



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE – FACES
CURSO: PSICOLOGIA

A FUNÇÃO DO BRINCAR PARA A CRIANÇA
HOSPITALIZADA

PRISCILLA ZEMA E SILVA

BRASÍLIA

DEZEMBRO/2008

PRISCILLA ZEMA E SILVA

**A FUNÇÃO DO BRINCAR PARA A CRIANÇA
HOSPITALIZADA**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde – FACES do Centro Universitário de Brasília - UniCEUB como requisito para a obtenção do grau de Psicólogo. Professora - Orientadora: Morgana de Almeida e Queiroz

Brasília/DF, Dezembro de 2008.



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE – FACES
CURSO: PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Prof^ª. Morgana de Almeida Queiroz
Orientadora

Prof. Marcos Chedid Abel
Examinador

Prof^ª. Sandra Maria Baccara Araujo
Examinadora

A Menção Final obtida foi:

Brasília, Dezembro de 2008

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos à professora orientadora Morgana Queiroz, que despertou e motivou em mim o interesse pela área hospitalar, pela competência e sensibilidade com que orientou essa monografia e, principalmente, pela amizade e compreensão nos momentos difíceis que surgiram em minha vida durante o decorrer desse trabalho.

Agradeço a Deus, meu maior guia, durante toda essa caminhada.

A meus pais, Sônia e Oswaldo (in memoriam), pelo investimento, apoio e confiança em mim depositados para que eu pudesse alcançar meus objetivos, e sei que mesmo não comemorando pessoalmente minha vitória, meu pai lá de cima está orgulhoso por mais uma conquista.

À minha irmã, Adriene, pelo incentivo e companheirismo, por sempre acreditar em mim e tornar possível minha participação em diversos cursos na área de Psicologia Infantil.

Ao meu namorado, Luis Gustavo, pelo carinho, compreensão e pelas tantas vezes que acalmou minhas angústias e transmitiu forças para que eu continuasse a caminhada.

Ao meu filho, Alexandre, que chegou junto à finalização da monografia e se tornou minha maior motivação de vida e amor.

À amiga Camila Diniz, pelo carinho, companheirismo, por todos os momentos que partilhamos durante essa caminhada, pelas confidências, aventuras, estudos, com certeza sua amizade foi um dos grandes presentes que ganhei durante o curso.

Às demais amigas que de alguma forma participaram dos momentos felizes e principalmente dos difíceis e que muitas vezes me ajudaram a não desistir. Em especial agradeço a Bené, Dani, Soninha, Patricia Garcia, Ticiane Vasconcelos, Mariana Bittar, Raphaella Pizani, Julia Coutinho, Bruna Gouveia, Tatiana Coêlho e Mônica Maia.

“A brincadeira que é universal e que é própria da saúde: o brincar facilita o crescimento e, portanto, a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia.”

(Winnicott)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
O BRINCAR	11
HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL	20
ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR	28
A FUNÇÃO DO BRINCAR PARA A CRIANÇA HOSPITALIZADA.....	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

RESUMO

A doença e a internação infantil afetam a criança, sua família e também os profissionais de saúde. A partir dessa idéia, a proposta desse trabalho monográfico é refletir sobre o brincar como facilitador do processo de adaptação da criança e seus familiares diante da hospitalização infantil. Os objetivos específicos foram organizados em reflexões pontuais sobre o brincar na infância, o processo de hospitalização da criança, a atuação do psicólogo nos hospitais e a função da atividade lúdica nesse período de internação. O trabalho baseou-se em uma pesquisa bibliográfica aliada a reflexões sobre a experiência de estágio, organizado em quatro capítulos. O primeiro destacou o conceito da infância, ressaltando a importância do brincar nesse período, descrevendo algumas brincadeiras infantis realizadas de acordo com a faixa etária; no segundo capítulo descreveu-se como ocorre o processo de hospitalização infantil, ressaltando-se os medos e a angústia que este processo mobiliza na criança; o terceiro capítulo discorreu sobre a atuação do psicólogo nos hospitais, destacando suas áreas de trabalho, as demandas de assistência e a importância do acompanhamento das equipes multiprofissionais; e por último, o quarto capítulo propôs-se refletir sobre o efeito do brincar para a criança que vivencia a hospitalização, a partir da experiência de estágio em uma brinquedoteca hospitalar. Concluiu-se que o brincar no período de internação da criança é um recurso que propicia a elaboração desse momento, tanto para a criança como para seus familiares.

Palavras-chave: brincar, hospitalização, criança.

A experiência da internação para uma criança traz consigo uma série de sensações e sentimentos que até então eram desconhecidos por ela. A incapacidade infantil de traduzir em palavras desejos e necessidades imediatas faz com que outra forma de comunicação seja utilizada. O brincar é uma delas, tendo muitas vezes uma função primordial no tratamento. Conforme Lindquist (1993), não conseguir, muitas vezes verbalizar anseios, faz parte do desenvolvimento da criança, daí a importância de reconhecer e valorizar sua capacidade de expressar-se através da brincadeira.

O ato de brincar é um comportamento imprescindível para o desenvolvimento infantil, podendo ser compreendido como fonte de adequação, manutenção e recuperação da saúde. O predomínio do prazer sobre o desprazer, do relaxamento sobre o stress, são muito relevantes em momentos difíceis, como os vivenciados pela criança no processo de internação de acordo com Oliveira (2007). Configura-se, assim, a importância da aplicação de atividades lúdicas para a criança que está inserida em um contexto hospitalar.

A presente monografia apresenta uma pesquisa bibliográfica, a partir de uma experiência de estágio, à respeito da função que o brincar tem para a criança em seu período de hospitalização. Dessa forma visamos compreender os efeitos do brincar no processo de hospitalização infantil, proporcionando uma maior aderência ao tratamento e amenizando a angústia ocasionada pela rotina da instituição.

Esse estudo é relevante para um maior esclarecimento dos possíveis prejuízos que a criança pode sofrer, decorrentes de uma hospitalização sem preparo, sem humanização. Levamos também em consideração o fato de que se as crianças dedicam grande parte do seu tempo com brincadeiras, estas não podem deixar de existir nesse período tão conturbado. A partir de uma visão mais cuidadosa desse problema, pode-se pensar em um tratamento mais individualizado,

mais atento às necessidades de cada criança, para que ela consiga vivenciar esse período de forma menos traumática.

A partir do cenário construído, o objetivo geral desse trabalho é proporcionar uma compreensão mais ampla da contribuição que o brincar promove na cura e qualidade de vida da criança hospitalizada. Os objetivos específicos são: (a) conceituar a infância e a importância do brincar nesse período; (b) caracterizar a hospitalização infantil, destacando as dificuldades desse processo; (c) descrever a atuação do psicólogo nos hospitais; e (d) constatar a influência que o brincar exerce no processo de hospitalização infantil.

Este trabalho está organizado em quatro capítulos distintos. O primeiro relata brevemente o conceito de infância, fazendo uma comparação de como a criança era vista no passado, um ser sem existência social, considerado apenas como uma cópia em miniatura do adulto, sem nada original e como é vista atualmente, um ser biopsicossocial em crescente desenvolvimento, um ser ativo em seu processo de relação com o mundo. Nesta perspectiva, destacamos a importância do brincar para a criança, uma vez que ela está vivenciando uma fase de assimilações de imagens e necessita representar o que estas significam para si e sua forma mais aprimorada para fazê-lo é através da brincadeira. Como afirma Machado (1994), a criança que brinca, a seu modo, está explorando o mundo ao seu redor e comunicando seus sentimentos, fantasias, alternando entre o real e o imaginário.

O segundo capítulo retrata os impasses do período da hospitalização infantil, uma vez que a criança passa a viver uma nova rotina, é afastada dos seus familiares, amigos, escola e casa, encontrando-se em um ambiente absolutamente novo e ela sofre com isso. Ao ser hospitalizada, a criança está geralmente ansiosa, com medo, sentimentos estes, que podem ser intensificados com a falta de informação a respeito dos motivos de sua internação.

O terceiro capítulo aborda a importância e a atuação do psicólogo nos hospitais, o qual tem como função promover a humanização dos profissionais de saúde, prestar assistência ao

paciente e seus familiares que sofrem juntos e precisam saber da importância do seu apoio ao ente doente e, quando necessário, dar apoio à equipe que também se desestrutura com a convivência - muitas vezes - diária de situações pesadas.

E por fim, no capítulo quatro construímos a relação entre a função do brincar e o processo da hospitalização infantil, utilizando como recurso reflexivo o relato de uma experiência de estágio em brinquedoteca hospitalar. Assim, o brincar não se resume em fazer o tempo passar, ao contrário, deve servir para ela como atividade estimulante, divertida e enriquecedora, para que lhe proporcione calma, distração, segurança e principalmente seja um instrumento de projeção dos seus sentimentos a fim de elaborá-los durante o processo de hospitalização. Partilhando dessa idéia Lindquist (1993) afirma que “se uma criança se sente descontraída e feliz, sua permanência no hospital não será somente muito mais fácil, mas também seu desenvolvimento e cura serão favorecidos” (p. 24).

O BRINCAR

Ao longo da história da evolução humana a criança nem sempre foi considerada como é hoje, até mesmo pelo fato de cada cultura ter uma forma de ver a criança, tratá-la e educá-la.

