em sua brincadeira, pois assim, de uma forma progressiva, ela se familiariza com o evento que vivenciou, enfrentando as emoções que este acontecimento desencadeou, adquirindo tolerância, e posteriormente domínio, por intermédio do controle ativo do mesmo.

Acreditamos que, ao brincar livremente, J. (5a) pode simbolizar sentimentos, desejos, medos ou preocupações inconscientes. Dessa forma, J. (5a) pode trazer ao exterior esses sentimentos inconscientes através da brincadeira. Trazendo-os à mente consciente, ou seja, tornando-se consciente destes sentimentos e expressando-os, J. (5a) aprenderá a compreendê-los, a lidar com eles e controlá-los e, assim, desenvolver-se sadiamente.

Como já citamos no Capítulo 2, o brincar é uma necessidade tanto da criança sadia, quando da doente, por isso dentro das unidades de internações

pediátricas, deve-se valorizar e proporcionar facilidades para que a criança possa brincar. Os brinquedos e brincadeiras são meios a serem utilizados para auxiliar a criança a vivenciar e superar a experiência da hospitalização e se constituem em um recurso que pode e deve ser aplicado na assistência à criança dentro das unidades de internações pediátricas.

De acordo com Barton citado por Huerta (1990), os brinquedos podem ser utilizados como um instrumento efetivo na assistência à criança enferma, pois permite: o estabelecimento de um relacionamento com a criança; a obtenção de informações e conceitos que a criança possui sobre a doença e a hospitalização com o objetivo de estabelecer parâmetros para seu cuidar/cuidado; comunicar aceitação e informações à criança; preparar a criança para procedimentos terapêuticos que irá experienciar; esclarecer conceitos errôneos ou distorcidos relacionados à hospitalização e modificar o comportamento da criança em relação à internação.

Ressaltamos, então, a relevância do uso dos brinquedos e brincadeiras, como estratégia para orientação de crianças hospitalizadas. Uma das medidas que diminui o estresse e facilita a aceitação, por parte das crianças, diante dos procedimentos terapêuticos aos quais devem ser submetidas, é a explicação e orientação prévia sobre os mesmos. Mediante a utilização de brinquedos essas orientações podem ser feitas de forma divertida, branda e, principalmente, compreensível, o que muitas vezes não é conseguido através de palavras que podem ser muito abstratas ao entendimento da criança.

Acrescentamos ainda, que devemos ter cuidado com a palavra que é dita à criança hospitalizada, pois esta é de grande importância para que ela possa compreender e elaborar todo o processo sobre sua doença. Pais e profissionais de saúde devem rever o que falam e o tempo que dispõem junto às crianças.

Ao brincar com a boneca J. (5a) nos permitiu conhecer seus sentimentos em relação à hospitalização, pois eles estavam presentes em seu brincar.

Devemos garantir um espaço lúdico através da simbolização para que a criança possa construir a explicação das coisas através da fabulação presente no jogo simbólico.

Enfatizamos, então, a necessidade oportunizar a criança de brincar, nas unidades de internação pediátricas, a fim de minimizar o trauma da internação, bem como conceder, um pouco de normalidade diante de um contexto conturbado, como é para ela a hospitalização.



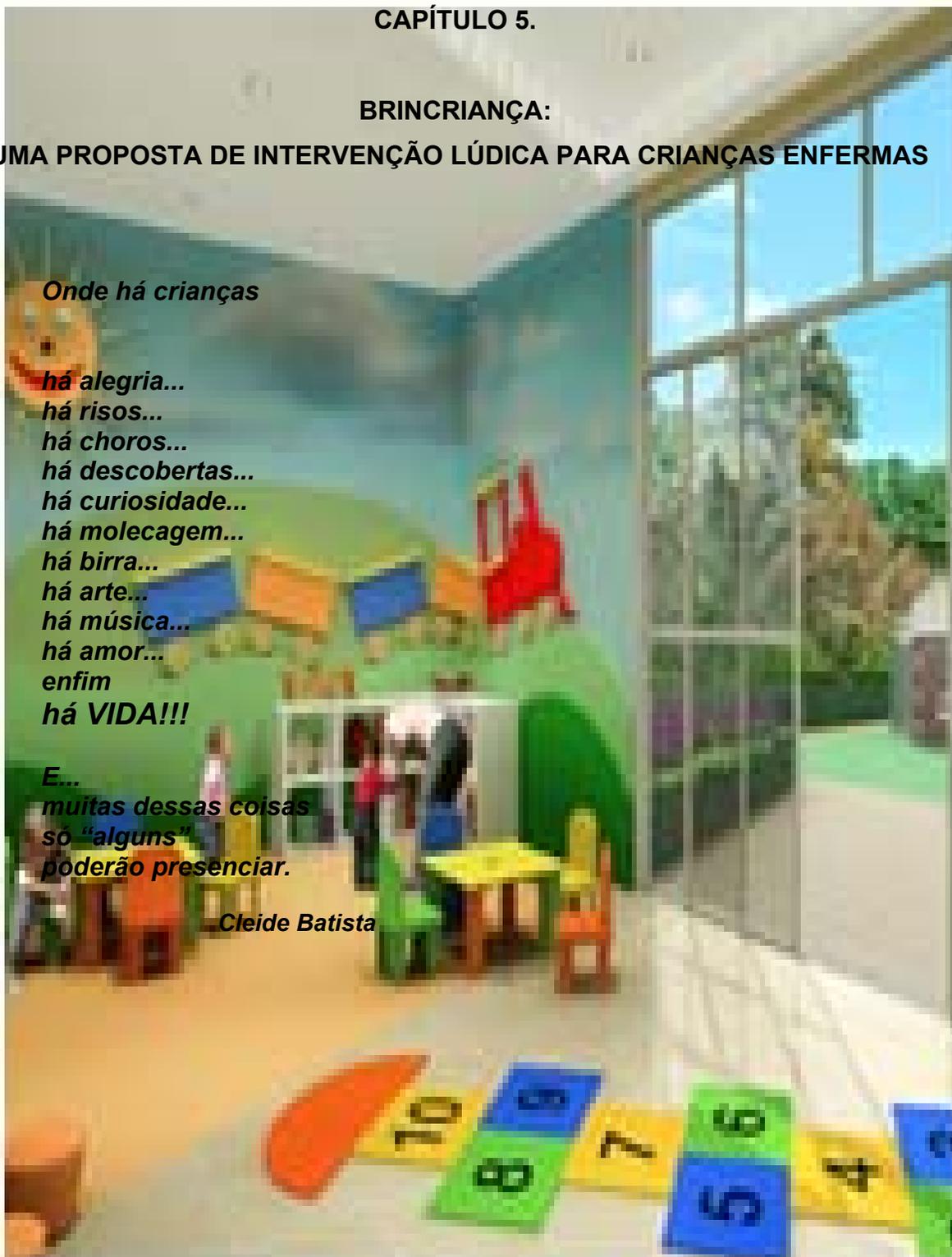
**CAPÍTULO 5.****BRINCRANÇA:  
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO LÚDICA PARA CRIANÇAS ENFERMAS**

*Onde há crianças*

*há alegria...  
há risos...  
há choros...  
há descobertas...  
há curiosidade...  
há molecagem...  
há birra...  
há arte...  
há música...  
há amor...  
enfim  
há VIDA!!!*

*E...  
muitas dessas coisas  
são "alguns"  
poderão presenciar.*

*Cleide Batista*



### **5.1. O lúdico no hospital: sugestões de atividades que podem ser desenvolvidas por crianças de 0 a 6 anos**

Um dos objetivos da pesquisa é desenvolver um programa de intervenção psicopedagógica para a criança enferma, visando à integração da criança com a doença na busca da compreensão de seu estado e liquefação de seus conflitos através de atividades lúdicas.

Para iniciarmos, realizamos uma observação *in loco*. Optamos pela realização de atividades lúdicas propostas por nós e o estudo de caso nos permitiu tecer algumas considerações sobre a aplicabilidade das atividades lúdicas por nós propostas, como também, observar as representações realizadas pelas crianças durante as atividades.

As observações foram conduzidas tanto na unidade pediátrica do hospital ICL, como na ONG Viver, cobrindo todo o *locus* da pesquisa.

Durante a realização das atividades para as crianças que ficam na ONG Viver, como as que ficam na enfermaria procuramos conversar informalmente (ANEXO B) com a criança e a mãe e/ou acompanhante sobre: se as crianças gostavam de brincar; do que elas mais gostavam de brincar; qual brinquedo elas mais gostavam; se gostavam de ouvir histórias, enfim, perguntas a respeito do lúdico, e por fim, convidando-as para brincar.

Nestas conversas descobrimos as predileções das crianças e muitas vezes a das mães. Em todas as atividades propostas por nós, aconteceu também a participação da mãe, que para nós foi muito importante porque nos permitiu observar como se dá à relação dela com sua criança. Neste momento, sentimos uma integração de ambas, e ao nosso ver, as mães, neste momento também, expressam e extravasam seus sentimentos e emoções.

Um outro dado importante que observamos é que nenhuma criança deixou de interagir conosco. Pode sim, num primeiro momento apresentar uma certa estranheza por não nos conhecermos, mas assim que iniciávamos a intervenção com outra criança, próxima a ela, esta começava a participar oralmente da atividade, nos convidando em seguida para ir “brincar” com ela.

Muitas vezes, podemos achar difícil propor o lúdico no ambiente hospitalar por considerarmos que neste ambiente a criança é diferente. Ela pode estar diferente por estar num local diferente da sua casa, com pessoas estranhas lhe tocando a todo instante, sentindo dor etc, mas a criança é a mesma e gosta de brincar.

Mas do que brincar e como brincar?

Ilustraremos, através do quadro 14, diferentes possibilidades de atividades que podem ser desenvolvidas neste espaço.

**QUADRO 14. Jogos e brincadeiras para crianças de 0 a 1 anos: sugestões**

<b>PERÍODO SENSÓRIO- MOTOR</b>	<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>VAMOS ESTIMULAR?</b>
	<b>1 MÊS</b>	<p>Cantar várias músicas que ele vai memorizar, reconhecer e demonstrar com qual ele relaxa e a qual mais gosta ou não</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conversar bastante</li> <li>• Sorrir para ele</li> <li>• Tocar com carinho</li> <li>• Deixar ele sentir o contato de sua pele durante as mamadas, nas trocas e no banho</li> </ul>
	<b>2 MESES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar móveis nos berços coloridos e musicais</li> <li>• Levante-o no colo para que ele possa enxergar e observar as coisas ao redor</li> <li>• Mostrar o interior do ambiente, as camas, as outras crianças, as pessoas passando no corredor</li> <li>• As descobertas dão a sensação de plenitude ao bebê</li> <li>• Dar os primeiros passeios com ele pelo quarto, corredor e pátio do hospital</li> <li>• Banho de sol nas primeiras horas da manhã</li> </ul>
	<b>3 MESES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As brincadeiras podem se tornar mais incrementadas</li> <li>• O bebê se torna mais agitado e vibra ao perceber que está no meio de uma festa</li> <li>• Brincar de tampar o rosto com um pano, como esconde-esconde</li> <li>• Dançar para eles as músicas preferidas</li> <li>• Fazer gestos diferentes</li> <li>• Enchê-lo de mordedores e chocalhos</li> <li>• Despertar para as cores e formas (tudo que é redondo chama sua atenção)</li> <li>• Os brilhos fascinam e as cores que mais atraem são o vermelho, o amarelo e o azul, por exemplo</li> <li>• Brincar com bolas coloridas, argolas ou cubos que ele possa segurar com as mãos</li> <li>• Experimentar novas texturas, materiais diferentes</li> </ul>

	<b>4 MESES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nessa fase, o bebê, consegue passar um brinquedo de uma mão para a outra, e isso para ele é fascinante</li> <li>• Ele vai adorar balançar chocalhos barulhentos e musicais, sentindo-se responsável pelos sons e pelo funcionamento do brinquedo</li> <li>• Brincar de esconde-esconde, por trás de uma pessoa ou cobrindo e descobrindo seu rosto falando “Cadê o bebê? Achou!”. Ele vai dar sonorosas gargalhadas e tentar imitar, puxando a roupinha para cima, tentando cobrir o rosto.</li> <li>• Colocar um brinquedo a uma certa distância do bebê, para que ele possa se esticar, se mexer e rolar para tê-los nas mãos.</li> <li>• Nessa fase ele vai mastigar, sugar e morder os brinquedos</li> <li>• Contar histórias</li> <li>• Dar nomes aos brinquedos, estimulando assim sua memória</li> <li>• Mostrar a decoração do ambiente, a posição dos objetos e as coisas novas que aparecem</li> <li>• Conversar com o bebê sempre vai fazer com que ele entenda melhor os horários, os hábitos e as manifestações de carinho das pessoas que o rodeiam</li> </ul>
	<b>5 MESES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Na hora do banho, as brincadeiras podem ser mais longas</li> <li>• Colocar patinhos e brinquedos próprios para água</li> <li>• Uma boa brincadeira nessa fase é a de “esconder” brinquedos (coloque um brinquedo debaixo de um pano ou almofada leve, e estimule o bebê a “procurar”)</li> <li>• Brincar de bruços, apoiado nos braços, também é ótimo para estimular seu desenvolvimento</li> <li>• Ele vai começar a arranhar superfícies e a rolar de um lado para o outro com facilidade</li> <li>• Deixe-o tocar seu rosto, fazer carinho</li> <li>• Converse olhando nos olhos do bebê (isso vai manter o grau de intimidade e cumplicidade entre vocês)</li> </ul>

