

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

Adriza Santos Silva Barbosa

Entre a doença e a ludicidade:
*vivências de crianças hospitalizadas em Vitória da
Conquista*

Vitória da Conquista
Fevereiro de 2015

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

Adriza Santos Silva Barbosa

Entre a doença e a ludicidade:
*vivências de crianças hospitalizadas em Vitória da
Conquista*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Área de Concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Linha de Pesquisa: Memória, Cultura e Educação

Orientador: Prof. Dr. João Diógenes Ferreira dos Santos

Vitória da Conquista

Fevereiro de 2015

Barbosa, Adriza Santos Silva
B2344d Entre a doença e a ludicidade: *vivências de crianças hospitalizadas em Vitória da Conquista*; Orientador: João Diógenes Ferreira dos Santos - Vitória da Conquista, 2015.
93 f.

Dissertação (mestrado em Memória: Linguagem e Sociedade). - Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2015.

1. Infância. 2. Ludicidade. 3. Hospitalização. 4. Memória I. Santos, João Diógenes Ferreira dos. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. III. Título

Título em inglês: *Between the disease and playfulness: experiences of hospitalized children in Vitória da Conquista*

Palavras-chaves em inglês: Childhood. Playfulness. Hospitalization. Memory.

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória

Titulação: Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

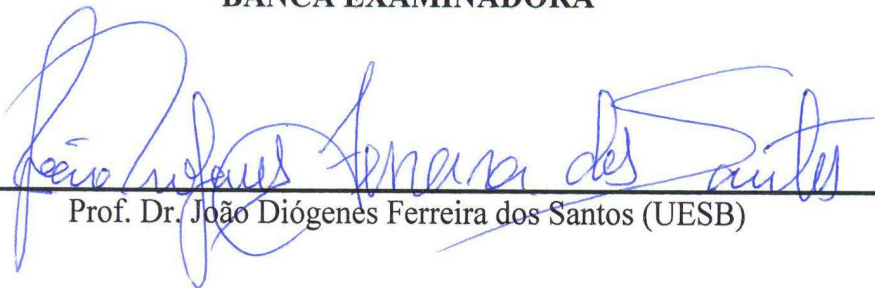
Banca Examinadora: , Dr. João Diógenes Ferreira dos Santos (presidente). Profa. Dra Luciana Araújo dos Reis (titular); Profa. Dra Edna Maria de Araújo (titular); Profa. Dra. Tânia Rocha Andrade Cunha (suplente); Profa. Dra. Acácia Batista Dias (suplente).

Data da Defesa: 25 de fevereiro de 2015

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade.

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. João Diógenes Ferreira dos Santos (UESB)

Prof.^a. Dr.^a. Luciana Araújo dos Reis (UESB)



Prof.^a. Dra.^a. Edna Maria de Araújo (UEFS)

Suplentes

Prof.^a.Dr.^a Acácia Batista Dias (UEFS)

Prof.^a. Dr.^a. Tânia Rocha de Andrade Cunha (UESB)

Local e Data da Qualificação: Vitória da Conquista, 23 de fevereiro de 2015.

Resultado: 

Aos amorosos pais Luiz e Uildes, ao querido esposo João Carlos, à amada filha Tessa, pelo suporte e incentivo para chegar até aqui.

À Amanda, pequena guerreira que agora descansa em paz, representando todas as crianças que possibilitaram a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me possibilitado esta oportunidade e as condições para concluir mais uma etapa da minha vida.

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, pela possibilidade de fazer o mestrado.

Ao meu orientador, professor Dr. João Diógenes Ferreira dos Santos, por me guiar nesta caminhada, com sabedoria e paciência.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, em especial, às coordenadoras Profa. Dra. Lívia Diana Rocha Magalhães, Profa. Dra. Maria da Conceição Fonseca-Silva e à Profa. Dra. Tânia Rocha Andrade Cunha.

Aos membro da banca de qualificação e da defesa, pelas preciosas contribuições no aprimoramento deste trabalho.

A João Carlos, pelo incentivo, apoio e pelo amor incondicional.

A Tessa, pela paciência e por ser uma filha amorosa, que enche a mãe de orgulho e alegria.

Aos meus pais, irmãos, sobrinhos e familiares, pela torcida e pelo inestimável apoio.