Antigamente, a criança era vista como um ser sem existência social, inacabado, uma simples miniatura do adulto, sem nada original, um ser abstrato e universal. Atualmente, surgem diferenciadas concepções sobre a criança, entre elas a idéia de que é um ser de natureza própria que merece ser desenvolvido, passando assim a ser um ser social, um sujeito ativo. De acordo com essa nova visão, o conceito de criança deixa de ser único e passa a ser dependente de diversos fatores do contexto no qual ela está inserida (Santos, 1999).

A infância é uma fase de assimilação de imagens e representações, que possuem diversos meios para serem exteriorizadas. Um deles é a relação com o brinquedo, que funciona como um suporte de ação, trazendo à criança formas e imagens para serem manipuladas ao seu modo (Brougère, 2000). De acordo com esse ponto de vista, o brinquedo é avaliado não somente por sua dimensão funcional, mas principalmente por sua dimensão simbólica, pois possui uma variedade de significados que devem ser interpretados pela criança, não como objeto condicional de seus comportamentos, mas como suporte que ganhará novas interpretações por meio da brincadeira.

Assim, Kishimoto (1997) afirma que “A partir da descoberta da infância e da associação da criança ao brincar, termos como brinquedos e brincadeiras conotam a criança” (p.23), pois, ao expressar a infância através do brinquedo e seu imaginário, a criança demonstra seus valores, maneiras de pensar e agir.

A brincadeira é universal, feita de diferentes formas, mas conhecida e assentida pela maioria das crianças, favorecendo a saúde, pois auxilia no seu crescimento, proporciona interações grupais e pode ser um meio de comunicação com os outros e até consigo mesmo (Winnicott, 1975).

De acordo com Feix (2000), as representações do universo social acontecem desde as primeiras experiências lúdicas que o bebê tem, pois, através das brincadeiras surgem as adaptações, a percepção dos acertos e erros e as possíveis soluções dos problemas, auxiliando assim a criança a se tornar um sujeito autônomo.

Conforme o ponto de vista acima, Machado (1994) afirma que “Antes mesmo de ser capaz de segurar algo nas mãos, o bebê já brinca de abrir e fechar os olhos, fazendo o mundo aparecer e desaparecer” (p.23). Para esse autor, antes da criança brincar com os objetos, ela brinca consigo mesma e com as pessoas. Esse é, portanto, um momento de autodescoberta, tendo em vista que lidar com o seu próprio corpo é uma importante brincadeira, pois ela toma conhecimento de suas possibilidades e limitações.

Para que o bebê aproveite e assimile a importância dessa brincadeira, é necessário que a mãe, ou adulto que lhe oferecem cuidados, propiciem um ambiente adequado para ele, no qual possa usar seu corpo, seus sentidos e movimentos.

Dolto (1999) descreve as etapas do desenvolvimento da criança de acordo com os tipos de jogos pertencentes a cada uma. Para ela, uma das primeiras brincadeiras do bebê junto ao adulto é de esconder e mostrar o rosto, exemplificando sua idéia através do jogo descrito por Freud como “Fort. Da!” (Sumiu. Achou!), no qual a criança se afirma como sujeito da continuidade de seu ser no mundo. À medida que aprimora seu sistema neuromuscular, ela se torna apta à percepções sensoriais, e assim surgem os jogos do perceber e explorar, onde pode distinguir e comparar as formas, os sons, as cores, muitas vezes, estimulando a vontade de recriá-los. Em seguida, vem o jogo do ter e guardar, no qual ela enche sua sacola e simula um passeio. Posteriormente, os jogos de fazer, que permitem o encaixe e desencaixe. E por fim, a autora afirma que, ao crescerem, as crianças diferenciam suas características de meninos e meninas, quando ambos preferem jogos de construção. No entanto, a autora destaca que os

meninos optam pelo prazer de demolir depois de construir, enquanto as meninas optam pelo prazer de manter o que foi construído.

Winnicott (1975, citado em Machado, 1994) comunga com as idéias citadas, no que diz respeito às representações acontecerem a partir das primeiras experiências lúdicas que o bebê tem. Para ele a primeira brincadeira acontece quando o bebê faz uso do urso, fralda, cobertor, denominado por ele de “objeto transicional”, que é a representação de sua mãe ou das boas experiências de seus cuidados. Ao criar esse simbolismo, o bebê demonstra que está apto para formar dentro de si uma imagem do objeto da mãe e seu zelo. O fenômeno do objeto transicional é o primeiro uso de símbolos, que permite demonstrar a importância que tem a capacidade do bebê de criar e recriar a imagem da mãe, independente da escolha do objeto para tal representação, ressaltando a não intromissão do adulto, para que seja feita de forma livre.

Para Wallon (1995), o jogo é uma atividade peculiar da criança e acompanha cada etapa do seu desenvolvimento. Destaca, ainda, fases do jogo referentes a essas etapas. Primeiramente, estão os jogos funcionais, os quais se resumem a movimentos mais simples, como tocar nos objetos, produzir sons, sempre à procura de efeitos. Em seguida, estão os de ficção, nos quais a interpretação é mais complexa, envolve, por exemplo, as fantasias, como pegar um cabo de vassoura simulando um cavalinho. Posteriormente, vêm os jogos de aquisição, marcados pela percepção e compreensão das coisas ao redor da criança, como imagens, contos. E por fim, os jogos de fabricação, nos quais a criança gosta de modificar e transformar os objetos. O jogo para esse autor é antes de tudo lazer, o oposto da seriedade que é o trabalho para o adulto. No entanto, como a criança desconhece o trabalho, o jogo assume um lugar primordial em suas ações.

O brincar não é um comportamento herdado, mas uma aquisição através das influências vivenciadas no decorrer do desenvolvimento, sendo que este está sempre vinculado a uma atividade, seja ela individual ou em grupo (Negrine, 2001).

Dolto (1999) faz uma comparação entre o brincar dos filhotes mamíferos e da criança humana, ressaltando a diferença que há entre eles. Enquanto os filhotes não são criativos e possuem suas brincadeiras estereotipadas em função da necessidade dos outros de sua espécie, a criança apresenta desde cedo uma inventividade que a distancia de estereótipos.

Conforme Fridman et al. (1992), a brincadeira é basicamente um sistema onde a criança é incorporada de forma espontânea, interage socialmente e as regras variam conforme a cultura do grupo.

A cultura é a partilha de idéias e objetivos comuns a todos, é exatamente o modo como as pessoas vivem o dia-a-dia, como as crianças brincam e como os adultos trabalham (Machado, 1994).

De acordo com Winnicott (1982) “as crianças brincam porque gostam de o fazer e isso é um fato indiscutível” (p. 161). As experiências adquiridas com as brincadeiras tanto físicas quanto emocionais são prazerosas para a criança, capacitando-lhe a criação de diversas brincadeiras com muita facilidade, sendo assim um fator estimulante para seu desenvolvimento integral.

Machado (1994) cita que “Brincar é, para a criança pequena, o que trabalhar deve ser para o adulto: fonte de autodescoberta, prazer e crescimento” (p.28). Winnicott (1982) aponta que, da mesma forma que o adulto desenvolve sua personalidade a partir de experiências de vida, a criança o faz por meio de suas diversas brincadeiras, uma vez que ela é a evidência da capacidade de criação da criança, sua vivência. No entanto, é simples observar que as crianças brincam por prazer, porém é difícil para o adulto enxergar que elas buscam na brincadeira dominar suas angústias.

A postura do adulto diante da brincadeira da criança é essencial para o seu desenvolvimento, pois cabe a ele construir uma relação com a criança, onde ela possa conduzir a brincadeira, tendo ele como um parceiro de jogo que a respeita e incentiva a buscar novos desafios.

Assim, de acordo com Teles (1999), “A criança reproduz na brincadeira a sua própria vida. Através dela, ela constrói o real, delimita os limites frente ao meio e o outro e sente prazer de poder atuar ante situações e não ser dominada por elas” (p. 15-16).

A brincadeira possibilita à criança, portanto, exteriorizar seus sentimentos, ousar criar sua realidade a partir de suas fantasias reproduzindo suas vivências do dia-a-dia, que podem ser tristes, assustadoras, como também podem ser alegres e satisfatórias. É importante que esta representação aconteça em um ambiente de liberdade e flexibilidade, para que ela busque realmente o prazer de sua auto-realização.

Conforme Maluf (2003), participar de brincadeiras propicia à criança um amadurecimento emocional, uma forma rica de conviver, onde sua curiosidade e imaginação aguçadas experimentam o mundo, contribuindo com a exploração de todas as suas possibilidades de desenvolvimento.

À proporção que a criança interage com o outro e com os objetos, ela aprende com estas relações e conhecimentos, experiências a respeito do seu mundo. E assim, consegue diferenciar o mundo interior como as fantasias e imaginação, do seu mundo exterior, que é a realidade (Maluf, 2003).

Segundo Fridman et al. (1992), a criança procura no brincar a exteriorização de sua solidão e até mesmo como consolação, motivo de realização, novidade, distração. Esse é o momento de verdade da criança. Brincar é importante à saúde física, emocional e intelectual do ser humano, é o momento de sinceridade da criança, de engajamento voluntário e por intermédio dele é possível reciclar as emoções, o conhecer e o reinventar.