	<b>6 MESES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sua visão é total</li> <li>• Um passeio no ombro pode ser uma aventura fantástica, já que ele pode sentar e vislumbrar tudo a sua volta</li> <li>• Este mês é marcado pela habilidade em pegar objetos usando apenas os dedos (agora consegue segurar um, enquanto busca outro)</li> <li>• Brincar de colocar alguns brinquedos a sua frente e aponte para os que você quer que ele pegue</li> <li>• Uma outra capacidade desenvolvida é que ele, quando de bruços, já consegue sustentar o corpo com uma só mão</li> <li>• Fique de bruços ao lado dele, e brinque de avião, levantando braços e pernas, apoiando-se apenas pelo tronco (o bebê vai querer imitá-la)</li> <li>• Ao passear, vá mostrando árvores, pessoas, carros em movimento, cartazes coloridos e falando muito com ele</li> </ul>
	<b>7 MESES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agora ele descobre sensações batendo um brinquedo no outro, fazendo barulho, provocando sons</li> <li>• Troca objetos de mão, escolhe, manipula duas coisas ao mesmo tempo e até ensaia um “tchauzinho”, tentando imitar alguém</li> <li>• Estimular o bebê, oferecendo objetos diferentes e variados, para que ele perceba a diferença de cores, texturas, formatos e pesos</li> <li>• O bebê vai começar a treinar o engatinhar</li> <li>• Colocar brinquedos e objetos distantes para que ele se estimule a pegá-los</li> </ul>

	<b>8 MESES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar histórias para o bebê (ele gosta de ouvir histórias, do barulho da página virando e de você apontando os personagens para ele)</li> <li>• Deixar o bebê virar as páginas, ver as figuras, as cores e fatos, enquanto você conta a história (ele vai se familiarizar com nomes e fatos, com o personagem)</li> <li>• Como tem pouca concentração (demonstra isso mudando de “coisa” a todo momento)</li> <li>• O bebê vai se sentir atraído por uma narrativa ritmada, com rimas e palavras gostosas</li> <li>• O bebê vai adorar fazer uma festa com revistas: dê a ele um exemplar para que ele mexa, vire as folhas, rasgue, divida</li> <li>• Elogiar as ações realizadas pelo bebê</li> <li>• Ele vai comemorar, por exemplo, quando pegar um chocalho ou uma sineta e mostrar a você que o brinquedo só faz barulho se ele quiser, se ele movimentá-lo (demonstre que está entendendo seu domínio sobre as coisas)</li> <li>• Como não gosta de ficar sozinho, é provável que comece a engatinhar atrás de você o tempo todo</li> </ul>
	<b>9 MESES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduzir brinquedos pedagógicos que imitem sons (eles adoram os de animais) com o apertar os botões, de buzinas ou chocalhos bem recheados</li> <li>• Uma outra característica dessa idade é a capacidade de imitar sons, reconhecer seu nome e outras palavras, e mais, associar cada palavra a seu significado</li> <li>• Conversar bastante com o bebê, repetindo nomes, apontando nomes, apontando coisas e explicando cada movimento</li> <li>• Podemos aproveitar a hora da refeição, para explicar as etapas, mostrar prato, copo, colher, comida, cadeira, tudo que for relativo ao momento e à cozinha (nessa brincadeira, ele vai assimilar os nomes das frutas e dos utensílios com facilidade e tentará imitá-la, ainda numa tagarelice sem sentido) - repita esse ritual na hora do banho, ao vesti-lo, nos passeios</li> <li>• Todo movimento é motivo para que você explique e ensine coisas</li> <li>• A capacidade de compreensão e da associação vai permitir que o bebê demonstre melhor sua vontade e necessidade, por exemplo, pegando um copo ou apontando o filtro, quando estiver com sede</li> <li>• É importante que o bebê aprenda a se expressar</li> </ul>

	<p style="text-align: center;"><b>10 MESES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Misturar os brinquedos (carrinhos, bonecas, panelinhas - não crie estereótipos), estimulando o bebê a criar uma identidade própria e a desenvolver a sua individualidade</li> <li>• Meninos e meninas estão exercendo e desenvolvendo habilidades ao vestir e tirar roupas de bonecas, produzir sons com panelas ou falando “brrrrrr” enquanto brincam com um carrinho</li> <li>• Estimular a mobilidade do bebê fazendo-o “conquistar” brinquedos e objetos colocando-os atrás dele, em cima da cadeira ou acima de sua cabeça (ele vai girar, se esticar e engatinhar para pegá-los)</li> <li>• A capacidade de concentração (que é pouca nessa idade, pois o mundo parece chamar o bebê para tudo) deve ser desenvolvida por meio da leitura de histórias simples e curtas (fazer isso com voz teatral, imitando o lobo, o caçador, um bichinho, com entonações bem diferentes para prender a atenção do bebê)</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>11 MESES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De vez em quando pegar o bebê pela mão e ajude-o a dar uns passinhos (isso vai estimulá-lo a se aventurar sozinho)</li> <li>• Ao assistir TV, passear com o bebê, identifique os animais, imite seus sons e estimule o bebê a fazer o mesmo (faça isso com desenhos e figuras)</li> <li>• Brincar como bebê com brinquedos de peças e encaixes</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>12 MESES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferecer giz de cera e papel para que o bebê comece a fazer seus primeiros rabiscos (vai ser uma brincadeira muito produtiva)</li> <li>• Brincar como bebê com brinquedos de peças e encaixes</li> <li>• Sugerir e oferecer brincadeiras, mas deixe que ele escolha o que quer fazer (brincadeira forçada é a mesma coisa que castigo)</li> </ul>

Percebemos, que embora já se tenham propostas de trabalho buscando desenvolver o lúdico dentro do hospital, através de projetos de pesquisa, extensão e ensino, como também, organização de brinquedotecas ou espaços que as crianças

possam contar com uma recreacionista, que ainda se tem dificuldade de se desenvolver atividades com as crianças menores.

No Quadro 15, desenvolvemos sugestões de atividades lúdicas que podem ser desenvolvidas com crianças de 0 a 3 anos.

#### **QUADRO 15. Jogos e brincadeiras para crianças de 0 a 3 anos: sugestões**

<b>0 A 1 ANO</b>	<b>1 A 2 ANOS</b>	<b>2 A 3 ANOS</b>
Móviles sonoros ou não (brinquedos com figuras e formas diversas para colocar suspensos sobre os berços)		
Chocalhos	Chocalhos	
Brinquedos para berço e cercado (esferas, figuras enfiadas em cordão para instalar no berço, no carrinho, no cercado)		
Quadro de atividades (quadros com peças coloridas, de formas diversas, espelhos inquebráveis, sinos, peças que correm em trilho, janelinhas que se abrem, para colocar no berço)	Quadro de atividades (quadros com peças coloridas, de formas diversas, espelhos inquebráveis, sinos, peças que correm em trilho, janelinhas que se abrem, para	
Massagem	Massagem	Massagem
Segurar, carregar e levantar o bebê		
Atividades de estimulação	Atividades de estimulação	
Movimentos corporais	Movimentos corporais	
Locomover-se livremente	Locomover-se livremente	
Atividades exploratórias	Atividades exploratórias	Atividades exploratórias
Movimentos de preensão das mãos		
Engatinhar		
Andar	Andar	Andar
Estimulação a linguagem	Estimulação à linguagem	Estimulação à linguagem
Explorar as propriedades dos objetos	Exploração das propriedades dos objetos	Exploração das propriedades dos objetos
Tapete de descobertas (sensações)	Tapete de descobertas (sensações)	Tapete de descobertas (sensações)

<b>0 A 1 ANO</b>	<b>1 A 2 ANOS</b>	<b>2 A 3 ANOS</b>
Brinquedos de borracha (animais, objetos em borracha - material macio com ou sem guizo interno)	Brinquedos de borracha (animais, objetos em borracha - material macio com ou sem guizo interno)	
Brinquedos de pano	Brinquedos de pano	Brinquedos de pano
Bonecas e bichos Primeira Idade (bonecas em tecido com roupas fixas, animais em tecido (não pelúcia), sem detalhes que possam ser arrancados)	Bonecas e bichos Primeira Idade (bonecas em tecido com roupas fixas, animais em tecido (não pelúcia), sem detalhes que possam ser arrancados)	Bonecas e bichos com detalhes
João-bobos sonoros ou não (bonecos e animais com movimento de vai-e-vem, em plástico rígido ou inflável)	João-bobos sonoros ou não (bonecos e animais com movimento de vai-e-vem, em plástico rígido ou inflável)	
Brinquedos para empurrar, puxar, rolar (com corda para puxar, com haste para empurrar, cavalinhos de pau)	Brinquedos para empurrar, puxar, rolar (com corda para puxar, com haste para empurrar, cavalinhos de pau)	
Carrinhos de mão	Carrinhos de mão	
Caixas e baús (para guardar brinquedos)	Caixas e baús (para guardar brinquedos)	Caixas e baús (para guardar brinquedos)
Bolas de 8 a 10 cm de diâmetro	Bolas de 8 a 10 cm de diâmetro	Bolas de 8 a 10 cm de diâmetro
Cubos em tecido	Cubos em tecido	
Brinquedos que são utilizados para areia e água (baldes, pазinhas)	Brinquedos que são utilizados para areia e água (baldes, pазinhas)	Brinquedos que são utilizados para areia e água (baldes, pазinhas)
Animais e cadeiras de balanço (cavalinhos no tamanho da criança, para cavalgar e balançar)	Animais e cadeiras de balanço (cavalinhos no tamanho da criança, para cavalgar e balançar)	Animais e cadeiras de balanço (cavalinhos no tamanho da criança, para cavalgar e balançar)
Veículos sem pedais (típicos, carrinhos sem pedais que se movimentam pelo impulso dos pés da criança no chão)	Veículos sem pedais (típicos, carrinhos sem pedais que se movimentam pelo impulso dos pés da criança no chão)	Veículos com pedais (motoquinhas)

<b>0 A 1 ANO</b>	<b>1 A 2 ANOS</b>	<b>2 A 3 ANOS</b>
Cubos, formas para empilhar (peças que pelos seus tamanhos diferentes se encaixam umas nas outras e podem também ser empilhadas umas sobre as outras)	Cubos, formas para empilhar (peças que pelos seus tamanhos diferentes se encaixam umas nas outras e podem também ser empilhadas umas sobre as outras)	Cubos, formas para empilhar (peças que pelos seus tamanhos diferentes se encaixam umas nas outras e podem também ser empilhadas umas sobre as outras)
Contas, anéis, pirâmides com eixo central (peças que são empilhadas enfiando-as em eixos, contas para enfiar em cordão)	Contas, anéis, pirâmides com eixo central (peças que são empilhadas enfiando-as em eixos, contas para enfiar em cordão)	Contas, anéis, pirâmides com eixo central (peças que são empilhadas enfiando-as em eixos, contas para enfiar em cordão)
Caixas de encaixe de formas e cores (caixas, carrinhos com orifícios de formas geométricas diferentes para receber pecinhas que só passam pela aberturas correspondentes para cair dentro deles)	Caixas de encaixe de formas e cores (caixas, carrinhos com orifícios de formas geométricas diferentes para receber pecinhas que só passam pela aberturas correspondentes para cair dentro deles)	Caixas de encaixe de formas e cores (caixas, carrinhos com orifícios de formas geométricas diferentes para receber pecinhas que só passam pela aberturas correspondentes para cair dentro deles)
Bancadas e brinquedos para martelar (brinquedos imitando bancadas de marceneiros)	Bancadas e brinquedos para martelar (brinquedos imitando bancadas de marceneiros)	Bancadas e brinquedos para martelar (brinquedos imitando bancadas de marceneiros)
Brinquedos animados mecânicos (figuras de animaizinhos de plástico ou metal, bichinhos de pelúcia, com movimentos a pilha ou bateria)	Brinquedos animados mecânicos (figuras de animaizinhos de plástico ou metal, bichinhos de pelúcia, com movimentos a pilha ou bateria)	Brinquedos animados mecânicos (figuras de animaizinhos de plástico ou metal, bichinhos de pelúcia, com movimentos a pilha ou bateria)
Esferas (esferas transparentes ou com recortes cujo conteúdo é visível externamente)	Esferas (esferas transparentes ou com recortes cujo conteúdo é visível externamente)	Esferas (esferas transparentes ou com recortes cujo conteúdo é visível externamente)
Caixas de música (brinquedos de pendurar com alça para puxar e pôr em funcionamento o mecanismo musical interno)	Caixas de música	Caixas de música

<b>0 A 1 ANO</b>	<b>1 A 2 ANOS</b>	<b>2 A 3 ANOS</b>
Brincadeira com bolas, balões de ar	Brincadeira com bolas, balões de ar	Brincadeira com bolas, balões de ar
		Jogos com bolas e boliches
		Bambolês
	Escolher, separar, agrupar objetos em função das semelhanças e diferenças de cores, formas e texturas (classificação - sem critério dado)	Escolher, separar, agrupar objetos em função das semelhanças e diferenças de cores, formas e texturas (classificação - sem critério dado com critério dado)
Brinquedos com peças para girar	Brinquedos com peças para girar e parafusar	Brinquedos com peças para girar e parafusar
		Quebra-cabeça
	Desenho	Desenho
As cores, as formas e as texturas	As cores, as formas e as texturas	As cores, as formas e as texturas
	Pintura (dedos e mãos)	Pintura (pincéis grossos)
		Modelagem (massinha, argila e arame)
		Construção (madeira, sucatas, blocos de madeira)
		Recorte (manipulando e rasgando papéis)
Fantoches	Fantoches	Máscaras e fantoches
Livros de banheira	Livros de banheira	
Livros de pano	Livros de pano	Livros de pano
	Histórias infantis (com figuras de animais, objetos, brinquedos - sons onomatopaicos)	Histórias infantis (Contos de fadas) As crianças necessitam que as histórias sejam repetidas várias vezes
		Ouvindo e discriminando os sons
		Blocos lógicos
	Classificação de objetos (sem critério dado/ com critério dado)	Classificação de objetos (sem critério dado/ com critério dado)

No Quadro 16, desenvolvemos sugestões de atividades lúdicas que podem ser desenvolvidas com crianças de 3 a 6 anos.