Às colegas e amigas Carmelúcia, Samila e Lívia, pessoas maravilhosas com quem tive a oportunidade de dividir momentos alegres e de pesar.

Às colegas do internato em Pediatria, Raquel, Márcia e Ellen, pelo apoio nos momentos em que precisei.

Às crianças do HGVC e respectivos acompanhantes, por terem partilhado um pouco da vida de vocês, tornando este trabalho possível.

Aos funcionários do HGVC, em especial, Milena, que foi essencial para que este trabalho fosse realizado.

*O correr das águas, a passagem das
nuvens, o brincar das crianças, o sangue
nas veias. Esta é a música de Deus.*
(Hermann Hesse)

RESUMO

A hospitalização é uma situação que gera desconforto físico e psíquico nas pessoas, especialmente, na criança. Trata-se de uma condição que altera a rotina do indivíduo, tirando-o da zona de conforto e submetendo-o a procedimentos incômodos. Esta experiência produz ansiedade e angústia. Observamos que, apesar do estresse imposto pela condição atual, percebemos que a criança, muitas vezes, após certo período de tempo hospitalizada, consegue se adaptar a essa nova realidade. Acreditamos que a ludicidade tenha um papel primordial neste processo. Esta dissertação tem como objetivo compreender como a criança hospitalizada no Hospital Geral de Vitória da Conquista faz uso da ludicidade como forma de se adaptar ao novo ambiente onde se encontra. Com esse intuito, recorreremos à abordagem qualitativa, utilizando, como ferramentas para coleta dos dados, as entrevistas com as crianças e com os funcionários do hospital, assim como os desenhos realizados pelas mesmas. A falta de brincar ao ar livre foi uma das queixas das crianças, expressa tanto na fala quanto no desenho delas. Constatamos que as crianças buscam maneiras de brincar, mesmo quando não existem plenas condições para o livre exercício da ludicidade.

PALAVRAS-CHAVE

Infância. Ludicidade. Hospitalização. Memória

ABSTRACT

Hospitalization is a situation that generates physical and psychological discomfort in people, especially in children. It is a condition that changes the routine of the individual, taking it out of the comfort zone and subjecting it to uncomfortable procedures. This experience produces anxiety and distress. We observed that despite the stress imposed by the current condition, we realize that the child often after a certain period of time hospitalized, can adapt to this new reality. We believe the playfulness has a key role in this process. This research aims to understand how the hospitalized children in Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC) makes use of playfulness in order to adapt to the new environment where you are. To this end, we used a qualitative approach, using as tools for data collection, the interview and the children's drawing. The lack of play in the outdoor was one of the complaints of children, expressed both in speech and in drawing them. We found that children look for ways to play, even when there are full conditions for the free exercise of playfulness.

KEYWORDS

Childhood. Playfulness. Hospitalization. Memory

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Foto Gabriela utiliza tampas de frasco ampola como “comidinha” e partes de taças plásticas como “panelinhas”	40
Figura 2 – Foto do desenho de Jamille, 8 anos	46
Figura 3 – Foto da carta da paciente Paula à companheira de enfermagem Gabriela e aos profissionais de saúde	47
Figura 4 – Foto de desenho de Aline, 11 anos, no hospital	48
Figura 5 – Foto de duas crianças brincando de bingo na enfermagem pediátrica do HGVC	62
Figura 6 – Foto tiradas por Patrícia, 7 anos, através do celular	66
Figura 7 – Foto de desenhos de Bernardo	70
Figura 8 – Foto de desenhos feitos por Cláudio, 10 anos	71
Figura 9 – Foto de desenhos feitos por Aline, 11 anos	71
Figura 10 – Foto de desenhos de Igor (à esquerda), Murilo (centro) e Leandro (à direita), referentes ao hospital	72
Figura 11 – Foto de desenhos de Eva, 8 anos	72
Figura 12 – Foto de desenhos livres feitos por Gabriela antes de ser entrevistada	75
Figura 13 – Foto de desenhos feitos por Gabriela	75
Figura 14 – Foto de desenho de Ana, 9 anos	76
Figura 15 – Foto de desenho de Murilo, 10 anos, referente a estar em casa	80
Figura 16 – Foto de desenho de Murilo, 10 anos, referente a estar no hospital	80
Figura 17 – Foto de adultos jogando damas na enfermagem pediátrica do HGVC	83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	64
-----------------	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 INFÂNCIA E LUDICIDADE	18
2.1 Infância	18
2.1.1 Infância sob a ótica do saber médico	18
2.1.2 Infância – perspectiva sócio-histórica	21
2.2 – A criança e a ludicidade	29
1.2.1 Ludicidade: concepção psíquica/psicológica	30
1.2.2 Ludicidade: concepção sociocultural	32
1.2.3 Ludicidade: concepção sócio-histórica	38
3 A CRIANÇA HOSPITALIZADA	42
3.1 Efeitos da hospitalização sobre a criança enferma	42
3.2 A criança e a ludicidade no ambiente hospitalar	51
4 RESSIGNIFICANDO A LUDICIDADE NO HGVC	54
4.1 O HGVC: aspectos gerais e estrutura	54
4.2 Ludicidade x legislação	57
4.3 Ressignificando a ludicidade no HGVC: discussão de casos	64
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICE	93