Comungando com a idéia acima, Winnicott (1982) acrescenta que as crianças dão vazão ao ódio e agressão nas brincadeiras, sendo relevante o fato delas não esconderem ou negarem seus sentimentos, exteriorização essa que não deve ser ignorada pelos adultos.

Na aparente fantasia criada pelo brincar, à criança é possibilitado o extravasar de uma realidade interior bloqueada talvez pela expectativa social e familiar, resgatando situações conflitantes (Fridman et al., 1992).

Para Froebel (citado em Kishimoto, 2002), nas brincadeiras, a criança busca compreender seu mundo quando reproduz situações da vida.

Ao ajudar a esquecer momentos difíceis, o brincar, no grau de importância, se assemelha ao estudar, pois as crianças conseguem encontrar respostas a questionamentos, sanar dificuldades de aprendizagem e interagir (Maluf, 2003). Quando a atividade favorece trocas, a criança assume vários papéis e tem a oportunidade de se colocar no lugar do outro, o que é fundamental para o seu desenvolvimento.

Para Dolto (1999), os jogos são mediadores de desejos, permitem a expressão desses aos outros e, assim, proporcionam uma satisfação por fazê-lo. A autora acrescenta ainda que os adultos estão acostumados a ver as crianças em suas atividades lúdicas, no entanto, quando essas estão em um momento aparentemente passivo, eles alegam que estão perdendo tempo ao fazer nada. Contudo, Dolto (1999) enfatiza a importância desses momentos, mostrando que o prazer de ouvir, olhar, observar é uma capacidade inteligente da criança de contemplar o mundo a sua volta, pois se um objeto ou atividade despertam-lhe o interesse, certamente é porque ali ela encontrou um sentido fascinante e lúdico.

O brincar livre e espontâneo é mais importante que o brinquedo, é a primeira forma de cultura, onde a criança explora o mundo ao seu redor quando lhe é propiciado o brincar a sua maneira, assim como comunicar sentimentos, idéias, fantasias, o real e o imaginário. Brincar sem seguir regras pré-fixadas é dar à criança o direito da descoberta, chegando às suas

próprias conclusões sobre o mundo, propiciando-lhe um crescimento saudável quando transforma, dá formas a materiais como quiser (Machado, 1994). A brincadeira com liberdade proporciona condições para a criança estimular a imaginação, explorando sua criatividade.

Em contrapartida, Vygotsky (2000) defende que não existem brinquedos sem regras, mesmo que estas não sejam formalmente estabelecidas. De acordo com esse raciocínio, como todo brinquedo deve conter regras de comportamento, todo jogo com regras contém uma situação imaginária. No brinquedo ocorre o maior autocontrole da criança e a fonte de prazer é a subordinação a uma regra. No entanto, o autor também ressalta a importância do brinquedo para o desenvolvimento da criança, pois, ao brincar ela se mantém acima da própria idade, imitando com seus comportamentos os mais velhos.

Buhler (citado em Teles, 1999) afirma que a brincadeira imaginativa ou simbólica, através do “faz de conta”, possibilita que a criança elabore significados às ações. Concordando com esse ponto, Machado (1994) afirma que a criança utiliza do “faz de conta” quando está apta a dizer algo de outra maneira, aprendendo assim a explorar, descobrir e aprender a realidade, onde o perder, ganhar, raciocinar, descobrir, persistir e perseverar são assimilados.

Nesse jogo do “faz de conta”, a criança facilmente exhibe sua capacidade de inventividade, as quais muitas vezes são inibidas pelo adulto, que geralmente possui respostas prontas, sem abertura para o novo.

De acordo com Coelho & Pedrosa (2000), a criança ao brincar nesse contexto submete os objetos e sua própria ação ao campo do significado. Além disso, Vygotsky (1991, citado em Coelho & Pedrosa, 2000) enfatiza a ideia argumentando o avanço proporcionado ao desenvolvimento infantil por meio dessa brincadeira, pois a criança quando muito pequena age conforme seu campo perceptivo imediato, restringindo seus comportamentos à situação da brincadeira e aos brinquedos existentes.

Kishimoto (2002) argumenta que o brincar contribui para a aprendizagem da linguagem e sua utilização combinatória funciona como meio de pensamento e ação. Este ponto de vista leva-nos a refletir sobre a comunicação não verbalizada da criança que consegue exteriorizar suas emoções empregando ações.

Seguindo esse ponto de vista, retomamos Dolto (1999) quando afirma que a linguagem existe antes da fala, por meio dos gestos, agilidades corporais, as quais estabelecem uma convivência de sentido entre a criança e os que a cercam. E quando essa comunicação não é valorizada pelo adulto, o qual não reconhece que o jogo é peculiar da criança até a idade do domínio total da fala, leva a um recalque que pode ocasionar desequilíbrios na sua harmonia psicossocial.

Segundo Froebel, (1912c, p.55, citado em Kishimoto, 2002):

... A brincadeira é a atividade espiritual mais pura do homem neste estágio e, ao mesmo tempo, típica da vida humana enquanto um todo – da vida natural interna no homem e de todas as coisas. Ela dá alegria, liberdade, contentamento, descanso externo e interno, paz com o mundo... A criança que brinca sempre, com determinação auto-ativa, perseverando, esquecendo sua fadiga física, pode certamente tornar-se um homem determinado, capaz de auto-sacrifício para a promoção do seu bem e de outros... Como sempre indicamos, o brincar em qualquer tempo não é trivial, é altamente sério e de profunda significação (p.68) .

Cada criança é um ser humano único que traz dentro de si uma realidade emotiva, física, genética, cognitiva. Brincar é ter prazer em viver (Machado, 1994).

A partir dos exemplos de autores citados, ao comparar passado e presente, não restam incertezas de que as crianças, sejam elas da cidade ou do campo, estimuladas ou não, ricas ou pobres, todas persistem em procurar diferentes formas de brincar, a fim de expressar seus sentimentos e descobrir o mundo, tentando modificar, através dele, seus significados (Fridman et al., 1992).

Assim, brincar é a forma mais completa para perceber a criança e estimular o que ela precisa aprender. Dessa forma, a alegria, o encanto, serão sempre vivenciados não apenas pelas crianças, mas por todos aqueles que acreditam que o espaço do brincar proporciona um mundo melhor e mais humano (Moreno & Paschoal, 2001).

HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL

O corpo do paciente, em geral, é vivenciado pela equipe médica como algo que é passível de manipulação e observação, seja por exames clínicos ou laboratoriais, através de dados quantificáveis como, por exemplo, a quantidade de plaquetas e presença ou ausência de substâncias na urina, constatando-se assim, se o mesmo funciona ou não. Isto pode promover a desqualificação do discurso do paciente, quando este não se descreve com os saberes médicos, com os dados coletados em exames, mas com os saberes ingênuos, leigos. Dessa forma a doença e a hospitalização são situações que acarretam sofrimento psíquico ao paciente a aos envolvidos nesse processo.

Para Chiattonne (1982) e Golveia (1994), (citados em Dias, Baptista & Baptista, 2003) estar doente, geralmente, significa estar vivenciando um processo de fraqueza e dependência, onde a doença, na maioria das vezes, representa sofrimento orgânico e psicológico. Assim, o paciente inicia uma experiência em um ambiente novo e estranho, com pessoas desconhecidas, nas quais precisa depositar confiança.

Neste sentido, de acordo com Mondardo (1997, citado em Dias, Baptista & Baptista, 2003):

A hospitalização é uma experiência que não passa despercebida para o paciente que permanece internado e muito menos para seus familiares e/ou acompanhantes. E quando o assunto é internação de crianças, a reflexão deve ser redobrada, uma vez que a doença e o processo de hospitalização podem comprometer sua integridade física e o seu desenvolvimento mental (p.56).

O ambiente hospitalar representa o confronto de sentimentos como vida e morte, alegria e tristeza, limitações e liberdade, entre outros. Dessa forma, como argumenta Chiattonne (1987), a equipe médica necessita ter informações claras que a doença atinge à criança como um todo, afetando-a em sua integridade física e desenvolvimento emocional. Tendo essa noção, a equipe de saúde deve atuar no princípio de minimizar o sofrimento da criança hospitalizada, fazendo com que ela participe ativamente desse processo.

Para Satri (1998, citado em Lima, 2004), a criança hospitalizada tem duas fontes de ansiedade. Uma delas é externa, relacionada com os fatos concretos e reais decorrentes do ambiente hospitalar. A outra é interna, consequência dos estados de angústia ou ansiedade provocados pela própria doença ou pela idéia, fantasia que a criança tem desta.

A situação de adoecimento e hospitalização infantil mobiliza vivências emocionais intensas e difíceis, pois insere a criança em um contexto diferente daquele que está acostumada, precisando encarar o afastamento de onde ela já vinha se desenvolvendo de acordo com seu repertório motor, social, emocional e intelectual, de sua casa, escola, amigos, brincadeiras, além da doença também representar uma nova variável, exigindo assim uma mobilização de recursos internos para que ela se adapte a essa nova situação, onde novas relações são estabelecidas, com a equipe médica e o ambiente hospitalar de acordo com Ajuriaguerra (1976, citado em Lima 2004).

Assim, o ambiente hospitalar pode ser visto por ela, como um local de proibições, onde ela não pode correr pelos corredores, jogar bola, falar alto, além de não ter a companhia dos amigos. Este lugar, pode se tornar, então, assustador, pois não há nada nele que ela possa identificar com suas experiências anteriores. Soma-se, ainda, neste contexto, a presença de sua debilitação física e emocional.