**QUADRO 16. Jogos e brincadeiras para crianças de 3 a 6 anos: sugestões**

<b>3 A 4 ANOS</b>	<b>4 A 5 ANOS</b>	<b>5 A 6 ANOS</b>
Tapete de descobertas (sensações)	Tapete de descobertas (sensações)	Tapete de descobertas (sensações)
Veículos com pedais (motoquinhas)	Veículos com pedais (bicicletas com rodinhas)	Veículos com pedais (bicicletas com rodinhas, patinetes, patins, skates)
Brincadeira com bolas, balões de ar e peteca	Brincadeira com bolas, balões de ar e peteca	Brincadeira com bolas, balões de ar e peteca
Jogos com bolas e boliches	Jogos com bolas e boliches	Jogos com bolas e boliches
Jogos tipo bocha	Jogos tipo bocha	Jogos tipo bocha
Jogos de argolas	Jogos de argolas	Jogos de argolas
Cordas de pular	Cordas de pular	Cordas de pular
Amarelinha	Amarelinha	Amarelinha
Pipas e objetos voadores	Pipas e objetos voadores	Pipas e objetos voadores
Bambolês	Bambolês	Bambolês
Jogos de circuito Percursos motores (obstáculos e percursos)	Jogos de circuito Percursos motores (obstáculos e percursos)	Jogos de circuito Percursos motores (obstáculos e percursos)
Jogos de destreza (labirintos, jogos de pontaria, jogos de precisão)	Jogos de destreza (labirintos, jogos de pontaria, jogos de precisão)	Jogos de destreza (labirintos, jogos de pontaria, jogos de precisão)
Brincadeiras de rua (amarelinha, cabra-cega, lenço-atrás, coelho sai da toca, esconde-esconde, pular corda, pular elástico, perna de pau, balança caixão etc)	Brincadeiras de rua (amarelinha, cabra-cega, lenço-atrás, coelho sai da toca, esconde-esconde, pular corda, pular elástico, perna de pau, balança caixão etc)	Brincadeiras de rua (amarelinha, cabra-cega, lenço-atrás, coelho sai da toca, esconde-esconde, pular corda, pular elástico, perna de pau, balança caixão etc)
Brincando com massinha	Brincando com massinha	Brincando com massinha
Moldando o corpo (contorno do corpo)	Moldando o corpo (contorno do corpo)	Moldando o corpo (contorno do corpo)

<b>3 A 4 ANOS</b>	<b>4 A 5 ANOS</b>	<b>5 A 6 ANOS</b>
Escolher, separar, agrupar objetos em função das semelhanças e diferenças de cores, formas e texturas (classificação - sem critério dado/ com critério dado)	Escolher, separar, agrupar objetos em função das semelhanças e diferenças de cores, formas e texturas (classificação - sem critério dado/ com critério dado)	Escolher, separar, agrupar objetos em função das semelhanças e diferenças de cores, formas e texturas (classificação - sem critério dado)
Brinquedos com peças para girar e parafusar	Brinquedos com peças para girar e parafusar	Brinquedos com peças para girar e parafusar
Quebra-cabeça	Quebra-cabeça	Quebra-cabeça
	Jogo da velha	Xadrez, dama, trilha, vareta e jogo da velha
Desenho	Desenho	Desenho
Pintura (pincéis finos e grossos)	Pintura (pincéis finos e grossos)	Pintura (pincéis finos e grossos)
Modelagem (massinha, argila e arame)	Modelagem (massinha, argila e arame)	Modelagem (massinha, argila e arame)
Construção (madeira, sucatas, blocos de madeira)	Construção (madeira, sucatas, blocos de madeira)	Construção (madeira, sucatas, blocos de madeira)
Recorte (manipulando e rasgando papéis)	Recorte (manipulando e recortando papéis com o uso da tesoura)	Recorte (manipulando e recortando papéis com o uso da tesoura)
Dobraduras	Dobraduras	Dobraduras
	Criando figuras (vários tipos de folhas de revistas e jornais - recortar e colar criando figura)	Criando figuras (vários tipos de folhas de revistas e jornais - recortar e colar criando figura)
Máscaras e fantoches	Máscaras e fantoches	Máscaras e fantoches
	Máscaras e fantoches (criar personagens, desenhando e recortando)	Máscaras e fantoches (criar personagens, desenhando e recortando)
Livros de pano	Livros de pano	Livros de pano
Histórias infantis (Contos de fadas)	Histórias infantis (Contos de fadas)	Histórias infantis (Contos de fadas)
Ouvindo e discriminando os sons	Ouvindo e discriminando os sons	Ouvindo e discriminando os sons
Blocos lógicos	Blocos lógicos	Blocos lógicos
	Bingo de números	Bingo de números
	Dominó	Dominó

<b>3 A 4 ANOS</b>	<b>4 A 5 ANOS</b>	<b>5 A 6 ANOS</b>
Classificação de objetos (sem critério dado/ com critério dado)	Classificação de objetos (sem critério dado/ com critério dado)	Classificação de objetos (sem critério dado)
Seriação (simples)	Seriação	Seriação
Jogo de seqüência (série de imagens para por em ordem segundo regras precisas)	Jogo de seqüência	Jogo de seqüência
Jogos de sorte (jogos dos dados, alguns jogos de cartas)	Jogos de sorte (jogos dos dados, alguns jogos de cartas)	Jogos de sorte (jogos dos dados, alguns jogos de cartas)

Quando enfatizamos o uso do lúdico, no ambiente hospitalar, com crianças, como uma proposta de intervenção de trabalho do pedagogo, psicólogo, psicopedagogo, recreacionista e outros, queremos chamar a atenção para a possibilidade de criarmos para as crianças enfermas um espaço mais divertido e dinâmico.

Enfatizamos, então, o uso do lúdico no contexto hospitalar, afirmando que é possível e viável que essa instituição abra suas portas para receber toda magia e fascínio que a atividade lúdica pode proporcionar as crianças enfermas.

Considerando as referências comentadas nesta pesquisa como essenciais ao desenvolvimento de atividades lúdicas com crianças enfermas, sugerimos neste capítulo, uma proposta de doze sessões de intervenção lúdicas envolvendo atividades lúdicas de representação.

O nosso intento é apontar com tal proposta as várias situações possíveis de brincar para o enriquecimento de habilidades das crianças.

Elaborar uma proposta de intervenção para crianças hospitalizadas requer a todo instante uma busca incessante a teoria. Anterior a essa nossa proposta, onde descreveremos minuciosamente cada sessão de intervenção que será realizada com as crianças hospitalizadas, recorreremos a teoria para elucidar a brincadeira como atividade terapêutica, bem como, a organização desta e os cuidados que devem ser tomados na utilização da mesma.

Sendo, então, os jogos e brincadeiras, de grande significado ao processo de desenvolvimento infantil, estes não podem estar ausentes no ambiente hospitalar.

Pensando nesta criança, é que propomos a intervenção a seguir, delimitando-a ao período das representações. Propomos, então, atividades lúdicas, seguidas da descrição de seus objetivos, desenvolvimento e ilustrações.

**QUADRO 17. Programa de Sessões Lúdicas: jogos, brincadeiras e histórias representativas para o desenvolvimento de habilidades variadas**

TEMA	OBJETIVOS
<b>SESSÃO 1.</b>	
BRINQUEDO 1: Bonecos (menino e menina) com bolsa e mochila com roupas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interagir com os bonecos</li> <li>• Observar as características peculiares (uso de peruca, corte na barriga onde pode se abrir e ver seus órgãos)</li> <li>• Atribuir uma causa ao uso da peruca pelos bonecos</li> </ul>
<b>SESSÃO 2.</b>	
BRINQUEDO 2: Bolsa com aprelhos utilizados no hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perceber os instrumentos que estão na bolsa</li> <li>• Discriminar os instrumentos</li> <li>• Manusear os instrumentos</li> </ul>
<b>SESSÃO 3.</b>	
BRINQUEDO 3: Livro: Vamos fazer compras?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecer as coisas de que mais gosta de comer, usar e brincar</li> </ul>
<b>SESSÃO 4.</b>	
BRINQUEDO 4: Fazendo compras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecer os objetos e as formas</li> <li>• Discriminar os objetos e as formas</li> </ul>
<b>SESSÃO 5.</b>	
BRINQUEDO 5: Encaixe, encaixe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordenar de meios conhecidos</li> <li>• Descobrir meios novos para resolver situações-problema</li> </ul>
<b>SESSÃO 6.</b>	
BRINQUEDO 6: “Carinhas” dos sentimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o que está sentindo</li> <li>• Discriminar a “carinha” do que está sentindo no momento</li> </ul>

<b>SESSÃO 7.</b>	
BRINQUEDO 7: Dado dos sentimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discriminar a “carinha” do sentimento</li> <li>• Fazer gestos de sentimentos</li> </ul>
<b>SESSÃO 8.</b>	
BRINQUEDO 8: Trio dos sentimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formar um trio de sentimentos que é composto por três cartas</li> <li>• Identificar os diferentes sentimentos</li> </ul>
<b>SESSÃO 9.</b>	
BRINQUEDO 9: Jogo da memória de sentimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discriminar as “carinhas” dos sentimentos</li> <li>• Identificar as “carinhas” dos sentimentos</li> </ul>
<b>SESSÃO 10.</b>	
BRINQUEDO 10: Colar de Objetos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordenar de meios conhecidos</li> <li>• Desenvolver a coordenação motora fina</li> <li>• Descobrir meios novos para resolver situações-problema</li> </ul>
<b>SESSÃO 11.</b>	
BRINQUEDO 11: Livro; Mamãe, tenho medo!	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o sentimento de medo</li> <li>• Reconhecer as coisas de que mais tem medo</li> </ul>
<b>SESSÃO 12.</b>	
BRINQUEDO 12: Kit: Não tenha medo de Bruxas, Fantasmas & Cia!!!	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manusear personagens simpáticos e divertidos</li> </ul>
<b>SESSÃO 13.</b>	
BRINQUEDO 13: Jogo da Memória: Tenho Medo!!!	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manusear personagens simpáticos e divertidos</li> <li>• Discriminar os personagens</li> <li>• Identificar os personagens</li> </ul>
<b>SESSÃO 14.</b>	
BRINQUEDO 14: Dado: Que susto!!!	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discriminar a “carinha”</li> <li>• Fazer gestos para assustar</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora.

A proposta que fazemos no presente capítulo, listando atividades em forma de jogos, brincadeiras e histórias infantis que poderão ser desenvolvidas como metodologia de trabalho do pedagogo, psicólogo, psicopedagogo, recreacionista e outros, contudo não se constitui em uma “receita” a orientar a prática, mas um “guia” (a estes interventores) sobre como as atividades lúdicas podem ser viabilizadas na unidade pediátrica, bem como em salas de recreação, ou brinquedotecas hospitalares.

**SESSÃO 1.****BRINQUEDO 1: Bonecos (menina e menino) com bolsa e mochila com roupas****1.1. Material**

- Boneca

**FIGURA 1. Boneca e bolsa**

- Bolsa com roupas variadas: macacão, vestido, calcinha, sapatos e roupa de hospital

**FIGURA 2. Boneca: vestimentas e bolsa**



- Boneco

**FIGURA 3. Boneco e mochila**



- Mochila com roupas variadas: macacão, camisa, cueca, shorts, camiseta, sapatos e roupa de hospital

**FIGURA 4. Boneco: vestimentas e mochila**



## 1.2. Procedimento

A boneca aparece conversa com a criança (como fantoche) até que a criança a pega, manuseia, observa suas características peculiares (uso de peruca, corte na barriga onde pode se abrir e ver seus órgãos).