1 INTRODUÇÃO

A doença é um fator desestruturante para a vida do indivíduo, por haver uma quebra da rotina, gerando estresse não só para o indivíduo enfermo, mas também para a coletividade com quem convive. Quando a enfermidade leva à hospitalização, há uma interrupção do ritmo de vida (SCHNEIDER; MEDEIROS, 2011), associado à incerteza de por quanto tempo durará a suspensão do seu cotidiano. Deste modo, a doença é um elemento que incorre na vulnerabilidade física e psíquica do indivíduo.

A hospitalização tira o indivíduo do seu lar, da sua zona de conforto, e o leva para um local desconhecido, impessoal. É uma experiência que leva à ansiedade e à angústia. Com a criança, talvez, essas sensações se somem ao medo do desconhecido, dos procedimentos dolorosos e da sensação de estar separado dos seus entes queridos (QUINTANA et al., 2007).

Esperamos que a criança vivencie situações de saúde para crescer e se desenvolver dentro dos limites da normalidade (VIEIRA; LIMA, 2002). A hospitalização infantil conduz à debilidade no quadro emocional da criança, em função do afastamento de sua casa, de seus pertences e, principalmente, da família. Em consequência, aflora insegurança e medo do desconhecido (GONÇALVES, 2009).

Estar doente, por si só, já representa uma situação de desconforto e vulnerabilidade. Quando a criança necessita ser hospitalizada, diversos estudos enfocam o ponto de vista dos acompanhantes da criança enferma ou dos profissionais que lidam com ela (PICCINNI; CASTRO, 2004; FAQUINELLO; HIGARASHI; MARCON, 2007; ANDRAUS et. al., 2007).

Como pediatra do Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), atendemos, habitualmente, crianças enfermas com indicação para serem hospitalizadas. O interesse em realizar esta pesquisa surgiu ao constatarmos como as crianças, na maioria das vezes, conseguem adaptar-se à realidade do hospital. Observamos que os pequenos pacientes brincam e socializam-se naquele ambiente, aparentemente inóspito. Essa “adaptação” se torna ainda mais perceptível com aqueles enfermos hospitalizados por um espaço de tempo maior.

Destacamos o caso de uma paciente, em torno de oito anos de idade, que necessitou ser internada, devido à síndrome nefrítica aguda¹. Ao ser comunicado à paciente e a sua mãe da necessidade de hospitalização, a criança começou a chorar. Inicialmente, pensamos que o

¹ A síndrome nefrítica aguda (também chamada de glomerulonefrite aguda) é uma inflamação dos glomérulos (unidade funcional dos rins), tendo como resultado o aparecimento repentino de sangue na urina, edema (inchaço) e aumento da pressão arterial. Fonte consultada: <http://www.manualmerck.net/?id=150&cn=1186>. Acesso em 02/09/2014.

motivo do choro fosse devido ao “medo de hospital”, que é observado, com frequência, nas crianças. No entanto, a mãe se justificou dizendo que a avó da criança tinha falecido recentemente no HGVC. Na outra semana, quando visitamos a criança na enfermaria, ela já apresentava outro discurso, afirmando que não estava mais com medo e parecia contente. Ela vivenciou outra experiência relacionada àquele Hospital, o que mudou a sua concepção inicial relacionada àquela instituição.