Comungando com essa idéia, Trinca (1987, citado em Lima, 2004) argumenta que esse ambiente freqüentemente significa para ela algo ameaçador e agressivo. Pessoas estranhas à

convivência, equipamentos sofisticados, alarmes, máscaras, sondas e agulhas podem favorecer o desenvolvimento de fantasias de ataque.

Conforme Marreco, Vasconcelos, Carvalho, Simão & Pezza (1985), é inevitável o surgimento da angústia no processo de hospitalização. No entanto, este sentimento ainda pode ser evitado ou reduzido significativamente. A chegada da criança ao hospital é acompanhada de muita insegurança, pois o ambiente é totalmente novo para ela, nada lhe parece familiar.

Para amenizar esse primeiro impacto, é fundamental que a mesma seja preparada para esse processo de hospitalização, da mesma forma que deve também ter conhecimento das causas de sua internação, de sua doença, enfim, participar ativamente do processo. Esse preparo deve ser efetivado pelos pais, considerados as pessoas mais significativas para a criança nesse momento (Chiattonne, 1987).

O desenvolvimento infantil, na sua perspectiva cognitiva, tem um grau de importância considerável, pois os fatores referentes à reação da criança frente à doença e à hospitalização variam de acordo com o grau de compreensão que ela tem da sua realidade e para isso, é preciso levar em consideração sua capacidade cognitiva de discriminar e compreender essas situações segundo Lichamele e Goldeberg (1987, citados em Baptista, Baptista & Dias, 2003),

Assim, é necessário que haja uma atenção especial no que se refere à comunicação com a criança doente, é fundamental que esta receba as informações a respeito do que está acontecendo com ela, de acordo com a sua faixa etária e nível de entendimento. Conforme Whitt (1982, citado em Barros 1999), para a criança pequena a explicação do processo de hospitalização deve ser simples e breve, de forma clara, centrada nas sensações mais pungentes. E a partir do ponto de vista de Barros (1999), para a criança em fase operatória, a explicação deve conter informações mais realistas e detalhadas, pois ela já é capaz de compreender que dói, mas que com a sua força e persistência conseguirá vencer essa etapa. Nessa fase, a explicação do processo de adoecer e curar, a idéia de que de que os pensamentos

otimistas podem vencer o medo, ou de que heróis lutam para combater a bactéria inimiga, podem interessar a criança e estimulá-la a participar mais ativamente no seu tratamento.

Dessa forma, Lima (2004) argumenta que para existir a comunicação correta é importante que os adultos encontrem as palavras adequadas e simples, que sejam condizentes com a compreensão da criança, pois estas tendem a interpretar o que lhes é, literalmente, dito. Essas informações precisam ser realistas e devem ser repetidas sempre que forem necessárias, permitindo que a criança exponha suas dúvidas, medos e fantasias para que dessa forma ela consiga elaborar a situação. Assim, a desinformação à respeito do adoecimento, neste contexto, ocasiona o surgimento do sofrimento psíquico, uma vez que as fantasias tomam o lugar das lacunas existentes pela falta de esclarecimento. Neste contexto, na tentativa de se adaptar às situações que está vivenciando, ela constrói suas próprias significações e reage de diferentes formas.

Essa preparação para a hospitalização não pode ser negligenciada, mas também não deve ser demasiadamente rica em pormenores que a criança pode não elaborar. As informações repassadas em demasia apenas aumentam a ansiedade e as fantasias, por isso elas devem conter em resumo os aspectos ambientais da enfermaria, as pessoas e as rotinas comuns as quais a criança poderá ser submetida (Chiattonne, 1987).

De acordo com Lima (2004), a equipe médica tem o hábito de isolar a criança, subestimando sua compreensão e participação, sendo assim, conversam apenas com os pais, os quais muitas vezes se tornam cúmplices da equipe acreditando estar protegendo seus filhos, poupando-os das informações. Mas estes não se dão conta de que é comum, ao debaterem sobre a doença e as condutas, a criança permanecer ali do lado, atenta a toda a conversa.

No entanto, é importante ressaltar que o fato da criança ter todo o conhecimento do processo que enfrentará não quer dizer que ela esteja preparada psicologicamente para

vivenciá-lo. Conforme Lima (2004) as informações adquiridas são uma forma de recurso válido para propiciar uma melhor adaptação à situação.

Além disso, existem vários outros fatores intrínsecos à hospitalização e várias conseqüências que esse processo ocasiona, contribuindo para o surgimento de problemas emocionais graves que prejudicam o desenvolvimento infantil. Dentre eles, estão o desmame agressivo, o transtorno da vida familiar, a interrupção ou atraso da escolaridade, carências afetivas, e a mais maléfica é a separação da criança doente e sua mãe, no momento em que ela mais precisa de seu apoio e carinho. Fato esse assumido e generalizado nas enfermarias pediátricas (Chiattonne, 1987).

Segundo Lima (2004), a presença dos pais no hospital proporciona benefícios à criança durante seu processo de hospitalização, auxiliando na superação das dificuldades advindas dessa situação. Comungando com essa idéia, Schmitz (1995, citado Lima, 2004), afirma que não restam dúvidas a respeito das influências negativas nas crianças separadas ou com acesso limitado aos pais, aumentando a tensão emocional e a frustração de pais e filhos.

Discorrendo sobre a separação com a família, Chiattonne (1987), argumenta que a privação materna durante o período de hospitalização provocava na criança muita angústia, uma demasiada necessidade de amor, sentimento de vingança por achar que foi deixada no hospital, culpa e depressão. Conseqüentemente, essa criança podia deixar de sorrir para as pessoas ou deixar de reagir a estímulos, ficar apática, apresentar perda de peso, problemas no sono e diminuição da vocalização. A maneira como a criança encara essa série de perturbações pode ocasionar distúrbios emocionais graves e uma personalidade instável.

Atualmente, no entanto, o Estatuto da Criança e do Adolescente, ao tratar dos Direitos Fundamentais, no Capítulo 1, Artigo 12 (ECA, 1990), garante o direito do acompanhamento familiar em tempo integral à criança/adolescente internado. Essa legalidade surgiu após o

lançamento da campanha “Mãe participante”, impulsionada pela Sociedade de Pediatria de São Paulo, em 1988, de acordo com Hartmann & Gasquez (1997, citado em Lima, 2004).

Sendo assim, Lima (2004) afirma que através do reconhecimento da importância do vínculo afetivo criança-família, faz-se necessário um redimensionamento da atenção prestada pela equipe hospitalar, buscando novas estratégias que ofereçam o suporte adequado à díade criança-família, incluindo além da técnica, a postura empática e a capacidade de flexibilização.

De acordo com Chiattonne (1987), outro complicador no processo de ajustamento da criança nesse novo contexto é que ela pode perceber a doença, os procedimentos e a hospitalização como uma agressão externa, uma punição, podendo mobilizar sentimentos de culpa que repercutirão de forma desfavorável no processo de doença, internação, adesão ao tratamento e durante sua vida. Nesta perspectiva, por vezes, as crianças costumam associar o processo de adoecimento e hospitalização a fatores externos, como o fato de não ter se alimentado corretamente ou não ter obedecido, por exemplo.

Esse sentimento virá acompanhado de muito sofrimento, o que pode dificultar o atendimento da equipe hospitalar, pois o pequeno paciente pode recusar os cuidados médicos, entregando-se à culpa. No entanto, esse sofrimento poderá ser aliviado quando a criança entender o verdadeiro sentido do aparecimento de sua doença, da necessidade da hospitalização e dos procedimentos, aos quais estará exposta neste processo. Pois como afirmam Dias, Baptista & Baptista (2003), é de extrema importância averiguar o significado que a doença tem para a criança e seus familiares, uma vez que crenças distorcidas podem comprometê-los como um todo, da adesão ao tratamento ao enfrentamento da doença.

A despersonalização é outro fator que pode trazer consequências nocivas ao período de hospitalização, pois a criança chega ao hospital com uma concepção de si mesma determinada por disposições sociais no seu mundo doméstico e no decorrer da internação essa concepção

sofre uma ruptura, uma vez que ela é despida, vestida com roupas da instituição, segue ordens de permanecer em local determinado, precisando assim obedecer as regras gerais do hospital. É também submetida aos padrões deste ambiente, sendo despojada dos seus bens, e a substituição destes ocorre de forma padronizada, onde todas as crianças vestem pijamas iguais, deitam-se em camas iguais, e esses bens substitutos permanecem com o hospital e não com a criança (Chiattonne, 1987).

Ainda segundo Chiattonne (1987), ao ser internada, a criança pode ter intensificado seu sofrimento físico através dos exames realizados e das condutas agressivas, já que os primeiros dias no hospital, em geral, são marcados por exames para definir o diagnóstico, justamente no período em que a criança encontra-se mais insegura e desfamiliarizada com a situação. Também tem os casos de crianças que chegam ao hospital sem sentir algo concretamente, dessa forma não se sentem doentes, no entanto vivenciam da mesma forma situações agressivas.