## 1.4. Possibilidades de ações observáveis

- não perceber que a boneca usa peruca
- perceber que a boneca usa peruca
- atribuir uma causa ao uso da peruca pela boneca
- imitar
- brincar com a boneca

## 1.4. Avaliação

### 1.4.1. Presença ou ausência dos sistemas de esquemas motores secundários

- despir
- vestir
- fechar
- colar

### 1.4.2. Presença dos sistemas lógicos

- correspondência: percepção das semelhanças e diferenças
- retorno empírico

início de reversibilidade: tirar as roupas da boneca e colocá-las em seguida na mesma ordem

noção espacial - ordem direta e inversa

#### **1.4.7. Construção da noção de causalidade**

explicar por que a boneca usa peruca

#### **1.4.8. Brincadeira simbólica**

brincar com a boneca de mamãe e filhinha, dar banho, vestir

#### **1.4.9. Atividade Perceptiva**

reparar que a boneca usa peruca, tem corte na barriga

#### **1.4.10. Aspectos sociais e afetivos do conhecimento**

descentração: sabe colocar-se no lugar do outro

gosta ou não gosta da boneca, trata-a com carinho, faz “pouco caso”

só faz o que lhe é pedido ou sugerido, não inventa nada, inicia uma dramatização, imagina uma história

## SESSÃO 2.

### BRINQUEDO 2: Bolsa com aparelhos utilizados no hospital

#### 1.1. Material

- Bolsa com aparelhos utilizados no hospital

#### FIGURA 5. Bolsa e aparelhos utilizados no hospital



#### 1.2. Procedimento

Apresentamos a bolsa como outra qualquer para a criança até que ela a pega, manuseia, observa os instrumentos que estão no seu interior (seringa, medidor de pressão, termômetro, bomba de oxigênio, aparelho para ouvir o coração, soro)

#### 1.4. Possibilidades de ações observáveis

- não perceber os instrumentos
- perceber os instrumentos
- atribuir a utilidade dos instrumentos
- imitar
- brincar com os instrumentos

#### 1.4. Avaliação

##### 1.4.4. Construção da noção de causalidade

- explicar para que servem os instrumentos

##### 1.4.5. Brincadeira simbólica

- brincar com os instrumentos de médico ou enfermeira

**1.4.6. Aspectos sociais e afetivos do conhecimento**

gosta ou não gosta da bolsa com os instrumentos

### SESSÃO 3.

#### BRINQUEDO 3. Livro: Vamos fazer compras?<sup>20</sup>

##### 1.1. Objetivo:

- Reconhecer as coisas de que mais gosta de comer, usar e brincar

##### 1.2. Material

- Livro de Literatura Infantil

##### 1.3. Procedimento

Convidar a criança para ouvir e participar da história. Para a criança do período sensório-motor, ajudamos, a procurar as peças para colar no livro interativo.

##### 1.4. Possibilidades de ações observáveis

- Encaixar os objetos conforme solicitados durante a história

##### 1.5. Avaliação

###### 1.5.1. Presença ou ausência dos sistemas de esquemas motores secundários

- Colar

###### 1.5.2. Conhecimento físico

Propriedades dos objetos

- Cores
- Discriminação de formas

###### 1.5.3. Noções que emergem por meio dos sistemas de significação (saber social)

- Identificar o objeto pelo uso e função
- Discriminar o objeto
- Nomear o objeto

###### 1.5.4. Brincadeira simbólica

- Brincar de fazer compras

###### 1.5.5. Aspectos sociais e afetivos do conhecimento

Maneira como a criança resolve o problema: experimenta, procura, investiga, fica irritada, pede ajuda, desliga-se, desiste, descobre, oferece soluções, ensio/erro; curiosidade, motivação, preservação, criação de novos meios; gosta, não gosta, sente prazer, sente-se orgulhosa de seus feitos.

---

<sup>20</sup> Livro criado e ilustrado pela autora.

## **SESSÃO 4.**

### **BRINQUEDO 4: Caixa de compras<sup>21</sup>**

#### **1. Objetivo:**

- Reconhecer os objetos e as formas
- Discriminar os objetos e as formas

#### **2. Material**

- Uma caixa-carrinho com orifícios em formas diferentes
- Uma lata de talco (quadrada)
- Uma lata de refrigerante (redonda)
- Um frasco de perfume ou desodorante (redondo)
- Um frasco de creme hidratante (achatado)

#### **3. Procedimento**

Convidar a criança para brincar de fazer compras e, depois, guardar a mercadoria no carrinho (não há cobranças). Conversamos sobre os objetos que, no início, ficam escondidos e são apresentados um a um, provocando a curiosidade na criança, ou são apresentados todos juntos dentro de um saco de supermercado. Se a criança não gosta de materiais como creme e perfume, isto é respeitado e, assim, ela não precisa abrir estes frascos e manipulá-los.

Para a criança que ainda está no período sensório-motor, oferecemos, no encaixe (guardar as compras no carrinho), primeiro a lata de talco quadrada, que é maior e que só encaixa num orifício, facilitando-se, deste modo, o sucesso da tarefa e estimulando-se a vontade de continuar experimentando.

#### **4. Possibilidades de ações observáveis**

- Abrir objetos
- Fechar objetos
- Colocar os objetos em cima do carrinho, sem, porém, encaixá-los
- Experimentar encaixar os objetos pequenos em orifícios grandes
- Encaixar por ensaio e erro
- Encaixar objetos pequenos orifícios grandes
- Sabe corrigir-se
- Acertar os objetos redondos
- Acertar dois objetos
- Acertar três objetos
- Acertar todos os objetos

#### **5. Avaliação**

##### **5.1. Presença ou ausência dos sistemas de esquemas motores secundários**

- Abrir

---

<sup>21</sup> Baseado em Heymeyer (1993)

- Fechar
- Chacoalhar
- Apertar
- Cheirar
- Beber
- Passar no corpo
- Encaixar
- jogar

### **5.2. Presença dos sistemas lógicos**

- Correspondência termo a termo
- Igualdade e desigualdade de formas e tamanhos
- Associação das formas e estabelecimento de relações *maior que e menor que*

### **5.3. Capacidade de imitação utilizando partes visíveis e invisíveis do corpo**

- Reconhecer partes do seu próprio corpo e do de outros
- Imitar gestos

### **5.4. Conhecimento físico**

Propriedades dos objetos

- Cheio # vazio
- Pesado # leve
- Discriminação de formas
- cheiro

### **5.5. Noções que emergem por meio dos sistemas de significação (saber social)**

- Identificar o objeto pelo uso e função
- Discriminar o objeto
- Nomear o objeto
- Nomear as partes do seu próprio corpo e do de outros

### **5.6. Compreensão de ordens que implicam noções dadas verbalmente por meio de seu cumprimento com uso de esquemas sensório-motores**

- Abra!
- Feche!
- Cheire!
- Passe a mão!
- Beba!
- Guarde!
- Encaixe!

- Passe na mão da mamãe!
- Jogue no lixo!
- Veja se está cheio, etc

### **5.7. Brincadeira simbólica**

- Brincar de fazer compras e leva-las para casa
- Brincar de beber refrigerantes
- Brincar de passar perfume
- Brincar de passar creme no corpo

### **5.8. Aspectos sociais e afetivos do conhecimento**

Maneira como a criança resolve o problema: experimenta, procura, investiga, fica irritada, pede ajuda, desliga-se, desiste, descobre, oferece soluções, ensio/erro; curiosidade, motivação, preservação, criação de novos meios; gosta, não gosta, sente prazer, sente-se orgulhosa de seus feitos.

## SESSÃO 5.

### BRINQUEDO 5: Encaixe, encaixe<sup>22</sup>

#### 1. Objetivo:

- Coordenação de meios conhecidos
- Descoberta de meios novos para resolver situações-problema

#### 2. Material

- Uma base com pino comprido
- Discos de madeira com orifício para encaixe
- Um disco sem orifício
- Umas peças em formatos de (flôres, quadrado, círculo, triângulo, cilindro)

#### 3. Procedimento

Oferecemos o material montado, sem explicações, e damos ajuda física quando necessária. Se for preciso, desmontamos o brinquedo. Misturamos a peça sem orifício com as demais.

#### 4. Possibilidades de ações observáveis

- Desmontar
- Juntar as peças perto da base sem encaixá-las
- Tentar encaixar em pé
- Encaixar os discos
- Encaixar os objetos variados
- Abandonar o objeto por não conseguir encaixar
- Descobrir a falta de orifício para encaixe
- Explicar porque não encaixa
- Saber dar uma solução

#### 5. Avaliação

##### 5.1. Presença ou ausência dos sistemas de esquemas motores secundários

- Tirar
- Colocar
- Encaixar

##### 5.2. Presença dos sistemas lógicos

- Encaixe (conteúdo e continente)
- Percepção do problema da semelhança e diferença
- Presença ou não do estabelecimento de meios para fins (se..., então...)
- Tamanhos (ordenação)

---

<sup>22</sup> Baseado em Heymeyr (1993). Formas criadas pela autora.

Quantificação: alguns (1,2,3...); todos; nenhum

### **5.3. Conhecimento físico**

Propriedades dos objetos

Cores e formatos

### **5.4. Aspectos sociais e afetivos do conhecimento**

Maneira como a criança resolve o problema: experimenta, procura, investiga, fica irritada, pede ajuda, desliga-se, desiste, descobre, oferece soluções, ensio/erro; curiosidade, motivação, preservação, criação de novos meios; gosta, não gosta, sente prazer, sente-se orgulhosa de seus feitos.

## SESSÃO 6.

### BRINQUEDO 6: “Carinhas” dos sentimentos<sup>23</sup>

#### 1. Objetivo:

- Reconhecer o que está sentindo
- Discriminar a “carinha” do que está sentindo no momento

#### 2. Material

- Pedacos de madeira com formato de círculo

#### 3. Procedimento

Convidar a criança a pegar a “carinha” que expressa o que ela está sentindo no momento da que iniciamos a brincadeira. Explicamos a ela que esta “carinha” pode ser trocada durante e ao final da brincadeira. Pedimos que explique porque escolheu àquela “carinha”.

#### 4. Possibilidades de ações observáveis

- Escolher a “carinha” que expresse seus sentimentos
- Explicar a escolha da “carinha”
- Não conseguir explicar

#### 5. Avaliação

##### 5.1. Presença ou ausência dos sistemas de esquemas motores secundários

- Jogar

##### 5.2. Capacidade de imitação utilizando partes visíveis e invisíveis do corpo

- Expressar o que está sentindo

##### 5.3. Noções que emergem por meio dos sistemas de significação (saber social)

- Reconhecer o que está sentindo
- Discriminar seus sentimentos
- Explicar o que está sentindo

##### 5.4. Aspectos sociais e afetivos do conhecimento

Maneira como a criança resolve o problema: experimenta, procura, investiga, fica irritada, pede ajuda, desliga-se, desiste, descobre, oferece soluções, ensio/erro; curiosidade, motivação, preservação, criação de novos meios; gosta, não gosta, sente prazer, sente-se orgulhosa de seus feitos.

---

<sup>23</sup> Atividade elaborada pela autora.

## SESSÃO 7.

### BRINQUEDO 7: Dado dos sentimentos<sup>24</sup>

#### 1. Objetivo:

- Discriminar a “carinha” do sentimento
- Fazer gestos de sentimentos

#### 2. Material

- Pedacos de madeira com formato de quadrado

#### 3. Procedimento

Convidar a criança a jogar o dado dos sentimentos. Fazer através de gestos o sentimento tirado.

#### 4. Possibilidades de ações observáveis

- Imitar através de gestos a figura que representa o sentimento tirado no dado
- Não conseguir imitar

#### 5. Avaliação

##### 5.1. Presença ou ausência dos sistemas de esquemas motores secundários

- Jogar o dado
- Realizar gestos

##### 5.2. Capacidade de imitação utilizando partes visíveis e invisíveis do corpo

- Imitar o sentimento tirado no dado

##### 5.3. Noções que emergem por meio dos sistemas de significação (saber social)

- Discriminar os sentimentos
- Reconhecer o sentimento tirado
- Imitar o sentimento tirado

##### 5.4. Brincadeira simbólica

- Brincar de fazer gestos de alegria
- Brincar de fazer gestos de tristeza
- Brincar de fazer gestos de raiva
- Brincar de fazer gestos de cansaço
- Brincar de fazer gestos de medo
- Brincar de fazer gestos de dor

---

<sup>24</sup> Atividade elaborada e ilustrada pela autora.

**5.5. Aspectos sociais e afetivos do conhecimento**

Maneira como a criança resolve o problema: experimenta, procura, investiga, fica irritada, pede ajuda, desliga-se, desiste, descobre, oferece soluções, ensio/erro; curiosidade, motivação, preservação, criação de novos meios; gosta, não gosta, sente prazer, sente-se orgulhosa de seus feitos.

## SESSÃO 8.

### BRINQUEDO 8: Trio dos sentimentos<sup>25</sup>

#### 1. Objetivo:

- Formar um trio de sentimentos que é composto por três cartas
- Identificar os diferentes sentimentos

#### 2. Material

- Pedacos de madeira com formato de quadrado
- Cartas confeccionadas de papel cartão e plastificada

#### 3. Procedimento

Convidar a criança a jogar. Distribuir três cartas para cada participante (criança, nós e a mãe, por exemplo). Disponha as demais sobre a mesa com a ilustração à mostra. Os participantes deverão formar um trio de sentimentos. Cada participante, à sua vez, joga o dado e compra o sentimento indicado pelo cubo e, assim, tenta formar o seu trio. Se o dado cair no coringa, o participante pode escolher a carta que quiser. Quando acabar as cartas da mesa, a compra será feita no baralho do oponente sempre à direita. O jogador solicita ao adversário a carta correspondente ao sentimento indicado no dado. Caso este não a tenha em seu baralho, o jogador solicitante perde a sua vez e o próximo continua a partida. A partida só termina quando é alcançado o objetivo do jogo: formar um trio de sentimentos.

#### 4. Possibilidades de ações observáveis

- Prestar atenção nas ações dos participantes

#### 5. Avaliação

##### 5.1. Presença ou ausência dos sistemas de esquemas motores secundários

- Jogar o dado
- Realizar o trio de sentimentos

##### 5.2. Noções que emergem por meio dos sistemas de significação (saber social)

- Discriminar os sentimentos
- Reconhecer o sentimento tirado

##### 5.3. Aspectos sociais e afetivos do conhecimento

Maneira como a criança resolve o problema: experimenta, procura, investiga, fica irritada, pede ajuda, desliga-se, desiste, descobre, oferece soluções, ensio/erro; curiosidade, motivação, preservação, criação de novos meios; gosta, não gosta, sente prazer, sente-se orgulhosa de seus feitos.

<sup>25</sup> Atividade elaborada por Raquel Gomide Panosso.