Quando decidimos abordar o objeto deste estudo, optamos por, utilizando a expressão de Sarmiento e Medeiros (2011, p. 27), “ouvir a voz das crianças”, compreender o ponto de vista delas. Pretendemos que este seja um estudo sobre crianças, a partir da própria criança (SARMENTO, 2005).

Mesmo considerando que a categoria geracional² infância seja constituída de uma diversidade social, histórica, cultural, regional e econômica, as crianças cultivam uma atividade em comum, que é a de brincar. Sabemos que, para a criança, brincar é uma atividade tão indispensável e primordial quanto é o trabalho para o adulto (SARMENTO, 2003; SANTOS, 1995). E, mesmo nas mais adversas condições, as crianças não deixam de brincar (SARMENTO, 2003).

A hospitalização seria uma dessas situações onde, apesar de fragilizada psíquica e fisicamente, a criança ainda encontra condições de brincar, até porque a brincadeira terá um efeito terapêutico, pois a auxiliará no processamento da nova realidade na qual está inserida, dissipando medos e angústias. Portanto, o foco desta pesquisa é compreender como a criança ressignifica a sua ludicidade e se adapta nesse ambiente, inicialmente desconhecido. Nesse sentido, levantamos as seguintes questões: como as crianças internadas exercem a ludicidade no ambiente hospitalar? Quais são os sentimentos das crianças referentes ao fato de estarem hospitalizadas? Existe diferença entre brincar em casa e brincar no hospital?

Com base nestas questões, escolhemos a Enfermaria Pediátrica do Hospital Geral de Vitória da Conquista -Ba (HGVC) como o campo de pesquisa. Este hospital foi inaugurado em 02 de março de 1994 e, desde então, é considerado referência no atendimento de urgência e emergência³ do Sudoeste da Bahia e cidades do norte de Minas Gerais.

Como ocorre em outros hospitais brasileiros, o HGVC recebe uma gama de pacientes, desde pessoas em estado crítico até aquelas cujo atendimento é de natureza ambulatorial (não

² Ver Qvortrup (2010).

³ Segundo o Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM nº 1451, de 10/03/1995, a urgência pode ser conceituada como “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” e emergência, a “constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.”

urgente). Pacientes acidentados e vítimas de violência também fazem parte da clientela do HGVC.

Neste Hospital, a estrutura existente não suporta a excessiva demanda que absorve, resultando em corredores lotados de pacientes, em macas e filas de pacientes aguardando atendimento, gerando insatisfação por parte de quem usa e de quem fornece os serviços.

A mídia contribui, também, na construção de uma imagem “negativa” do hospital, ao expor em jornais, na TV e na Internet os problemas enfrentados por quem usa a Instituição. Em suma, o HGVC se tornou, ao longo dos anos, em um lugar de memória que remete a corredores lotados, descaso, negligência, “local aonde se vai para morrer”, “açougue”, “sai mais doente do que quando entrou”. Destarte, a criança “absorve” a concepção de que o hospital é um lugar ruim para se estar.

Segundo Halbwachs (1990), as crianças produzem suas lembranças a partir da interação com o grupo social que as cerca – a família. Braga (2000, p. 99) destaca que as crianças “mostram maneiras particulares de compreender fatos que fazem parte da ‘memória histórica’. Somente mais tarde somos capazes de recolocar nossas lembranças de infância em um quadro histórico.”

Quando se refere às memórias de criança, Halbwachs (1990) afirma que aquilo que leva os adultos a se preocuparem, faz a criança saber que tal situação merece ser lembrada: “Se nos lembramos dele [o fato], é porque sentíamos que em torno de nós os outros se preocupavam. Mais tarde, compreenderemos melhor por que” (HALBWACHS, 1990, p. 63).

A fim de se captar essa “memória de criança”, optamos utilizar, como marco metodológico, a abordagem qualitativa. Trata-se de uma abordagem que melhor investiga grupos delimitados, “de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos” (MINAYO, 2007, p. 57).

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2007, p. 57).