O hospital tem o papel de proporcionar a saúde aos pacientes, investindo na humanização do atendimento e do período de internação, com a finalidade de voltar para o paciente-criança alternativas e planos de ação. Para alcançar esse objetivo, existem várias medidas preventivas e humanizadoras a serem empregadas a fim de tentar diminuir o sofrimento nesse processo de hospitalização das crianças, entre elas a indicação correta de internação, para averiguar a real necessidade de internação da criança, ponderando os aspectos médicos e as condições familiares. Dessa forma poupa a criança de vivenciar os inconvenientes originados pela hospitalização e evita-se a ocupação dispensável de leitos. Outra medida é preparar a equipe médica para a chegada da criança no hospital, nesse momento é importante que a equipe seja amistosa, pois os primeiros momentos e os primeiros contatos realizados serão de grande valia para que o paciente e os familiares suportem esse processo de hospitalização com menos sofrimento (Chiattonne, 1987).

Comungando com a idéia da humanização nos hospitais, Jeammet, Reynaud e Consoli (2000, citados em Dias, Baptista & Baptista, 2003), argumentam que a humanização é o desejo de dar atenção as necessidades reais do paciente, não sendo apenas materiais, mas também psicológicas e da personalidade do doente.

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR

A Psicologia da Saúde é um campo vasto que se inter-relaciona com diferentes profissões e áreas de atuação. Tem como objetivo pesquisar as influências psicológicas que podem surgir interferindo na saúde do sujeito, averiguar quais os fatores que levam ao adoecimento, analisar o que pode ser válido para a prevenção e tratamento da doença e identificar qual o nível de importância as informações transmitidas ao paciente podem auxiliá-lo em seu processo de hospitalização (Taylor, 1995, citado em Baptista, Baptista & Dias, 2003).

A Psicologia Hospitalar é um ramo da Psicologia da Saúde, e de acordo com Chiattonne (2000), mesmo a psicologia hospitalar tendo um amplo referencial teórico e prático, ainda precisa recorrer a outras áreas afins, como a Medicina, Biologia, Filosofia, entre outras. A autora ainda reforça a importância de reconhecer a pluralidade advinda dessas áreas afins, assimilando essa diversidade de conhecimentos com o intuito de compreender o embasamento teórico que ofereça uma melhor significação da psicologia no contexto hospitalar. A psicologia hospitalar surge da necessidade de encontrar novos modelos e paradigmas com a finalidade de reavaliar os já existentes para uma melhor compreensão dos problemas em saúde. Sendo assim, Fongaro & Sebastiani (citados em Camon, 1998), afirmam que esta é uma especialidade em fase de estruturação, voltada a questões ligadas a qualidade e dignidade de vida, no que diz respeito à doença e internação hospitalar, atuando tanto na prevenção como no tratamento.

Campos (2003) percebeu a partir de sua experiência com os pacientes, familiares e a equipe de profissionais de saúde, que existiam várias formas deles expressarem seus sentimentos frente ao novo contexto que estavam inseridos. Sendo assim, concluiu que além do atendimento médico, havia a necessidade de atendimento psicológico, tanto ao paciente

como aos familiares. Afirma também, que muitas vezes cirurgias eram perdidas devido à falta de motivação do próprio paciente, o qual deseja além de ser examinado, ser ouvido, compreendido em sua linguagem camuflada e, nesse momento, a atuação do psicólogo hospitalar permite que ele se veja melhor, propiciando uma maior participação dele no tratamento.

Freitas (1980, citado em Campos, 2003) complementa que o paciente tem a necessidade de falar sobre a sua doença, priorizando não a distração, mas a compreensão e a possibilidade de expressar suas angústias, seus medos, sua ansiedade entre os mais variados sentimentos.

Em vista desses argumentos, pode-se afirmar que se faz necessária a presença de um psicólogo nas instituições hospitalares. Conforme Chiattonne (2000), esse profissional atua com o propósito de: (a) avaliar o nível de comprometimento emocional causado pelo período de hospitalização, possibilitando condições para a manutenção do seu desenvolvimento nessas circunstâncias; (b) proporcionar ao paciente e aos familiares momentos de escuta para que estes expressem seus sentimentos relacionados a essa vivência, auxiliando na compreensão e adaptação desse processo; (c) atuar diante da reação do paciente e seus familiares frente ao diagnóstico da doença, do afastamento de sua rotina e as possíveis manifestações ocasionadas pela própria doença; e (d) contribuir para a humanização da instituição hospitalar, promovendo debates entre a equipe para a troca de informações acerca de casos clínicos.

Lancetti (citado em Campos, 2003) aponta que a intervenção do psicólogo saiu da teoria e do papel, a partir da prática psicológica que foi conquistando seu espaço. Dessa forma, o psicólogo além de diagnosticar e classificar precisa entender e compreender o que está envolvido na queixa do paciente.

Conforme Campos (2003), o “ser hospitalizado” necessita de tempo para adaptar-se a sua nova condição. Em geral, observam-se regressões emocionais, negação da realidade,

medo de incapacidade e até mesmo de morte. A individualidade pertencente a cada paciente o fará viver sua hospitalização de maneira particular, pois cada um possui uma história diferente do outro. Em função deste contexto, caberá ao psicólogo conhecer cada paciente, suas particularidades e o modo com que ele enfrenta a sua hospitalização. Ao perceber o interesse do psicólogo em compreendê-lo, o paciente se sentirá amparado e seguro para viver sua situação de hospitalização, favorecendo assim sua participação no tratamento.

Camon (2003) enfatiza a importância do psicólogo hospitalar proporcionar um espaço de escuta e elaboração do paciente para aliviar seu sofrimento, quando este teme o processo de hospitalização, que envolve um exame, um medicamento, a equipe de saúde ou o próprio ambiente, assim como também quando ela quer falar de si, da doença, de sua família, e ausência dela. O paciente precisa de apoio por estar vivenciando uma situação nova e cheia de mistérios. Mas é necessário também, conhecer a doença em si e a história de vida de cada paciente, pois isso auxilia o direcionamento da sua linha de atuação, ou seja, o psicólogo tem um preparo para poder desempenhar melhor o seu trabalho dentro desse contexto hospitalar.

De acordo com Campos (2003), o psicólogo precisa ter uma visão mais ampla em relação ao que o paciente está vivenciando, não basta apenas fazer uma leitura do sintoma orgânico, uma vez que o psicólogo não é um classificador de doenças, sendo assim precisa compreender os sintomas psicológicos que não estão sendo manifestados pelo paciente.

A partir dessa visão, Chiattonne (2000), discorre a respeito da intervenção psicológica que deve ser norteada pela terapia breve, que visa o suporte e apoio ao paciente. Dessa forma, Leitão (1993) enfatiza que cabe ao psicólogo compreender as frustrações, medos, esperanças, fantasias do paciente no presente momento, pois não se trata de um trabalho a longo prazo, mas do aqui e agora, pois este é o único sentido dele estar ali. É um período intenso, que isola o mundo ao seu redor, prevalecendo somente o que surge da necessidade desse momento. Por

essa razão, a terapia breve é priorizada no que diz respeito às situações decorrentes da doença e da hospitalização, podendo ocorrer em qualquer local da instituição hospitalar.

Com relação à assistência psicológica, Leitão (1993) e Chiattonne (2000) ressaltam a importância da eficácia dos atendimentos individuais ou em grupo, que podem ser extensivos aos familiares e acompanhantes, ocorrendo nas diversas unidades da instituição hospitalar, como nas enfermarias, nos próprios leitos e nos ambulatórios. Portanto, a relação psicólogo-paciente é o mais importante neste contexto, por reconhecer o paciente enquanto pessoa e enquanto doente, mesmo com todos os inconvenientes provocados pela peculiaridade da instituição hospitalar.

O período de hospitalização, por se tratar de um processo complexo, exige do psicólogo na assistência psicológica, trabalhar questões que levam os pacientes a alterações psicológicas referentes à internação, à rotina do hospital e aos procedimentos os quais será submetido em função da patologia diagnosticada. No caso das crianças, um cuidado maior é fundamental. Deve ser apresentado a elas a enfermaria, o material de trabalho e a equipe que as atenderá. Além disso, o psicólogo hospitalar deve proporcionar aos pacientes momentos, sempre que se fizer necessário, para esclarecimentos referentes à sua situação, tornando-o participativo, cooperador e consciente da importância de sua aderência ao tratamento (Campos, 2003).

Prosseguindo com o argumento acima, Campos (2003) observa que a doença física pode estar vinculada a manifestações no campo psíquico, ocasionando desequilíbrios psicológicos, tanto no paciente como na família. Dessa forma, cabe também ao psicólogo hospitalar priorizar o atendimento aos familiares para que possam compreender o processo e a importância de sua participação no mesmo, explicando-lhes sobre a doença, o processo de hospitalização, a rotina hospitalar, tempo provável de internação, tratamento e o prognóstico.

No que se refere à criança, esses desajustes podem estar diretamente relacionados à dificuldade de separar o real do imaginário. Dessa forma, Chiattonne (1984, citado em Campos 2003) afirma que, “a doença em si é um fator considerável de desajustamento, pois acaba por provocar, precipitar ou agravar desequilíbrios na criança e em sua família. Assim, a criança fisicamente doente estará afetada em sua integridade” (p.48).