## SESSÃO 9.

### BRINQUEDO 9: Jogo da memória de sentimentos<sup>26</sup>

#### 1. Objetivo:

- Discriminar as “carinhas” dos sentimentos
- Identificar as “carinhas” dos sentimentos

#### 2. Material

- Pedacos de madeira com formato de círculo

#### 3. Procedimento

Convidar a criança a jogar. Explicar as regras do jogo. Conversar com a criança sobre as “carinhas” dos sentimentos. Virar e misturar “carinhas” dos sentimentos. A criança terá que virar uma das carinhas e descobrir onde está a outra carinha. Ganha o jogo quem virar mais peças iguais.

#### 4. Possibilidades de ações observáveis

- Acertar uma ou mais “carinhas” dos sentimentos

#### 5. Avaliação

##### 5.1. Presença ou ausência dos sistemas de esquemas motores secundários

- Virar
- Desvirar

##### 5.2. Presença dos sistemas lógicos

- Associação das formas das “carinhas” e estabelecimento de relações de *igualdade e desigualdade*

##### 5.3. Conhecimento físico

Propriedades dos objetos

- Igualdade ≠ desigualdade
- Discriminação de formas

##### 5.4. Noções que emergem por meio dos sistemas de significação (saber social)

- Discriminar os sentimentos

##### 5.5. Aspectos sociais e afetivos do conhecimento

Maneira como a criança resolve o problema: experimenta, procura, investiga, fica irritada, pede ajuda, desliga-se, desiste, descobre, oferece soluções, ensio/erro; curiosidade, motivação, preservação, criação de novos meios; gosta, não gosta, sente prazer, sente-se orgulhosa de seus feitos.

---

<sup>26</sup> Adaptado e ilustrado pela autora.

## SESSÃO 10.

### BRINQUEDO 10: Colar de objetos<sup>27</sup>

#### 1. Objetivo:

- Coordenação de meios conhecidos
- Coordenação motora fina

#### 2. Material

- Objetos de madeira com um orifício central
- Objetos de madeira sem orifício
- Objetos de madeira com dois orifícios
- Um pedaço de fio

#### 3. Procedimento

Oferecemos a caixa com os objetos (formato de quadrado, círculo, flôres, bonecos) e o fio e convidamos a criança para fazer um colar. Misturamos a peça sem orifício com as demais. Damos ajuda física quando necessária.

#### 4. Possibilidades de ações observáveis

- Manusear os objetos e o fio, sem encaixá-las
- Colocar o fio no orifício do objeto, mas sem organizar os seus movimentos, a fim de puxá-lo do outro lado da conta
- Enfiar todos os objetos
- Forçar o encaixe da conta com um só orifício
- Descobrir, experimentando, a falta do orifício para encaixe
- Perceber antes a falta de orifício para encaixe sem nem tentar encaixar este objeto
- Explicar por que não encaixa
- Saber dar uma solução
- Não tentar amarrar o fio para amarrar o colar
- Conseguir amarrar o fio para formar o colar

#### 5. Avaliação

##### 5.1. Presença ou ausência dos sistemas de esquemas motores secundários

- Tirar
- Colocar
- Encaixar

##### 5.2. Presença dos sistemas lógicos

- Encaixe (conteúdo e continente)

---

<sup>27</sup> Adaptado pela autora, formato das peças e desenho.

- Percepção do problema da semelhança e diferença
- Presença ou não do estabelecimento de meios para fins (se..., então...)
- Tamanhos (ordenação)
- Quantificação: alguns (1,2,3...); todos; nenhum

### **5.3. Conhecimento físico**

Propriedades dos objetos

- Cores e formatos

### **5.4. Aspectos sociais e afetivos do conhecimento**

Maneira como a criança resolve o problema: experimenta, procura, investiga, fica irritada, pede ajuda, desliga-se, desiste, descobre, oferece soluções, ensio/erro; curiosidade, motivação, preservação, criação de novos meios; gosta, não gosta, sente prazer, sente-se orgulhosa de seus feitos.

**SESSÃO 11.****BRINQUEDO 11. Livro: Mamãe, tenho medo!<sup>28</sup>****9.1. Objetivo:**

- Identificar o sentimento de medo
- Reconhecer as coisas de que mais tem medo

**9.2. Material**

- Livro de Literatura Infantil

**9.3. Procedimento**

Convidar a criança para ouvir e participar da história. Para a criança do período sensório-motor, ajudamos, a procurar as peças para colar no livro interativo.

**9.4. Possibilidades de ações observáveis**

- Encaixar os objetos conforme solicitados durante a história

**9.5. Avaliação****9.5.1. Presença ou ausência dos sistemas de esquemas motores secundários**

- Colar

**9.5.2. Conhecimento físico**

Propriedades dos objetos

- Cores
- Discriminação das figuras

**9.5.3. Noções que emergem por meio dos sistemas de significação (saber social)**

- Identificar a figura
- Discriminar a figura
- Nomear a figura

**9.5.4. Brincadeira simbólica**

- Brincar de fazer caretas
- Brincar de assustar

**9.5.5. Aspectos sociais e afetivos do conhecimento**

Maneira como a criança resolve o problema: experimenta, procura, investiga, fica irritada, pede ajuda, desliga-se, desiste, descobre, oferece soluções, ensio/erro; curiosidade, motivação, preservação, criação de novos meios; gosta, não gosta, sente prazer, sente-se orgulhosa de seus feitos.

---

<sup>28</sup> Livro criado e ilustrado pela autora.

## SESSÃO 12.

### BRINQUEDO 12: Kit: Não tenha medo de Bruxas, Fantasmas & Cia!!!<sup>29</sup>

#### 1. Objetivo:

- Manusear personagens simpáticos e divertidos

#### 2. Material

- Sete peças de madeira (morcego; abóbora - Jack on lantern; bruxa; fantasma; gato preto; mostrinho/bicho papão e um Frank Stein)

#### 3. Procedimento

Convidar a criança para brincar com os personagens divertidos. Pedir que falem dos personagens.

#### 4. Possibilidades de ações observáveis

- Encaixar os objetos conforme solicitados

#### 5. Avaliação

##### 5.1. Presença ou ausência dos sistemas de esquemas motores secundários

- Encaixar

##### 5.2. Conhecimento físico

Propriedades dos objetos

- Cores
- Discriminação das figuras

##### 5.3. Noções que emergem por meio dos sistemas de significação (saber social)

- Identificar a figura
- Discriminar a figura
- Nomear a figura

##### 5.4. Brincadeira simbólica

- Brincar de fazer caretas
- Brincar de assustar

##### 5.5. Aspectos sociais e afetivos do conhecimento

Maneira como a criança resolve o problema: experimenta, procura, investiga, fica irritada, pede ajuda, desliga-se, desiste, descobre, oferece soluções, ensio/erro; curiosidade, motivação, preservação, criação de novos meios; gosta, não gosta, sente prazer, sente-se orgulhosa de seus feitos.

---

<sup>29</sup> Criado por Raquel Faconti, 2001.

## SESSÃO 13.

### BRINQUEDO 13: Jogo da memória: Tenho medo!!<sup>30</sup>

#### 1. Objetivo:

- Manusear personagens simpáticos e divertidos
- Discriminar os personagens
- Identificar os personagens

#### 2. Material

- Pedacos de madeira com formato de quadrado

#### 3. Procedimento

Convidar a criança a jogar. Explicar as regras do jogo. Conversar com a criança sobre os personagens. Virar e misturar os personagens que assustam. A criança terá que virar uma das peças e descobrir onde está a outra peça com o personagem igual. Ganha o jogo quem virar mais peças iguais.

#### 4. Possibilidades de ações observáveis

- Acertar uma ou mais peças

#### 5. Avaliação

##### 5.1. Presença ou ausência dos sistemas de esquemas motores secundários

- Virar
- Desvirar

##### 5.2. Presença dos sistemas lógicos

- Associação das formas dos personagens e estabelecimento de relações de *igualdade e desigualdade*

##### 5.3. Conhecimento físico

Propriedades dos objetos

- Igualdade # desigualdade
- Discriminação de formas

##### 5.4. Noções que emergem por meio dos sistemas de significação (saber social)

- Discriminar os personagens

##### 5.5. Aspectos sociais e afetivos do conhecimento

Maneira como a criança resolve o problema: experimenta, procura, investiga, fica irritada, pede ajuda, desliga-se, desiste, descobre, oferece soluções,

---

<sup>30</sup> Adaptado e ilustrado pela autora.

ensio/erro; curiosidade, motivação, preservação, criação de novos meios; gosta, não gosta, sente prazer, sente-se orgulhosa de seus feitos.

## SESSÃO 14.

### BRINQUEDO 14: Dado: Que susto!!<sup>31</sup>

#### 1. Objetivo:

- Discriminar a “carinha”
- Fazer gestos para assustar

#### 2. Material

- Pedacos de madeira com formato de quadrado

#### 3. Procedimento

Convidar a criança a jogar o dado dos sentimentos. Fazer através de gestos o sentimento tirado.

#### 4. Possibilidades de ações observáveis

- Imitar através de gestos a figura tirada no dado
- Não conseguir imitar

#### 5. Avaliação

##### 5.1. Presença ou ausência dos sistemas de esquemas motores secundários

- Jogar o dado
- Realizar gestos

##### 5.2. Capacidade de imitação utilizando partes visíveis e invisíveis do corpo

- Imitar a figura tirada no dado

##### 5.3. Noções que emergem por meio dos sistemas de significação (saber social)

- Discriminar os sentimentos
- Reconhecer o sentimento tirado
- Imitar o sentimento tirado

##### 5.4. Brincadeira simbólica

- Brincar de fazer gestos de alegria
- Brincar de fazer gestos de tristeza
- Brincar de fazer gestos de raiva
- Brincar de fazer gestos de cansaço
- Brincar de fazer gestos de medo
- Brincar de fazer gestos de dor

##### 5.5. Aspectos sociais e afetivos do conhecimento

---

<sup>31</sup> Atividade elaborada e ilustrada pela autora.

Maneira como a criança resolve o problema: experimenta, procura, investiga, fica irritada, pede ajuda, desliga-se, desiste, descobre, oferece soluções, ensio/erro; curiosidade, motivação, preservação, criação de novos meios; gosta, não gosta, sente prazer, sente-se orgulhosa de seus feitos.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

### *SOBRE A VIDA...*

*Certa vez, dois homens seriamente doentes estavam na mesma enfermaria de um grande hospital. O cômodo era bastante pequeno, e nele havia uma janela que dava para o mundo. Um dos homens tinha, como parte do seu tratamento, permissão para sentar-se na cama por uma hora durante as tardes (para a drenagem de fluidos de seus pulmões). Sua cama ficava perto da janela. O outro, contudo, tinha de passar todo o seu tempo deitado de barriga para cima. Todas as tardes, quando o homem cuja cama ficava perto da janela era colocado em posição sentado, ele passava o tempo descrevendo o que via lá fora.*

*A janela aparentemente dava para um parque onde havia um lago. Havia patos e cisnes no lago, e as crianças iam atirar-lhes pão e colocar na água barcos de brinquedo. Jovens namorados caminhavam de mãos dadas entre as árvores e havia flores, gramados e jogos de bola. E ao fundo, por trás da fileira de árvores, avistava-se o belo contorno dos prédios da cidade.*

*O homem deitado ouvia o homem sentado descrever tudo isso, apreciando todos os minutos. Ouviu sobre como uma criança quase caiu no lago, e sobre como as garotas estavam bonitas em seus vestidos de verão. As descrições do seu amigo eventualmente o fizeram sentir que quase podia ver o que estava acontecendo lá fora...*

*Então, em uma bela tarde, ocorreu-lhe um pensamento: Por que o homem que ficava perto da janela deveria ter todo o prazer de ver o que estava acontecendo? Por que ele não podia ter essa chance? Sentiu-se envergonhado, mas quanto mais tentava não pensar assim, mais queria uma mudança. Faria qualquer coisa!*

*Numa noite, enquanto olhava para o teto, o outro homem subitamente acordou tossindo e sufocando, suas mãos procurando o botão que faria a enfermeira vir correndo. Mas ele o observou sem se mover... mesmo quando o som de respiração parou. De manhã, a enfermeira encontrou o outro homem morto, e silenciosamente levou embora o seu corpo.*

*Logo que pareceu apropriado, o homem perguntou se poderia ser colocado na cama perto da janela. Então, colocaram-no lá, aconchegaram-no sob as cobertas e fizeram com que se sentisse bastante confortável. O minuto em que saíram, ele apoiou-se sobre um cotovelo, com dificuldade e sentindo muita dor, olhou para fora da janela. Viu apenas um muro...*

*"E a vida é, sempre foi e será aquilo que nós a tornamos"*

**Autor desconhecido**

Foto: Serviço voluntariado do Centro Infantil Boldrini/Campinas

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas, têm ocorrido grandes avanços na assistência à saúde da criança, mas ainda presenciamos no cotidiano de saúde infantil um grande número de crianças que são hospitalizadas por diferentes motivos, sendo a causa desta, muitas vezes, inevitável. Estas crianças, quando hospitalizadas, ficam expostas a uma série de riscos, tanto do ponto de vista físico, quanto psicológico.

Para Camon (1998) o trabalho junto a crianças doentes e hospitalizadas mostra, basicamente, quanto se deve lutar pela humanização do atendimento, quanto se deve proteger a criança, esse ser tão dependente de outro(s) de um atendimento técnico, impessoal e agressivo.

A doença é um ataque à criança como um todo e seu desenvolvimento emocional também estará bastante comprometido. Além disso, existem vários fatores inerentes à hospitalização e, várias conseqüências nocivas dessa medida que contribuem para o aparecimento de problemas existenciais e emocionais graves, adversos ao desenvolvimento da criança hospitalizada e doente.