Segundo Redin (2009, p. 118), “conhecer as crianças enquanto grupo que se relaciona e cria sentidos e significados para o mundo requer tempo, sensibilidade e, principalmente, despreendimento de um olhar adultocêntrico viciado.” Ainda, nas palavras da autora,

Através da brincadeira, a criança mergulha na vida, criando um espaço que expressa, que atribui sentido e significado aos acontecimentos. Brincar também é uma forma de buscar estabilidade emocional, pois certas brincadeiras trazem os elementos necessários para lidar com os medos (REDIN, 2009, p. 123).

Sobre a pesquisa com crianças, Silva et. al (2005, p. 48), afirma que “ver e ouvir são cruciais para que se possa compreender gestos, discursos e ações.” É preciso ter sensibilidade suficiente para sair da posição de pesquisador, olhar o mundo como a criança vê e retornar ao seu lugar, descrevendo aquilo que a criança enxerga. Pallottino (2011, p. 11) observa que

as crianças falam com seus cuidadores, falam sozinhas, falam através dos seus brinquedos. As crianças falam simplesmente sobre tudo. Se o profissional, inserido neste contexto, disponibilizar-se afetivamente, mantendo uma escuta ativa, e atuando de forma agregadora, continente e participativa, conseguirá apreender a dimensão das falas infantis, dessa espécie de testemunho que as crianças nos dão acerca das suas vivências, de seus lutos, de seus medos e fantasias.

Após definição do caminho metodológico, a próxima questão foi decidir quais as crianças que iríamos pesquisar. O setor de Pediatria do HGVC é dividido em 4 enfermarias, além de 4 leitos de isolamento. Os leitos das enfermarias A e B são compostos por berços, sendo, portanto, estas enfermarias destinadas a crianças menores (sem idade específica, o critério é “caber no berço”). A enfermaria C é composta por uma ala destinada a meninas (3 leitos) e outra ala destinada aos meninos (5 leitos)⁴. É composta por camas, sendo, desta forma, internadas nesta enfermaria crianças maiores e adolescentes.

Optamos pelas crianças⁵ que estavam internadas na enfermaria C. Realizamos entrevistas com as crianças e com profissionais do hospital, bem como observações do ambiente. Solicitamos, também, que as crianças fizessem desenhos relacionados a “estar em casa”, “estar no hospital”, bem como desenhos de tema livre a fim de complementar a entrevista.

Neste aspecto, entendemos que, dentre as muitas formas que as crianças utilizam para se expressar, uma delas é o desenho. Sarmiento e Medeiros (2011) lembra que “o desenho

⁴ A título de curiosidade, questionamos a alguns funcionários o porquê de existirem mais leitos para meninos do que para meninas. A resposta que mais escutamos foi a de que meninos sofrem mais traumatismos que meninas. De fato, no primeiro trimestre de 2014, foram feitos 139 internamentos na Enfermaria Pediátrica, sendo 81 meninos e 58 meninas.

⁵ A definição de criança que adotamos nesta pesquisa foi a que se encontra no artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente: “Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.”

precede a comunicação escrita” e até mesmo a comunicação oral (pois os bebês rabiscam antes mesmo de falarem de maneira articulada). Assim como na brincadeira, no desenhar, a criança não simplesmente reproduz o mundo, mas sim o *apreende* e se utiliza do desenho como uma forma de comunicação.

Tudo se passa como se a criança procure no seu desenho não propriamente representar um real exterior ao desenho, mas, desenhando-o, o inscreva como o real da representação, válido em si próprio e interpretável no quadro da polissemia tolerada pelos códigos em que ele foi desenhado. Não se trata, por conseqüência, de uma vocação realista, mas do trabalho de inscrição que legitima o jogo de “faz de conta” [...] Esse trabalho simbólico é aquele pelo qual perpassa a interpretação do mundo (SARMENTO, 2011, p. 39-40).

Assim como a brincadeira, o desenho acompanha a imaginação da criança, sendo, nas palavras de Sarmiento (2011, p. 50), “transgressora do condicionamento espaço-temporal da criança, e projeta-se como uma voz capaz de articular mundos distantes e desconhecidos.”