Por outro lado Bruscato, Amorim, Haberkorn & Santos (2004) argumentam que o cuidado diário do paciente apresenta problemas que envolvem outros profissionais além do psicólogo e que os mesmos precisam trocar informações referentes à doença e ao doente, o que pressupõe a interação de diferentes áreas e a integração através da realização de um trabalho coletivo, as chamadas equipes multiprofissionais, dentro de um modelo biopsicossocial, o qual se preocupa com uma combinação de fatores que abrangem características biológicas, fatores comportamentais, psicológicos e condições sociais.

Comungando com a idéia acima, Bruscato, Kitayma, Fregonese & David (2004) afirmam, ainda, que os profissionais da saúde estão acostumados com o modelo biomédico, o qual se preocupa apenas com o corpo e a doença. No entanto, é inegável o impacto causado pelo modelo biopsicossocial, no qual a equipe passa a se tornar um “time” que engloba profissionais de diferentes áreas, os quais levam consigo seus conhecimentos, competências técnicas em prol de uma mesma finalidade que é a promoção da saúde.

Para Bleger (citado em Campos, 2003), é dever do psicólogo hospitalar atender as circunstâncias que envolvem tensões na equipe, decorrentes do contato diário com os problemas da doença que aumentam a ansiedade. Campos (2003) reforça que na equipe multiprofissional cabe ao médico informar ao paciente sobre sua situação e ao psicólogo cabe trabalhar os aspectos emocionais que surgem nesse período, como as fantasias, os medos e as dúvidas.

Partilhando das idéias acima, Leitão (1993) entende que esse ajustamento com a equipe se faz necessário uma vez que o clima vivido pelo paciente a envolve por completo. E dessa forma a harmonia e apoio da equipe são refletidos de modo relaxante ao paciente. Para alguns deles, o psicólogo se torna uma espécie de porta voz que a tudo vê, ouve e registra, sendo este portador de confiança e até mesmo defensor pessoal.

Outro aspecto relevante é destacado por Campos (2003), que apresenta o psicólogo como um profissional da saúde promotor da humanização no hospital, que abrange a indicação de internação, a orientação médica, a harmonia entre a equipe e a assistência global que o paciente recebe, junto com sua família. Comungando com essa idéia, Leitão (1993) destaca que a melhoria do relacionamento entre o hospital e seu usuário não depende apenas de técnicas específicas, mas de um esforço na humanização de seus serviços, na mudança de atitudes.

Para Bruscato, Amorim, Haberkorn & Santos (2004) outra questão relevante é que ao ser integrado ao hospital, o psicólogo passa a fazer parte de uma “identidade institucional”, que lhe impõe maneiras de conduta, as quais podem representar uma facilidade ou uma dificuldade em seu cotidiano. Apresenta como exemplo a utilização de aventais próprios, máscaras, luvas e/ou touca de cabelo, vestes bastante distintas daquelas às quais estão acostumados no dia a dia. No entanto, a adesão a estas vestimentas podem causar desconforto, sensação de descaracterização e até distanciamento do paciente, pois apesar delas propiciarem a identificação como parte da equipe de saúde e favorecer a assepsia no contato com os pacientes, em alguns casos pode refletir de modo negativo, quando afeta a confiança do paciente, representando apenas mais um membro da instituição.

Ainda conforme Bruscato, Amorim, Haberkorn & Santos (2004), nos atendimentos às crianças, essa quebra da confiança é notadamente comum, pelo fato das mesmas não conseguirem muitas vezes distinguir qual a especialidade do profissional de saúde que está lhe

atendendo, pois grande parte usa traje “branco”, o que dificulta a identificação do psicólogo que pode ser visto como “mais um” que realizará procedimentos desagradáveis. A partir dessa observação é importante aos psicólogos estarem atentos a usar os manejos adequados para atender a clientela desmistificando essa imagem.

Assim sendo, cabe ao psicólogo em sua atuação nos hospitais favorecer a assistência psicológica aos pacientes e seus familiares, promover a humanização e integração da equipe de saúde e oferecer seus conhecimentos como meio de aperfeiçoamento a outros profissionais, é considerado então o protagonista do processo que busca uma nova compreensão do pensar e fazer em saúde.

A FUNÇÃO DO BRINCAR PARA A CRIANÇA HOSPITALIZADA

A hospitalização na infância, geralmente, mobiliza situações potencialmente traumáticas, afasta a criança do convívio familiar, dos amigos, da escola e das atividades de costume, o que desencadeia o surgimento de diversos sentimentos como angústia, ansiedade e medo diante de uma situação desconhecida e ameaçadora.

O cuidado direcionado a criança hospitalizada não pode ser limitado às intervenções medicamentosas ou às técnicas de reabilitação, pois é necessário considerar a singularidade da criança, colocando a seu dispor, recursos que sejam de seu domínio para expressar-se, vivenciar e elaborar a experiência do adoecimento e da hospitalização. A partir desse ponto de vista, diversos autores, afirmam a importância do uso do brincar durante o período de adoecimento e internação hospitalar.

De acordo com o princípio 4º da Declaração dos Direitos da Criança, promulgada pela ONU em 1959, como prevê o princípio 6 da Carta da Criança Hospitalizada, brincar é um direito da criança, inclusive no hospital. E pelo fato do período de hospitalização gerar várias consequências psicológicas, é preciso tratar a criança no hospital, como criança, e para isso o brincar é fundamental, pois através dele a condição de criança e não de paciente é reafirmada (Fortuna, 2007).

Mello, Goulart, Ew, Moreira & Sperb (1999) afirmam que o brincar é uma das formas mais puras utilizadas pela criança para se expressar, visto que ela ainda não tem o domínio da linguagem verbal. Deste modo no decorrer da hospitalização é necessário que o brincar não se torne inativo simultaneamente a uma parte do corpo que esteja sob cuidados médicos. No entanto, a partir de estudos é possível constatar que mesmo debilitada a criança sente vontade de brincar, e é por intermédio dele que ela poderá elaborar a nova situação.

Conforme Oliveira, Dias & Roazzi (2003), o brinquedo no contexto hospitalar possui suas próprias formas de aplicabilidade com funções específicas, atuando, assim, como recurso terapêutico. Desta forma, pode-se dividir o brinquedo em livre e dirigido. Chiattonne (1988, citado em Oliveira, Dias & Roazzi, 2003), com seus conhecimentos através de trabalhos realizados com criança hospitalizada, define o brinquedo livre como sendo todos aqueles materiais disponíveis em que a criança pode realizar as atividades que deseja, podendo se posicionar, mas sempre com um coordenador presente, que esteja fazendo suas observações e orientando a elaboração das questões com a criança. É importante ressaltar que o brinquedo livre não tem a função da criança brincar apenas por brincar, mas aproveitar o momento para projetar seus sentimentos a partir da escolha do brinquedo. Portanto, o psicólogo deve ser habilidoso para conseguir compreender o caminho escolhido pela criança, o qual apresentará os conteúdos que devem ser trabalhados e que não conseguiram ser verbalizados por ela.

Ainda em Oliveira, Dias & Roazzi (2003), o brinquedo dirigido é direcionado apenas a uma criança ou a um grupo delas, onde as atividades são determinadas conforme o contexto vivenciado, trabalhando questões específicas. A fim de auxiliar a criança na elaboração de determinadas situações, pode-se, por meio do brinquedo, representar a realidade hospitalar, fazendo uso, por exemplo, de carrinhos de ambulância, materiais cirúrgicos, fantoches para simular familiares, médicos, entre outros.

Para isso, Kovács (2007) afirma que é interessante e necessário deixar que ela maneje os instrumentos médicos, proporcionando uma explicação das etapas do procedimento, assim como permitir que ela participe do mesmo, favorecendo dessa forma a compreensão do processo que vivenciará, pois esse período de adoecimento e internação fazem com que a criança tenha novas experiências, as quais tendem a ser assustadoras e, dolorosas.

Concordando com essa idéia Chiattonne (1988, citado em Oliveira, Dias & Roazzi 2003) argumenta que:

Em contato com esse material, as crianças estabelecem situações, cirurgias, condutas terapêuticas, exames físicos, morte de pacientes, atendimentos de urgência, enfim, toda uma série de situações que vivenciam ou imaginam e que necessitam elaborar. A oportunidade que se dá através dessa atividade é a colocação direta de sentimentos específicos com a ajuda de material lúdico (p. 97).

A partir dos estudos mencionados percebe-se que tanto o brinquedo livre quanto o dirigido tem a função de ajudar a criança a expandir seus sentimentos acumulados de tensão, frustração, insegurança, agressividade, medo, espanto e confusão. Através do brinquedo ela se conscientiza desses sentimentos, esclarece-os, enfrenta-os, aprende a controlá-los, ou os esquece.

De acordo com Souza (2007), autora da Lei nº 11.104, de 21 de Março de 2005, que dispõe sobre a obrigatoriedade da instalação de Brinquedotecas nas unidades de saúde, que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação, é essencial que essa lei não se reduza à mera conquista formal, mas que seja de fato, a concretização de um direito, o que sugere a formação de profissionais da área da saúde especializados na organização e no funcionamento de Brinquedotecas no ambiente hospitalar.

Nesse sentido, Oliveira (2007) reforça que é fundamental desconstruir a imagem hospitalar que visa tão somente diagnosticar e intervir no combate à doença, com a criação de um ambiente lúdico, representado por um lugar alegre e descontraído, onde o fazer de conta predomina, além de oferecer papéis e funções divertidas, permitindo o deslocamento da posição passiva de quem recebe cuidados, para a ativa, de quem cuida e organiza.