Quando enfatizamos o uso do lúdico, no ambiente hospitalar, com crianças, como uma proposta de intervenção de trabalho do pedagogo, psicólogo, psicopedagogo, recreacionista e outros, queremos chamar a atenção para a possibilidade de criarmos para as crianças enfermas um espaço mais divertido e dinâmico.

Há um consenso, entre os mais diversos autores, em considerar uma "essência lúdica" natural e própria da espécie humana, onde essa essência encaixa-se como um modo especial, através do qual o ser humano, e em especial, a criança, interage com o mundo humano e não-humano. Dessa forma, as atividades classificadas como "lúdicas" são caminhos pelos quais as crianças se aproximam da realidade exterior, ao mesmo tempo, que recriam através da fantasia, a construção de seu psiquismo, alcançando níveis mais elevados de desenvolvimento físico e mental, e para que possam, então, transformar criativamente a realidade.

Piaget (1975) acredita que o jogo simbólico pode servir para a liquidação de conflitos, para a compensação de necessidades não satisfeitas, para a inversão de papéis, para a liberação e extensão do eu.

Enfatizamos, então, o uso do lúdico no contexto hospitalar, afirmando que é possível e viável que essa instituição abra suas portas para receber toda magia e fascínio que a atividade lúdica pode proporcionar as crianças enfermas.

O brincar é o caminho possível quando lidamos com a criança. As experiências com as crianças nos têm revelado que o brincar é um conceito e um instrumento transdisciplinar que atravessa toda e qualquer prática com as crianças, um dos poucos que pode permitir um verdadeiro diálogo interdisciplinar. É através dele que se processa a organização do sujeito. É também, uma via privilegiada de expressão e de apreensão da realidade. O brincar permite o acesso ao simbólico e aos processos de complexificação da vida.

Pensamos que todo profissional que lida com a criança que não torna possível o brincar ou considera-o como algo secundário, certamente estará mutilando o processo discursivo da criança.

O jogo para o ser humano é uma linguagem: uma linguagem analógica, não-verbal e gestual sobre a qual a maioria das pessoas tem pouco conhecimento, talvez por considerá-lo algo “infantil” e irrelevante, algo que não merece muita importância.

J. (5a) se utilizou da linguagem do brincar para apreender novas situações, elaborando psicologicamente vivências de seu cotidiano e possíveis conflitos internos. Dessa forma, o brincar facilita o acesso à atividade simbólica, já que, através dos jogos simbólicos, a realidade externa pode ser assimilada à realidade interna. Podemos dizer que J. (5a) se apropria de experiências dolorosas através do brincar, esse espaço de ilusão situado entre o real e a fantasia. Ela passa, então, a ser sujeito e não somente objeto da experiência.

A atividade lúdica pode funcionar como um agente reorganizador o que, por sua vez, implicaria a produção de sentido para as experiências vividas por J. (5a). Logo, como já foi dito, o brincar possui uma dimensão ontológica na constituição do sujeito. Também, não podemos deixar de levar em consideração o fato de que, uma vez

caracterizado como linguagem, o brincar é uma forma de expressão e uma maneira pela qual a criança se relaciona com o mundo à sua volta.

Gostaríamos agora de tecer comentários sobre nossa pesquisa com o coração e não com a razão, mas fundados nos conhecimentos que ampliaram nosso campo de visão e abriram nosso coração para podermos enxergar melhor esta criança.

Brincando com J. (5a) aprendemos muito com ela, ou seja, aprendemos a observar o mundo sob um outro ângulo, com os olhos das crianças.

Para estar com as crianças no hospital é necessário planejar tudo. Ligar o motor da atenção e do respeito que elas merecem.

Entendemos que desse modo, qualquer lugar pode se transformar num lugar encantado. Se permitida, a brincadeira se estabelece como que naturalmente. Sentimos que a proposta é deixar a criança livre para se expressar da maneira como lhe convém. Percebemos que a criança brinca, independente do lugar. Não importa se o local onde ela está é desprovido de brinquedos, pois aos olhos da criança tudo é brinquedo.

E foi assim que resolvemos dar asas a nossa imaginação, quando interagimos com J (5a). Assim, iniciamos buscando ouvir mais e falar o essencial, ter mais cuidado com nossas “palavras”, deixar as histórias e brincadeiras fluírem e se misturarem. E, ainda, se sentir feliz ao ouvir um “não” como: “não, hoje eu não quero brincar”. É isso mesmo! Um “não” pode ser muito importante para quem não pode nunca negar as agulhas, os remédios, os tratamentos de um hospital.

Nós adoramos “brincar” com as crianças do hospital. Isso nos completa como ser humano: saber que podemos levar alegria às crianças em seus momentos difíceis, ainda que por alguns instantes, pois nada é para sempre, a não ser a morte. O que mais gostamos quando estamos entre elas é ver que, mesmo doentes, conseguem sorrir e querem até brincar.

A pureza de uma criança não se acaba mesmo tendo ela uma carga grande para carregar sozinha. É um verdadeiro ensinamento de aceitação e transformação para qualquer adulto. Sempre que pensamos nisso temos a certeza do quanto é maravilhoso ser criança. E assim, conseguimos resgatar a nossa criança interior. Acreditamos que não precisamos nos modificar, somos o que somos dentro e

fora do hospital. Até porque com as crianças, tudo é verdadeiro e puro, e assim devemos ser também. Do contrário, elas perceberiam que nós não estamos sendo naturais em nossas atitudes. Na verdade, aprendemos mais do que acreditamos ensinar-lhes.

Com as crianças aprendemos uma verdadeira lição, que todos deveriam aprender, especialmente aqueles que estão sempre lamentando a vida. Aprendemos que devemos seguir em frente, pois a vida tem que ser vivida a todo minuto. Devemos olhar para trás e tentar ver quantas crianças não terão a mesma oportunidade de chegar onde estamos hoje.

As crianças atendidas durante a realização deste trabalho, sendo as atendidas no Hospital de Câncer ou na ONG Viver, recebiam os brinquedos como um meio de se atingir objetivos mais amplos, ou seja, fazer com que elas expressassem seus sentimentos decorrentes da hospitalização. Enquanto os pacientes brincavam, nós permanecíamos junto a eles, apoiando-os, conversando e brincando.

O resultado desta interação com J. (5a) foram surpreendentes na medida que enquanto brincávamos, J (5a) conseguia exprimir seus medos, falar sobre a doença, o tratamento e o hospital. Brincando e conversando verificamos que os medos, as dúvidas, os acontecimentos e as condutas foram elaborados e explicados.

O brinquedo agiu por si, dentro da situação, preparando caminho para nossa intervenção, na medida em que J. (5a) era incentivada a se expressar livremente. Manipulando brinquedos, criando situações parecidas com as já vivenciadas, J. (5a) conseguira, com alguma facilidade, aliviar o sofrimento causado pela hospitalização. Nesse contexto, J. (5a) não brincava por brincar. Mesmo que ela não conseguisse exprimir nenhum conteúdo mais expressivo durante o jogo, o fato de poder brincar, mexer com os brinquedos, sair do leito, sentir-se apoiada, já traz um enorme alívio, dando condições de agir diante desta situação.

Durante os atendimentos, percebemos que J. (5a) se preocupava com as outras crianças, pois muitas vezes, convidou-as para brincar conosco. Percebemos que J. (5a), então, deixava de ser "paciente" que assistia e temia o desenrolar dos

acontecimentos, sem nada saber. Ela realmente participava, entendia, se preocupava e se cuidava. Com isso, observamos que J. (5a) sofria menos.

Observamos que J. (5a) mostrara grande facilidade em se entregar às atividades programadas, mesmo passando por experiências dolorosas.

O clima de confiança é uma das condições indispensáveis para que o brincar possa existir e a hospitalização, o tratamento e internamento podem interferir significativamente na capacidade da criança de confiar nos adultos que cuidam dela. É importante que os profissionais de saúde planejem suas intervenções a fim de propiciar esse clima. Observamos que os voluntários da ONG Viver e os profissionais de saúde do ICL demonstram um cuidado muito grande nas intervenções com as crianças. Percebemos e sentimos que cuidam das crianças com bastante afetividade e que participaram junto, a nós, pesquisadores, das brincadeiras com as crianças. Sentimos muitas vezes que alguns dos profissionais da saúde nos aguardavam como a criança para intervenção, ou seja, para a visita de Carol (nome dado a boneca)

Fortalecer os laços de confiança entre a criança e seus pais também é um outro fator muito importante. Percebemos, durante nossa intervenção, que a mãe, em nosso caso especificamente, também necessita de apoio profissional. Percebemos e sentimos, através do relato fornecido na entrevista, o quanto à mãe se sente fragilizada e impotente diante do diagnóstico do filho.

*Peço a Deus para me dar forças, principalmente, aqui no hospital quando tenho que ficar com J. (5a). Não é fácil ver sua filha doente e outras crianças também. A família fica dividida, eu aqui com J. (5a) e meus outros filhos em casa precisando de mim. É muito sofrimento!*

Apesar da dor e sofrimento, podemos afirmar que nossa relação com J. (5a) e sua mãe foi caracterizada como positiva e descrita como de amizade, ajuda, compreensão, colaboração, cordialidade e proximidade. A participação da mãe de J. (5a) foi efetiva nas atividades lúdicas, não só na ajuda a sua filha, mas brincando

também de igual para igual, declarando se sentir como criança. A Mãe de J. (5a) sempre esteve presente.

Enfatizamos, então a ela, da importância desta relação mãe-criança dentro do hospital. Da participação dela nos momentos em que é solicitada pela criança, como também, das brincadeiras. Explicamos, ainda, da importância do brincar como uma forma da criança experienciar situações ou uma nova situação, compreender seu estado e o de liquefazer seus conflitos.

Enfim, que **o brincar permite a criança DIZER.**

**O brincar permite a criança VIVER.**

Afirmamos, então, que o brincar possibilita a abertura de um campo onde aspectos da subjetividade se encontram com os elementos da realidade externa possibilitando à criança enferma liquidar seus conflitos através do brincar.

Assim como J (5a) existiram outras crianças que nos emocionaram durante nossa estada no hospital, bem como, de algumas enfermeiras “sensíveis” e outros funcionários do hospital que participaram de nossa interação com a criança.

As crianças que estão no hospital nos levam a um mundo que jamais imaginamos.

Por fim, gostaríamos de afirmar que trabalhar junto a crianças doentes e hospitalizadas é tarefa que exige muita dedicação e, principalmente, muito amor. Amor para dar e receber. Amor para aliviar, prevenir e curar. As crianças doentes e hospitalizadas nos ensinam a viver. Portanto, trabalhar junto a elas é aprender a viver.



**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

*Foto: Brinquedoteca do Hospital Sanatorinhos, Carapicuíba/SP*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABERASTURY, Arminda. **A criança e seus jogos**. Porto Alegre : Artes Médicas 1992. 2<sup>a</sup>. ed.

\_\_\_\_\_. **Psicanálise de crianças**: teoria e técnicas. Porto Alegre : Artes Médicas, 199.

AJURIAGUERRA, J. **Manual de Psiquiatria Infantil**. Barcelona : Toray-Masson, 1973.

AJURIAGUERRA, J. e MARCELLI, D. **Manual de Psicopatologia Infantil**. Porto Alegre Artes : Médicas, 1991.

\_\_\_\_\_. **A percepção da morte na criança**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1984.

ALVES, A. J. O planejamento de pesquisas qualitativas em educação. **Cadernos de Pesquisas**. N.7, p.53-61., 1991.

ALVES, R. A morte como conselheira. In : CASSORLA, R.M.S. **Da Morte**. São Paulo, Papyrus, 1991.

ANGELO, Margareth. **Brinquedo**: Um caminho para a compreensão da criança hospitalizada. Revista Esc. Enf. USP n.19 (3), p.213-223. São Paulo,1983.

ANTUNES, Celso. **Jogos para a estimulação das múltiplas inteligências**. Petrópolis, RJ : Vozes, 1999.

ARIES, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro : Guanabara, 1986.

\_\_\_\_\_. **História da morte no ocidente**. Lisboa, Ed. Teorema, 1989.

AZEVEDO, Maria Rita Zoega Soares de, **Papel e importância do lúdico para profissionais de saúde**: Análise de jogos e brincadeiras em um contexto hospitalar. Dissertação de Mestrado. Londrina : 1999.

BARBOSA, Luís Torres. **Aspectos psico-sociais da assistência à criança hospitalizada**. Rio de Janeiro: Imprensa Universitária, 1984. 31p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa : Edições 70, 1977.

BENJAMIM,W. **Reflexões**: A Criança, O Brinquedo, A Educação. São Paulo : Summus, 1984.

BENJAMIM, W. **Brinquedo e Brincadeira**. In: Obras Escolhidas, vol. 1, Magia e Técnica, Arte e Política, 3 ed., São Paulo : Brasiliense, 1987.

BERGÈS, Jean; BALBO, Gabriel. **A criança e a Psicanálise**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1997.

BETTELHEIM, B. **Uma vida para seu filho**. Pais bons o bastante. 28.ed.Rio de Janeiro : Campus,1989.

BOMTEMPO, E. **Brinquedos**: critérios de classificação e análise.Cadernos do EDM: Comunicações & Debates (São Paulo): v.2, n.2,p.36-44, 1990. Bimestral.

\_\_\_\_\_. A brincadeira de faz-de-conta: lugar do simbolismo, da representação, do imaginário. In: Kishimoto, Tizuko M. **Jogo, brinquedo, brincadeira e educação**. São Paulo : Cortez, 1996.