Para Sarmiento (2011), os desenhos devem ser analisados sob três perspectivas. Primeiramente, a perspectiva do sujeito concreto, singular, com produção cultural única. Outra perspectiva é o ambiente cultural, que pode estimular ou reprimir a “expressão gráfica da criança” (SARMENTO, 2011, p. 29). Por fim, o desenho como uma expressão característica e peculiar da infância, sendo necessário compreendê-la “de acordo com uma gramática interpretativa das culturas da infância” (SARMENTO, 2011, p. 30).

No período de outubro de 2013 a outubro de 2014, pesquisamos 14 crianças⁶, sendo oito meninas e seis meninos. Entrevistamos, também, profissionais como a terapeuta ocupacional, a residente de Pediatria, a enfermeira-chefe e a assistente social, todas atuantes na Enfermaria Pediátrica. Para assegurar a privacidade dos sujeitos da pesquisa, substituímos o nome original das crianças por outros nomes, de forma aleatória. Os nomes dos funcionários do Hospital foram suprimidos. Após os devidos esclarecimentos, as crianças e seus acompanhantes concordaram em participar da pesquisa.

A fim de organizar as ideias, dividimos esta dissertação em três capítulos. Primeiro, discorreremos sobre as diferentes perspectivas de infância: a partir do saber médico e nas concepções sócio-histórica e sociológica. Para isso, foram analisadas as obras de autores considerados “clássicos” de estudos em infância, tais como Ariès, Del Priore, Corsaro, Sarmiento, Qvortrup, dentre outros. Ainda no primeiro capítulo, será discutido sobre a

⁶ A faixa etária variou de 5 a 11 anos. Cinco crianças eram pardas, quatro eram brancas e três eram negras.

ludicidade, tendo em vista as dimensões psicológica/psíquica, sociocultural e sócio-histórica. Nesta parte, compondo a base teórica da pesquisa, recorreremos principalmente ao pensamento de Cipriano Carlos Luckesi, Lev Vigotski, Manuel Jacinto Sarmento, Gilles Brougère, Walter Benjamin, Phillipe Àries e Mary Del Priore.

No segundo capítulo, trataremos dos efeitos da hospitalização sobre a criança, bem como a importância da ludicidade, no ambiente hospitalar, fazendo reflexões a partir dos estudos de diversos autores concernentes a este tema.

No terceiro capítulo, apresentaremos o HGVC, inicialmente de forma panorâmica, e, a seguir, enfocaremos a enfermagem pediátrica do HGVC, *locus* da pesquisa. Neste capítulo, também discorreremos sobre as políticas públicas para a infância, no que diz respeito à ludicidade no ambiente hospitalar. Por fim, desvelaremos as vozes das crianças, através das entrevistas, desenhos e observações, analisando-as à luz das reflexões teóricas.

Nas considerações finais, procuraremos retomar as principais questões consideradas nesta pesquisa, a fim de conduzir a reflexões que poderão contribuir para a realização de futuras pesquisas relacionadas a este objeto de estudo, ou temas correlatos.

2 INFÂNCIA E LUDICIDADE

2.1 Infância

A concepção de infância constitui-se através de um processo contínuo, que se dá, ao longo do tempo, através de diferentes olhares tais como: biológico, psicológico, histórico e social. Ainda assim, dentro de cada perspectiva, encontraremos visões diferentes sobre a infância. Desta forma, não se pode conceituar a infância ou lhe atribuir um único significado. Pretendemos abordar, neste capítulo, as diversas concepções de infância, especificamente sob a ótica da medicina, da sociologia e da história.

Inicialmente será discutida a infância sob o ponto de vista biológico. O que o saber médico entende por infância? Para isso, será apresentado o pensamento da medicina em relação à infância, desvelando a história da Pediatria no Brasil, no final do século XIX e primórdios do século XX. Veremos que tal pensamento permanece até os dias atuais. A seguir, abordaremos a infância sob o contexto histórico-social.

Na segunda parte deste capítulo, faremos, inicialmente, um recorte de um dos aspectos da infância, que é a ludicidade. Trataremos sobre a importância da ludicidade para a infância, apresentando enfoques diferentes de ludicidade, a partir da concepção de diversos autores.

2.1.1 A infância sob a ótica do saber médico

A pediatria distingue-se da maioria das especialidades médicas porque não é voltada apenas para um determinado aparelho ou sistema, mas sim para um indivíduo em crescimento e em desenvolvimento, envolto em singularidade e complexidade, cujo funcionamento é diferente do corpo adulto (PEREIRA, 2006). A criança é vista, segundo Alcântara (2002), como uma “unidade funcional”.