A experiência de estágio em uma Brinquedoteca Hospitalar, pelo período de um ano, possibilitou o acompanhamento da vivência das crianças internadas ao irem à Brinquedoteca ou até mesmo ao brincar em seus próprios leitos, pela dificuldade de locomoção. Sendo assim, por meio de observações das situações mais frequentes, baseadas na verbalização, expressões de alegria, alívio e maior motivação para interagir, foi possível verificar que há uma diversidade de respostas das crianças, no entanto todas demonstram a importância do brincar nesse contexto. A partir dessas constatações serão citados ao longo do capítulo discursos presenciados em momentos de intervenção, os quais confirmam o que a revisão da literatura propõe.

Assim, foi possível identificar que o momento da brincadeira não leva a criança a ignorar o que está vivenciando, mas permite seu processo de elaboração, no qual o brincar auxilia na expressão de seus sentimentos, melhorando sua forma de encarar esse momento.

Neste lugar não há trapaça, há sinceridade, engajamento voluntário da criança, favorecendo o desenvolvimento da sua atenção, concentração, elaboração e diversas outras habilidades.

Na Brinquedoteca e nos leitos, percebe-se que o brincar pode exercer uma função terapêutica e por meio dele, a brincadeira viabiliza a criação do vínculo da criança e o profissional de saúde, facilitando sua compreensão acerca das necessidades dela, uma vez que a comunicação se torna mais ampla entre eles. Dessa forma, a criança vê o profissional como seu aliado, um intérprete e defensor, a quem pode recorrer sempre que se sentir afrontada sem conseguir assimilar o que está vivenciando (Soares & Zamberlan, 2001).

Cunha (2007) ressalta os objetivos da atividade na Brinquedoteca hospitalar, como preparar a criança para as novas situações que enfrentará, proporcionando-lhe a familiarização com roupas e instrumentos médicos de brinquedo, simulações de procedimentos, para que ela não se surpreenda e nem se assuste ao vivenciá-los; auxiliar na continuidade da estimulação

do seu desenvolvimento, pois este muitas vezes é prejudicado pela internação; e, também, proporcionar aos familiares e amigos que vão visitá-la um espaço acolhedor e diferenciado no contexto hospitalar.

Ainda hoje, algumas pessoas acreditam que seja difícil entreter uma criança no ambiente hospitalar. Esse problema foi em grande parte solucionado com o surgimento da ludoterapia, pois ela permitiu que o isolamento do paciente em seu quarto terminasse e as crianças mesmo com suas dificuldades de locomoção, se dirijam aos locais de ludoterapia onde são encorajadas a utilizar brinquedos adequados à sua idade (Lindquist, 1993). Favoreceu também a relação da família com a criança durante esse período, pois os pais têm a oportunidade de brincar com seus filhos, vivenciando um ambiente hospitalar mais descontraído, propiciando o alívio de suas tensões e a elaboração dos sentimentos aflorados nesse contexto, favorecendo a qualidade de vida do enfermo.

Em vários atendimentos feitos a crianças hospitalizadas, era comum ouvir queixas da “falta do que fazer no hospital”, da “falta de amigos”, do “tédio que estava sendo ficar ali” e ao terem contato com os brinquedos o sorriso ficava estampado em seus rostos, com um verdadeiro alívio daquela situação maçante que estavam inseridas.

O brincar propicia à criança, projetar em algo palpável e visível o que sente e pensa, criando condições de entender e aceitar melhor o seu período de hospitalização, confirmando, assim, a teoria de que no seu processo de recuperação da saúde as emoções e os sentimentos são fundamentais, integrados aos processos cognitivos, exteriorizando a forma como ela está conseguindo lidar com seus sentimentos (Oliveira, 2007). E, portanto, a brincadeira pode ser utilizada como recurso terapêutico para auxiliar a criança a se expressar.

Essa idéia destacada por Oliveira (2007) foi vivenciada em um dos atendimentos realizados na Brinquedoteca, durante o qual uma paciente de aproximadamente seis anos, estava se recuperando de um problema no estômago e utilizava uma sonda para se alimentar.

Ela sempre estava em companhia de sua mãe. Na primeira visita feita, ela aceitou o convite para ir a Brinquedoteca, pois gostava muito de pintar, principalmente usando tinta. Em um determinado momento, enquanto ela pintava com pincel, a mãe precisou colocar o líquido na sonda e isso a incomodava muito, queixava-se de dores constantes, mas surpreendentemente ao mexer a tinta com as próprias mãos, sem utilizar o pincel ela disse: “Hummm... isso é tão bom tia, nem sinto a dor quando faço assim na tinta, é tão gostoso,” e, a partir dessa frase ficou claro o quanto essa “brincadeira” conseguiu alcançar a finalidade esperada, ou seja, auxiliar a criança a vivenciar o procedimento que tanto lhe incomodava, sem que ela precisasse ignorar a realidade do seu contexto.

Outra possível observação neste período de estágio é a de que se faz necessária a adequação dos brinquedos, nas Brinquedotecas, quanto à idade e nível de dificuldades, por serem atendidas crianças com necessidades especiais, de diferentes idades e limitações. A utilização do brinquedo adequado propicia a conquista de sua autoconfiança, favorecendo seu restabelecimento de forma acelerada, eliminando gradativamente distúrbios da linguagem, variação do humor, apatia, choro, isolamento, além de distúrbios alimentares.

Adams (1999) defende que a criança que vivencia a brincadeira e o riso no hospital, adquire um grande remédio, pois estudos comprovam que o riso alivia a dor, diminui a tensão e estimula o sistema imunológico.

Continuando com esse ponto de vista Masetti (2001) descreve o trabalho dos “Doutores da alegria”. Trata-se de um grupo de profissionais que se dedicam voluntariamente a proporcionar um pouco de alegria e tranquilidade para as crianças hospitalizadas. Eles adéquam à maneira de brincar conforme a demanda da criança, para que mesmo as que não podem sair de seus leitos, tenham junto a seus familiares um momento de descontração e conforto.

Masseti (2001) descreve que em pesquisas realizadas nos hospitais, os médicos, enfermeiros e familiares ressaltaram que o dinamismo e felicidade proporcionado pelos doutores da alegria alteram os comportamentos das crianças, as quais ficam mais contentes, ativas, permitindo e melhorando a aproximação com a equipe de saúde, aumentando a aderência ao tratamento, o que ameniza o período de hospitalização.

E essa introdução do brinquedo, do riso, da descontração auxilia no retorno à casa, à escola e à comunidade, pois quando a permanência é longa, os vínculos tendem a ser rompidos e ela precisa ser auxiliada a retomá-los, o que é possível através da brincadeira.

Foi também possível identificar que a interação estabelecida entre as brincadeiras e os jogos com as crianças interfere positivamente em seu desenvolvimento nas áreas da linguagem, da motricidade e da afetividade, possibilitando, ainda, a aproximação de todos os envolvidos no processo, familiares e a própria equipe de saúde, contribuindo, assim, para a humanização e o enriquecimento do ambiente hospitalar (Santos, 2000).

O brinquedo no contexto hospitalar permite que a criança vivencie aspectos normais do seu cotidiano, tornando-se assim uma forma estratégica eficaz para amenizar o estresse, o medo e a ansiedade causados pela hospitalização, podendo, então, reorganizar a sua vida, além de tornar o ambiente hospitalar menos invasivo.

Por fim, Chiattonne (1987), enfatiza que o psicólogo hospitalar deve atuar com o intuito de aliviar o sofrimento da criança, amenizar seus medos relacionados à doença, aos exames, procedimentos, ao tratamento assim como, escutá-la quando esta quiser falar sobre a doença, sobre a saudade da família, dos amigos e também dar apoio à família para que esta compreenda a situação da doença, hospitalização e a importância que tem seu suporte a criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a experiência de estágio e a literatura pesquisada, foi possível perceber que a importância da implantação do brincar no contexto hospitalar já é uma realidade em muitos hospitais, reconhecida pelos profissionais de saúde. Assim, estes já admitem os benefícios proporcionados por essa atividade durante o período de hospitalização.

A partir do estudo feito, evidenciam-se os efeitos psicológicos que a internação exerce sobre a criança e seu desenvolvimento. Sendo assim, o papel do psicólogo hospitalar é o de mediar as relações criança-doença, criança-família, criança-equipe e criança-instituição, procurando amenizar o trauma psicológico da internação e minimizar suas presumíveis seqüelas. Para que ele consiga atender as reais necessidades do paciente, é imprescindível que exista o apoio de toda a equipe e familiares, pois dificilmente seu trabalho isolado surtirá efeito.

Segundo Camon (1996), a tarefa fundamental do profissional da saúde é ser sensível, passivo, aceitando a criança com respeito, oferecendo-lhe condições para que se sinta forte e plena de que possui escolhas mesmo doente.

Tendo em vista o momento delicado que a criança vivencia durante a internação, entende-se que cabe ao psicólogo hospitalar ter um olhar voltado diretamente a ela, tratá-la como sujeito, chamando-lhe pelo nome e não pelo número do leito que ela ocupa. Dessa forma, esta postura contribui para a humanização dos profissionais de saúde dentro do contexto hospitalar.