\_\_\_\_\_. Brinquedo e brincadeira: usos e significações dentro de contextos culturais. In: SANTOS, S. M. P. (Org). **Brinquedoteca**: o lúdico em difentes contextos. Petrópolis, R.J : Vozes, 1997.

\_\_\_\_\_. Brincar, fantasiar, criar e aprender. In: OLIVEIRA, Vera Barros. **O Brincar e a criança do nascimento aos seis anos**. Petrópolis, RJ : Vozes, 2000.

BONILHA, Ana Lúcia de Lorenzi. **O brinquedo, a criança e o Hospital**. Revista O mundo da Saúde, IV trimestre. São Paulo, 1985.

BOSS, M. **Angústia, culpa e libertação**: ensaios de psicanálise existencial. São Paulo : Livraria duas cidades, 1991.

BOWLBY, J. The mature of the child's tie to his mother. **Intern. J. Psycho-Analysis**. V. 39, p.350-73, 1958.

BRAZELTON, Berry T. **Três a seis anos**: Momentos decisivos do desenvolvimento infantil. Porto Alegre : ArtMed, 2003.

BRUNNER, J. S. **O processo de Educação**. São Paulo : Nacional, 1971.

\_\_\_\_\_. **Attachment and loss**. London, Hogarth Press, 1969.

CAMARGO, Luiz O Lima. **Educação para o Lazer**. São Paulo : Moderna, 1998 – Coleção Polêmica.

CAMON, Valdemar Augusto, ANGERAMI (org.) **E a Psicologia entrou no Hospital**. Pioneira : São Paulo, 2002.

\_\_\_\_\_. **Urgências Psicológicas no Hospital.** São Paulo : Pioneira, 1998.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação.** Editora Cultrix : São Paulo, 1995.

CARVALHO, L.M.G. **As atividades lúdicas e a criança com paralisia cerebral, o jogo, o brinquedo e a brincadeira no cotidiano da criança e da família.** Campinas : 1998.

CARVALHO, Maria Cecília M. de. **O estudo de textos teóricos. Construindo o saber:** técnicas de Metodologia Científica. Campinas : Papyrus, 1994. 4ª ed.

CASSORLA, R.M.S. **Da Morte.** São Paulo : Papyrus, 1991.

CECCIM, R.B. e colaboradores. **Criança hospitalizada:** atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre, Editora da Universidade/UFRGS, 1997.

\_\_\_\_\_. **Programa escolar hospitalar:** relatórioriança hospitalizada: enfermidades com repetidas ou prolongadas internações e atenção integral como escuta à vida. Projeto de Extensão - Pró-Reitoria de Extensão - Faculdade de educação/Faculdade de Medicina - UFRGS, 1995.

\_\_\_\_\_. **Classes hospitalares no Brasil.** Reunião de Trabalho na Classe hospitalar do Hospital Municipal Jesus. Rio de Janeiro, Secretaria Municipal da Saúde/Hospital Municipal Jesus - Secretaria Municipal da Educação/Classe Hospitalar Jesus, 1998.

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do adolescente - **Direitos da criança e do adolescente hospitalizados.** Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995. Brasília, Imprensa Oficial, 1995.

COSTA, M.L.A. **Piaget e a intervenção psicopedagógica.** São Paulo : Olho d'água, 1997.

COLL, César; PALACIOS, Jésus; MARCHESI, Álvaro. **Desenvolvimento psicológico e educação:** psicologia evolutiva. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.

CREPALDI, M. A. **Hospitalização na Infância:** Representações Sociais da Família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos. Taubaté, São Paulo : Cabral, 1999.

CUNHA, Nylse Helena Silva. **Brinquedoteca:** um mergulho no brincar. São Paulo : Vetor, 2001.

DOLTO, Françoise. **Psicanálise e Pediatria.** Rio de Janeiro : LTC, 1988.

\_\_\_\_\_. **Quando surge a criança (vol. 1).** Porto Alegre : Artes Médicas.

\_\_\_\_\_. **Quando surge a criança (vol. 2).** Porto Alegre : Artes Médicas.

\_\_\_\_\_ . **Quando surge a criança (vol. 3)**. Porto Alegre : Artes Médicas.

\_\_\_\_\_ . **da Infância**. Porto Alegre : Artes Médicas.

ERIKSON, E. **Infância e Sociedade**. Rio de Janeiro : Zahar, 1971.

FERREIRA, B. de Hollanda. **Novo Dicionário Aurélio de língua portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1996.

FLORES, R. Utilidade do procedimento desenho-estória na apresentação de conteúdos emocionais de crianças terminais hospitalizadas. **Dissertação de mestrado**. Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 1984.

FONSECA, E.S. e CECCIM, R.B. Atendimento pedagógico-educacional hospitalar: promoção do desenvolvimento psíquico e cognitivo da criança hospitalizada. **Temas sobre Desenvolvimento**. v.7, n. 42, p.24-36, 1999.

FONSECA, E.S. Classe hospitalar: ação sistemática na atenção às necessidades pedagógico-educacionais de crianças e adolescentes hospitalizados. **Temas sobre Desenvolvimento**. v.7, n. 44, p.32-37, 1999.

\_\_\_\_\_ . Atendimento pedagógico-educacional de bebês especiais no ambiente hospitalar. **Temas sobre Desenvolvimento**. v.9, n. 49, p.9-15, 2000.

FRIEDMAN, A. A evolução do brincar. In: FRIEDMAN, A .et al (Orgs). **O direito de brincar: a brinquedoteca**. 4.ed. São Paulo : Edições Sociais : Abring, 1998.

FRIEDRICH, Susana Maria. **O Lazer e a Recreação no Processo de Socialização**. Monografia, Londrina, 1999.

GALVÃO, T. **Recreação Terapêutica**- considerações gerais. Revista HCPA, Porto Alegre: HCPA/ Faculdade de Medicina da UFRGS, ano 1,1984.

GESELL, A. **A crianças dos 0 aos 5 anos**. São Paulo : Martins Fontes, 1985.

GIL, Antonio Carlos, 1946 - **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo : Atlas 3ª ed. 1991.

GLENN, Jules. **Psicanálise e psicoterapia de crianças**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996.

GOMES, Luiz André dos Santos. As particularidades no trato da Recreação no sentido de resgatar a vivência do mundo infantil junto às crianças que fazem tratamento de câncer. **Revista de Enfermagem**. n. 21(1), set. Recife - PE,1999.

GROLNICK, S. **O Trabalho e o Brinquedo**: uma leitura introdutória. Porto Alegre : ArtesMédicas, 1993.

GUEDES, E. Marinho. **Curso de Metodologia Científica**. Curitiba: H.D. livros, 1997. P. 93-95.

HUERTA, Edélia del Pilar Neira. Brinquedo no Hospital. **Ver. Esc. Enferm. USP**, 24(3) : 319-328, dez.1990.

HUIZINGA, J. **Homo ludens**: o jogo como elemento da cultura. 2ed. São Paulo : Perspectiva, 1990.

ISTO É, No. 1535. **Hospital do Barulho**. 03.03.1999, p. 42 e 43. Globo, Rio de Janeiro, 1960.

JERUSALINSKI, Alfredo. **Psicanálise e Desenvolvimento Infantil**. Porto Alegre : Artes e Ofícios, 1999.

LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. São Paulo : Atlas, 1992. P. 43.

\_\_\_\_\_. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo : Atlas, 3ª ed. Revista e ampliada, 1991. P.44-73.

KASTEUNBAUM, R. e AISENBERG, R. **Psicologia da Morte**. São Paulo : EDUSP, 1983.

KISHIMOTO, T.M. **Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação**. 2 ed. São Paulo : Cortez 1997.

\_\_\_\_\_. Brinquedo e brincadeira: usos e significações dentro de contextos culturais. In: SANTOS, S. M. P. (Org). **Brinquedoteca**: o lúdico em difentes contextos. Petrópolis, R.J : Vozes, 1997.

KNOBEL, M. **Orientação Familiar**. São Paulo : Papyrus, 1992.

KOOKER, G Talking with children about death. **American Journal of Orthopsychiatry**. 44 (1974, 3, p. 404-411).

KOVÁCS, Maria Julia. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo : Casa do psicólogo, 1996.

\_\_\_\_\_. **A criança gravemente enferma e a morte**. In. ASSUMPÇÃO JR., Francisco B. **Psiquiatria da Infância e da Adolescência**. São Paulo : Maltese, 1994.

- LINDQUIST, I. **A criança no hospital: terapia pelo brinquedo.** São Paulo : Scritta, 1993.
- LEBOVICI, S. **Significado e funções do brinquedo na criança.** Porto Alegre : Artes Médicas, 1985.
- Lugar de vida. **Clínica com bebês: uma abordagem interdisciplinar.** São Paulo : USP, 2000.
- LUZIRIAGA, Lorenzo. **História da Educação e da Pedagogia.** São Paulo : Nacional, 1980.
- MARINHO, Inezil Penna. “Fundamentos Científicos da Recreação” in **Revista do Ensino.** Porto Alegre: Secretaria da Educação e Cultura do Estado do Rio Grande do Sul.
- MATURANA e Verden-Zöller, H./G. **Amor y Juego: Fundamentos Olvidados de lo Humano,** Santiago : Instituto de Terapia Cognitiva, 1993.
- MILLER, Judith (org). **A criança no Discurso Analítico.** Rio de Janeiro : Zahar, 1991.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo : Hucitec/Rio de Janeiro : Abrasco, 1996.
- MIRANDA, Nicanor, **Organização das atividades da recreação.** Belo Horizonte : Editora Itatiaia Limitada, 1984.
- MONTEIRO FILHO, L. **Mãe, se eu for para o hospital, você vai comigo?** Rio de Janeiro, Autores e Agentes Associados, 1993.
- NASIO, Juam David; DOLTO, Françoise. **A criança do espelho.** Porto Alegre : Artes Médicas, 1991.
- NEIRA, Huerta, E, del P. Brinquedo no Hospital. **Revista Esc. Enf. USP.** São Paulo, 24 (3), dez.1990.
- NOVAES, Luiza Helena Vinholes iquet et alii. Artigo Original, Brinquedo pode ser Contagioso? **Revista Paulista de Pediatria.** v. 15, n.02, jun. Pelotas, RS,1997.
- OLIVEIRA, Z.M.R. Jogo e desenvolvimento infantil: uma leitura a partir do conceito de “jogo de papel”. **Cadernos do EDM.** Comunicações & Debates (São Paulo): v.2, n.2, p.1-19,1990. Bimestral.
- PACHECO, Ártemis Barbosa. Recreação e Terapia Ocupacional. In : **Anais da 5ª Jornada de Recreação.** Serviço de Recreação Terapêutica : Hospital das Clínicas : Porto Alegre, 2001.

PARKER, Stanleg. **Sociologia e Lazer**, Rio de Janeiro : Zahar, 1978.

PASTORE, K. Poles, C. **O humor afasta doenças**. Veja, Abril Cultural, São Paulo: 11 de junho de 2001, p. 98 a 101.

PÉREZ-RAMOS, A. e PERA, C. **Brinquedos e brincadeiras para o bebê**: Kit para crianças nos seus primeiros dois anos de vida. São Paulo : Vetor, 1995.

PIAGET, Jean. **Psicologia e Pedagogia**. 4ª ed. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1969.

\_\_\_\_\_. **A formação de símbolo na Criança**: imitação, jogo e sonho, imagem e representação. Tradução de Álvaro Cabral e Cristiane Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro : Zahar, 1975.

\_\_\_\_\_. **A Construção do Real na Criança**. Tradução de Álvaro Cabral e Cristiane Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro : Zahar, 1975.

\_\_\_\_\_. **A Representação do Mundo**. Tradução de Álvaro Cabral e Cristiane Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro : Zahar, 1975.

\_\_\_\_\_. **O Nascimento da Inteligência na Criança**. Tradução de Álvaro Cabral e Cristiane Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro : Zahar, 1975.

\_\_\_\_\_. **A linguagem e o Pensamento da Criança**. Rio de Janeiro : Fontes, 1985.

\_\_\_\_\_. **Seis estudos de Psicologia**. 17. ed. Rio de Janeiro : Forense Universitário, 1989.

\_\_\_\_\_. **A Epistemologia Genética**: sabedoria e ilusões da filosofia; Problemas de Psicologia Genética. São Paulo : Abril Cultural, 1978.

PIAGET, Jean; INHELDER, Bärber. **A Psicologia da criança**. 11ª ed. Rio de Janeiro : Bertrand, 1990.

PINHEIRO, Caliope Dantas Pinheiro; GERTRUDES, Teixeira Lopes. A influência do brinquedo na humanização da assistência de enfermagem à criança hospitalizada. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. V.46. n.2. 117-131. abr/jun, 1993.

PIMENTEL, Rafael Garcia. Universo Lúdico no Hospital: Perspectivas da Recreação dentro do ambiente hospitalar infantil com base no processo sócio-histórico-cultural. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, n. 21 (1), set.1999.

RAIMBAULT, E. **A criança e a morte. Crianças doentes falam da morte**: problemas da clínica do luto. Rio de Janeiro : Francisco Alves. 1979.

RIBEIRO, Circéa Amália. O brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. **Revista Esc. Enf.** USP, São Paulo : v. 32, n. 1, abr.1998.

RIBEIRO, Circéa Amalia. O brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: significado da experiência para o aluno de graduação em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm.** USP, v.32. n.1.p.73-79.abr.1998.

ROBERTSON, J. **Young children in hospital.** London, Tavistock Publications, 1970.