Existem diversas concepções presentes em diferentes autores mencionados no trabalho acerca do tema “brincar”; no entanto, é possível encontrar uma concordância entre elas, em que o brincar é um fenômeno cultural, que está inserido tanto na vida do adulto como da criança, de diferentes formas e funções. Para a criança, a função de comunicação prevalece, pois ela muitas vezes, sente dificuldades em verbalizar seus sentimentos e, por meio da

brincadeira, consegue inventar um mundo onde possa expressar os impactos sofridos por esse período.

Outra questão abordada pelos autores é a respeito de qual tipo de brincadeira seria mais adequada nessa situação de hospitalização: se seria a brincadeira livre, na qual a criança brinca com o que escolhe, apenas por brincar, sem compromisso de interpretações, somente a fim de vivenciar a infância; ou se seria a brincadeira dirigida, na qual a criança deve brincar com objetos selecionados e relacionados à sua situação para que o profissional que a assiste conheça melhor quais são os seus medos e angústias acerca do que está vivenciando.

A partir da experiência de estágio e do ponto de vista dos autores consultados, é imprescindível o conhecimento acerca da circunstância em que a criança está inserida, e a sua forma de enfrentar esse momento para que ocorra a escolha adequada da intervenção com o intuito de melhorar a qualidade de vida durante a hospitalização. Dessa forma, a escolha do tipo de brincadeira pode ser tanto dirigida quanto livre, pois ambas permitem que ela projete através da brincadeira seus medos, angústias e receios, facilitando assim o trabalho dos profissionais na busca da melhor forma de auxiliá-la a vivenciar esse processo.

É importante salientar a importância de um olhar com seriedade para a atividade lúdica que ocorre nessas situações, pois mesmo hospitalizada a criança não deve ser afastada da brincadeira, do humor, da possibilidade de rir, de construir uma realidade melhor e mais agradável e que dessa forma seja viabilizada a estruturação de brinquedotecas, de modo que sejam oferecidas mais oportunidades para as interações infantis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, P. (1999). *Patch Adams: O amor é contagioso*. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Ed. Sextante.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D. & Dias, R. R. (2003). A psicologia da saúde no mundo e a pesquisa no contexto hospitalar. In: Baptista, M. N. & Dias R. R. *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A.
- Barros, L. (1999). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. 1ª Edição. Lisboa: Ed. Climepsi Editores.
- Brougère, G. (2000). *Brinquedo e cultura*. Questões na nossa época. 3ª Edição. São Paulo: Ed. Cortez.
- Bruscato, W. L., Kitayama, M. M. G., Fregonese, A. A. & David, J. H. (2004). O trabalho em equipe multiprofissional na saúde. In: Bruscato, W. L., Benedetti, C. & Lopes, S.R.A. (Orgs.). *A prática da psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas de uma antiga história*. 1ª Edição. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bruscato, W. L., Amorim, S. F., Haberkorn, A. & Santos, D.A. (2004). O cotidiano do psicólogo no Hospital Geral. In: Bruscato, W. L., Benedetti, C. & Lopes, S. R. A. (Orgs.). *A prática da psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas de uma antiga história*. 1ª Edição. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Campos, T. C. P. (2003). *Psicologia hospitalar: A atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária LTDA.
- Camon, V. A. A. (1996). Psicologia Hospitalar. Pioneirismo e as Pioneiras. In: Camon, V. A. A., Chiattonne, H. B. C., Nicoletti, E. A. *O doente, a psicologia e o hospital*. 3ª Edição. São Paulo: Ed. Livraria Pioneira.
- Chiattonne, H. B. C (1987). A criança e a hospitalização. In: Camon, V. A. A. *A psicologia no hospital*. 2ª. Edição. São Paulo: Ed. Traco.
- Chiattonne, H.B.C. (2000). A significação da psicologia no contexto hospitalar: a identidade diante da diversidade. In: Camon, V. A. A. *Psicologia da saúde*. 1ª Edição. Ed. Thomson Pioneira.
- Coelho, M. T. F. & Pedrosa, M. I. (2000). Faz-de-conta: construção e compartilhamento de significados. In: OLIVEIRA, Z. de M. R. (org.). *A criança e seu desenvolvimento*. 4ª Edição. São Paulo: Ed. Cortez.
- Cunha, N. H. S. (2007). O significado da Brinquedoteca Hospitalar. In: Viegas, D. (org.). *Brinquedoteca Hospitalar: Isto é humanização*. Rio de Janeiro: Ed. Wak.

- Dias, R. R. & Baptista, M. N. & Baptista, A. S. D. (2003). Enfermaria de Pediatria: Avaliação e intervenção Psicológica. In: Baptista, Makilim Nunes & Dias Rosana Righetto. *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan.
- Dolto, F. (1999). *As etapas decisivas da infância*. 1ª Edição. São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Feix, E. (2000). Reflexões sobre o lúdico. In: Rodrigues, R. P. (org.). *Brincahã: uma brinquedoteca itinerante*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Fongaro, M. L. H & Sebastiani, R. W. (1998). Roteiro de avaliação psicológica aplicada ao hospital geral. In: Camon, V. A. A. (org.). *E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Ed. Pioneira.
- Fortuna, T. R. (2007). Brincar, viver e aprender: educação e ludicidade no hospital. In: Viegas, D. (org.). *Brinquedoteca Hospitalar: Isto é humanização*. Rio de Janeiro: Ed. Wak.
- Friedmann, A. et al. (1992). *O direito de brincar: A brinquedoteca*. 2ª Edição. São Paulo: Ed. Scritta.
- Kishimoto, T. M. (1997). Brinquedo e brincadeira – usos e significações dentro de contextos culturais. In: Santos, S. M. P. *Brinquedoteca: O lúdico em diferentes contextos*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Kishimoto, T. M. (org.). (2002). *O brincar e suas teorias*. São Paulo: Ed. Pioneira.
- Kovács, M. J. (2007). A criança e a morte. In: Viegas, D. (org.). *Brinquedoteca Hospitalar: Isto é humanização*. Rio de Janeiro: Ed. Wak.
- Leitão, M. S. (1993). *O psicólogo e o Hospital*. 1ª Edição. Porto Alegre: Ed. Sagra-DC Luzzatto.
- Lima, M. G. (2004). Atendimento Psicológico da criança no ambiente hospitalar. In: Bruscato, W. L., Benedetti, C. & Lopes, S. R. A. (orgs.). *A prática da psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas de uma antiga história*. 1ª Edição. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lindquist, I. (1993). *A criança no hospital: terapia pelo brinquedo*. 1ª Edição. São Paulo: Ed. Página Aberta LTDA.
- Machado, M. M. (1994). *O brinquedo-sucata e a criança: A importância do brincar, atividades e materiais*. 5ª Edição. São Paulo: Ed. Loyola.
- Maluf, A. C. M. (2003). *Brincar: Prazer e Aprendizado*. 2ª Edição. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Marreco, D. F., Vasconcelos, M. A. C., Carvalho, M. C. C., Simão, S. & Pezza, S. F. R. (1985). Vicissitudes na hospitalização de crianças. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 7, 1, Jan, 30-33.

- Masetti, M. (2001). *Soluções de palhaços: transformações na realidade hospitalar*. 4ª Edição. São Paulo: Ed. Palas Athena.
- Mello, C. O., Goulart, C. M. T., Ew, R.A., Moreira, A. M. & Sperb, T. M. (1999). Brincar no hospital: assunto para discutir e praticar. *Psicologia: teoria e Pesquisa*. 15,1,Jan-Abr,65-74.
- Moreno, G. L. & Paschoal, J. D. (2001). Jogos tradicionais infantis: aprendizado, memória e presença no contexto escolar. In: Santos, S. M. P. *A Ludicidade como ciência*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Negrine, A. (2001). Ludicidade como ciência. In: Santos, S. M. P. (org.). *A Ludicidade como ciência*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes.
- Oliveira, S. S. G., Dias, M. G. B. B. & Roazzi, A. (2003). O Lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 16, 1, 1-13.
- Oliveira, V. B. (2007). O lúdico na realidade hospitalar. In: Viegas, D. (org.). *Brinquedoteca Hospitalar: Isto é humanização*. Rio de Janeiro: Ed. Wak.
- Santos, S. M. P. & Cruz, D. R. M. (1999). *Brinquedo e infância: Um guia para pais e educadores em creche*. Petrópolis: Ed. Vozes
- Santos, S. M. P. (org.). (2000). *Brinquedoteca: a criança, o adulto e o lúdico*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes.
- Soares, M. R. Z. & Zamberlan, M. A. T. (2001). A inclusão do brincar na hospitalização infantil. *Estudos de Psicologia*. 18,2,maio-agosto,64-69.
- Souza, L. E. (2007). Prefácio. In: Viegas, D. (org.). *Brinquedoteca Hospitalar: Isto é humanização*. Rio de Janeiro: Ed. Wak.
- Teles, M. L. S. (1999) *Socorro! É proibido brincar!* Petrópolis: Ed. Vozes.
- Vigotsky, L. S.. (2000). *A formação social da mente: O desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. 6ª Edição. São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Wallon, H. (1995). *A evolução psicológica da criança*. Lisboa: Edições 70.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Ed. Imago.
- Winnicott, D. W. (1982). *A criança e o seu mundo*. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Ed. LTC.