ROZA e REIS, E./E.S. **Da Análise na Infância ao Infantil na Análise.** Rio de Janeiro : Contra Capa, 1997.

ROZA, Eliza Santa. **Quando brincar é dizer:** a experiência psicanalítica na infância. Rio de Janeiro : Contra Capa Livraria, 1999.

RUDIO, F.V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica.** Petrópolis : Vozes, 1986.

SANTOS, S. M. R. Relato de experiência com discentes na recreação da criança hospitalizada. **Enfermagem Revista.** Belo Horizonte, v.2, n.3. p. 13-26, dez, 1994.

SANTOS, Santa Marli Pires dos. **Brinquedoteca:** o lúdico em diferentes contextos. Petrópolis : Vozes, 1997.

\_\_\_\_\_ . **O Lúdico na Formação do Educador.** Petrópolis, RJ : Vozes, 1997

\_\_\_\_\_ . **Brinquedo e infância:** um guia para pais e educadores em creche. Petrópolis, RJ : Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_ . **A criança, o adulto e o lúdico.** Petrópolis, RJ : Vozes, 2000.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico.** São Paulo : Cortez, 19ª ed., 1993.

SANTOS, Maria Júlia Paes da, **Comunicação tem remédio:** Comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo : Gente, 1996.

SCELZA, César. Recreação Terapêutica. **Revista Sprint Magazine.** Ano 16. n. 77, p.19, 1995.

SIKILERO. Recreação uma proposta terapêutica. In : CECCIM, R.B. e colaboradores. **Criança hospitalizada:** atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre, Editora da Universidade/UFRGS, 1997.

SOARES, M.R.Z.S., ZAMBERLAN, M.A.T. Hospitalização Infantil: Análise do comportamento da criança e do papel da Psicologia da saúde. **Pediatria Moderna**, 37 (11), 630-632, 2001.

\_\_\_\_\_. A inclusão do brincar na hospitalização infantil. **Estudos da Psicologia**. 18 (2), 64-69, 2001.

SOLNIT, A e GREEN, M. Psychological consideration in the management of death on pediatric services. **Pediatrics**. 24, 106, 1959.

SOUZA, Alduísio M. de. **Psicanálise de crianças**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1989.

SPERB, T. M., MELLO, c.º, Goulart, C., & EW, R. Brincar no hospital: O que pensa e como age a equipe de profissionais de internação infantil de Porto Alegre. **Projeto de Pesquisa**, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Porto Alegre, 1995.

SPITZ, R. Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. **Psychoanal. Study Child**. V.2, p.113-117, 1945.

SZEJER, Myriam. **Palavras para nascer**: a escuta psicanalítica na maternidade. São Paulo : Casa do psicólogo, 1999.

\_\_\_\_\_. **A escuta psicanalítica de bebês em maternidade**. São Paulo : Casa do psicólogo, 1999.

TELES, M.L.S. **Socorro! É proibido brincar!** Petrópolis : Vozes, 1999.

TORRES, W. C. **O conceito de morte em diferentes níveis do desenvolvimento cognitivo: uma abordagem preliminar**. Tese de Mestrado. CPG/ISOP/FGV, 1978.

\_\_\_\_\_. **O conceito de morte na criança**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 31(4): 9-34, out/dez, 1979.

\_\_\_\_\_. **O tema da morte na psicologia infantil: uma revisão de literatura**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 32(2): 59-71, abril/jun. 1980.

TRAD, A. **Psicoterapia breve pais - bebês**. Porto Alegre : Artes Médicas, 199.

VERÍSSIMO, Maria de La O. R. A experiência de Hospitalização explicada pela própria criança. **Revista Esc. Enf. USP**, São Paulo: v. 25, n.2, ago.1991.

WADSWORTH, Barry J. **Inteligência e afetividade da criança: na Teoria de Piaget**. São Paulo : Pioneira, 1997.

WAICHMAN, Pablo. **Tempo livre e Recreação**. Campinas : Papyrus, 1997.

WANDERLEY, Daniele de Brito (org). **Palavras em torno do berço**. Salvador, Bahia : Ágalma, 1997.

WHALEY, L.F., WONG, D.L. **Enfermagem Pediátrica**. Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan. 1989.

WASSERMAN, A. L. Princípios de tratamento psiquiátrico de crianças e adolescentes com doenças físicas. In : GARFINKEL, B. D. et alli. **Transtornos Psiquiátricos na Infância e Adolescência**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.

WEISS, L. **Brinuedos e enghocas**. 2.ed.São Paulo : Scipione, 1997.

WELLER, R. B. e WELLER, R. <sup>a</sup> Luto em crianças e adolescentes. In : GARFINKEL, B. D. et alli. **Transtornos Psiquiátricos na Infância e Adolescência**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.

WERNECK, Christianne. **Lazer, trabalho e educação**. Belo Horizonte : Ed. UFMG, CELAR-DEF/UFMG, p. 79-114, 2000.

WINNICOTT, D.W. **A Capacidade para estar só in o ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1958.

\_\_\_\_\_ . **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro : Imago, 1975.

\_\_\_\_\_ . **Os Bebês e suas Mães**. São Paulo : Martins Fontes,1994.

\_\_\_\_\_ . **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1994.

\_\_\_\_\_ . **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1997.

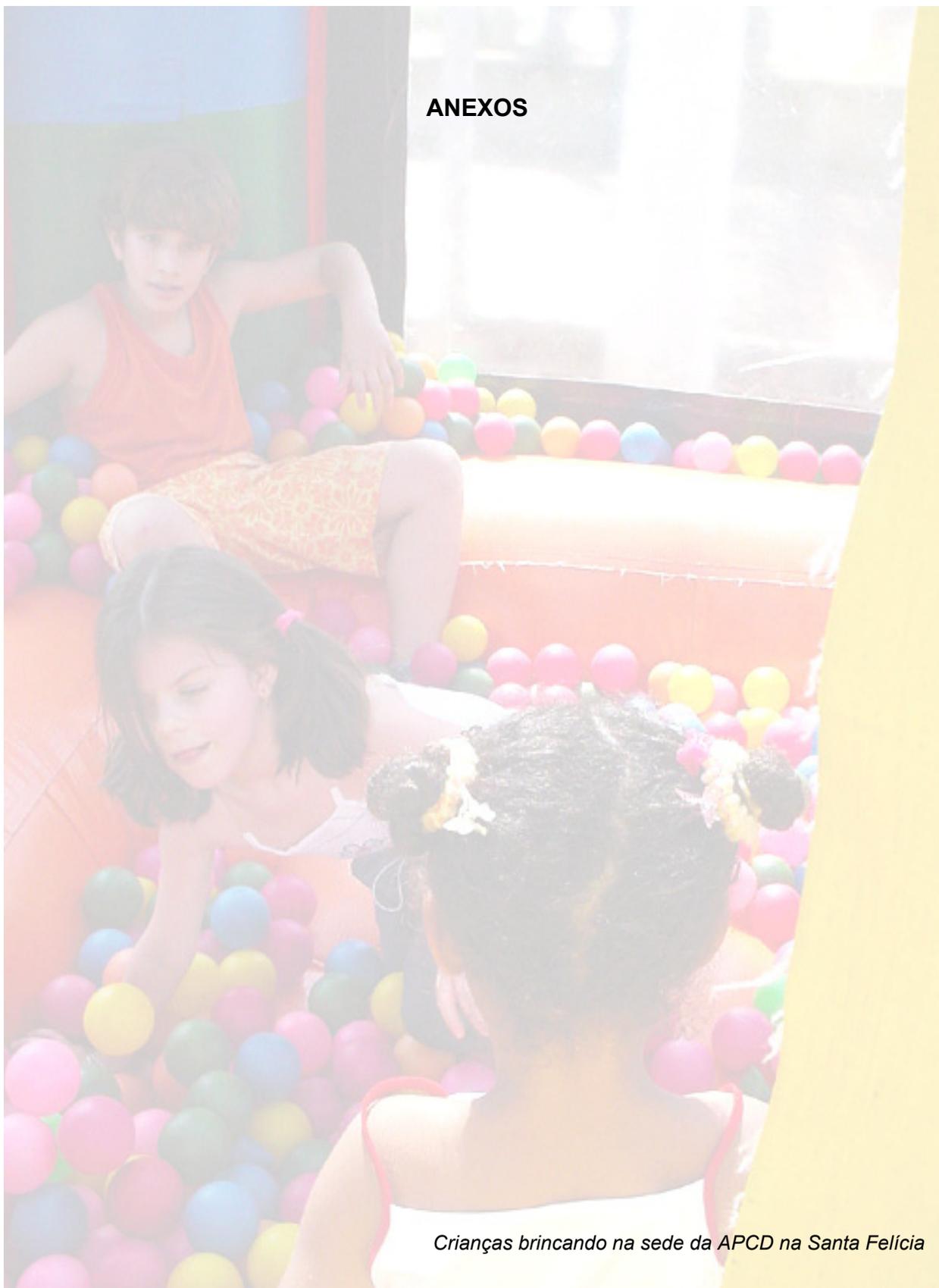
WUO, A E O Clown. **visitador de crianças hospitalizadas**: medicamento lúdico. LICERE, Centro de Estudos de Lazer e Recreação – CELAR, Belo Horizonte, Escola de Educação Física da UFMG, Volume 3, número 1, p. 35 a 45, 2000.

ZANNON, C.M.L. Desenvolvimento Psicológico da Criança: questões básicas relevantes à intervenção comportamental no ambiente hospitalar. **Psicologia**: Teoria e Pesquisa. Brasília, v.7, n.2, p. 119-136, 1991.

ZIEGLER, J. **Os vivos e a morte**. Rio de Janeiro : Zahar, 1977.

ZLOTOWICZ, M. **Os medos infantis**. Rio de Janeiro : Zahar, 1976.



**ANEXOS**

*Crianças brincando na sede da APCD na Santa Felícia*

## ANEXO A. Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_,  
 Responsável legal por \_\_\_\_\_  
 Concordo voluntariamente em participar do estudo intitulado “BRINCRANÇA: a criança enferma e o jogo simbólico - um estudo de caso”, estando livre para retirar o meu consentimento, sem sofrer nenhuma penalidade.

Entendo que o estudo está sendo desenvolvido por Cleide Vitor Mussini Batista, aluna do curso de Pós-graduação da Faculdade de Educação da Universidade de Campinas, para realização da tese de doutorado e tem por objetivo verificar os efeitos do jogo simbólico na criança hospitalizada; minimizar o estresse na criança inerente ao processo de hospitalização; elaborar sugestões de atividades para intervenção psicopedagógica com vistas a estimular o desenvolvimento psicológico de crianças internadas em hospitais e orientar a família da criança sobre a importância da interação mãe-filho no período de internação.

Estou ciente que minha participação na pesquisa restringe-se a uma entrevista. Também estou ciente de que minha filha será acompanhada durante as vindas a ONG Viver, como também, durante as internações no ICL, por meio de brinquedos e participará de sessões de brinquedo terapêutico, que serão observadas e registradas através de anotações ou gravadas em fita cassette.

Compreendo que a pesquisa pode trazer uma valiosa contribuição para a humanização da assistência no hospital para crianças com diagnóstico de câncer que necessitam de tratamento, estando assegurada que as informações serão tratadas com confidencialidade e que poderei esclarecer minhas dúvidas junto à pesquisadora a qualquer momento, antes, durante e após o estudo.

Tendo sido informado sobre os objetivos do estudo, suas finalidades e qual minha participação e a de minha filha, autorizo a utilizar os dados obtidos, desde que seja garantido o sigilo das informações e a isenção de despesas de qualquer natureza.

Londrina, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Cleide Vitor Mussini Batista  
 RG:  
 Endereço  
 Tel:

\_\_\_\_\_  
 Pesquisado:

**ANEXO B. Roteiro para entrevista com o acompanhante**

Nome do acompanhante: \_\_\_\_\_

Nome da criança: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**Constituição familiar**

Componentes (nome, idade, parentesco, ocupação e nível de escolaridade dos pais e outras pessoas que moram com a criança, pessoas significativas para ela)

**Características do comportamento da criança**

- temperamento habitual
- estratégias de disciplina utilizadas pela família
- mudanças manifestadas pela criança com a hospitalização atual ou anteriores

**O momento do diagnóstico e o impacto sobre a criança e a família**

- mudanças da rotina da família a partir do diagnóstico
- mudanças comportamentais da criança

**Expectativas em relação ao diagnóstico e tratamento da doença****Em relação ao período de internação para tratamento da doença**

- visita freqüente à criança durante o período de internação (pais, parentes, amigos)
- acompanhamento permanente à criança durante o período de internação (pais, parentes)
- compreensão da importância da interação mãe-filho no período de internação

**Em relação à criança e a doença**

- conhecimento sobre o diagnóstico
- mudanças comportamentais da criança após ter conhecimento do diagnóstico

**Em relação à criança e o brincar**

- gosta de brincar
- do que gosta de brincar
- de que brinquedos mais gosta

**ANEXO C. Impresso para registro de dados do prontuário - Na unidade pediátrica**

Nome da criança: \_\_\_\_\_ Nº de matrícula \_\_\_\_\_

**Evolução clínica:**

Data de alta para casa: \_\_\_\_\_ Retorno: \_\_\_\_\_

**Impressões dos profissionais sobre o comportamento da criança na unidade:**

**ANEXO D. Impresso para transcrição das sessões de brinquedo terapêutico**

Nome da criança: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Hora de início: \_\_\_\_\_ Hora de término: \_\_\_\_\_

<b>Transcrição das ações observadas nas sessões de brinquedo</b>	<b>Observações</b>