É uma especialidade que opera em duas frentes de atuação: a Pediatria Curativa, ou Clínica Pediátrica, que trata da criança enferma, e a Puericultura, que se concentra na prevenção, ou melhor,

com ênfase no crescimento e no desenvolvimento, promoção da saúde e prevenção de agravos, considerando a criança como uma individualidade biopsicossocial e relacionando-a ao ambiente físico (biótico e abiótico) e psicossocial que a cerca (MARCONDES, 2002, p. 117).

De acordo com Sousa e Oliveira (2012), a pediatria surge, nesse contexto, no início do século XX, junto com o pensamento de que era necessário o Estado intervir para que a criança se tornasse, no futuro, um cidadão saudável, instruído e apto para colaborar com o progresso da nação. Nas palavras de Pereira (2006), seria a “transformação de crianças em sujeitos a serem cuidados” (grifo da autora). Entretanto, os altos índices de mortalidade infantil contrastavam com a aspiração de um Estado moderno e civilizado.

A Medicina e o Estado, então, se aliam para desenvolver ações que assistissem e protegessem a criança, visando convertê-las, no futuro, em adultos civilizados. Essa convergência tipifica a Pediatria Social que, segundo Marcondes (2002, p. 117), “é a via final de todas as atividades de Puericultura e da Pediatria Clínica, é o compromisso de todos que assistem à criança e o adolescente com o seu universo.”

A ideia de distinção entre crianças e adultos estava presente apenas entre os intelectuais higienistas, em especial os médicos⁷. Para este grupo, a criança era constituída de fragilidade, cujo organismo funcionava de maneira mais complexa, diferente dos adultos (SOUSA; OLIVEIRA, 2012).

Representada durante um longo período de nossa história enquanto mera cópia do adulto, apenas distinta a peso e estatura, o menino que não era “gente”, tornou-se “gente”. “Gente”, porque começou a ser compreendido como diferente, como singular, como peculiar. Definida, essa singularidade, pelos dizeres da Pediatria nascente, tendo como base sua fisionomia e fisiologia. Da medicalização a alimentação, da higiene do corpo a educação, o médico foi tomando para si o monopólio à intervenção ao corpo infantil. Pautado nos preceitos científicos, os quais validavam sua prática entre os pares, o médico-pediatra orientava a sociedade e, sobretudo a mãe no fino trato dos rebentos, acarretando a difusão do conhecimento por ele produzido. (SOUSA; OLIVEIRA, 2012, p. 10-11)

Como vimos, o “menino” tornou-se “gente”. No entanto, “gente” revestida de incompletude, sendo a fase adulta o ponto final, a plenitude do crescimento e desenvolvimento (PEREIRA, 2006).

⁷ Conforme Góis Júnior (2002), o movimento higienista surgiu entre o fim do século XIX e início do XX, sendo um pensamento oriundo das classes dirigentes (elites). Tinha como proposta cuidar, educar e ensinar novos hábitos à população, com o intuito de melhorar as condições de saúde coletiva. Segundo Challoub (1996, p. 29), “os intelectuais-médicos [...] analisavam a ‘realidade’, faziam seus diagnósticos, prescreviam a cura, e estavam sempre inabalavelmente convencidos de que só a sua receita poderia salvar o paciente”. Desta forma, os médicos ganharam autoridade para disseminar medidas que combatessem as condições que causassem danos à saúde da população (GÓIS JÚNIOR, 2002).

Atualmente, ainda permanece o discurso da criança frágil, podendo ser comparada a uma semente, cujo germinar dependerá do solo e da forma com que será cultivada. O médico pediatra continua mantendo a postura de salvar a criança dos flagelos socioambientais. O livro “Pediatria Básica”, sob a organização de Eduardo Marcondes (2002), é um dos livros clássicos da Pediatria, sendo, frequentemente, utilizados pelos estudantes de Medicina e médicos pediatras. Em um trecho do primeiro capítulo, escrito por Pedro de Alcântara, evidencia-se o pensamento pediátrico acerca da criança:

Por tudo que vimos (a falta de treino de numerosas funções, antes de nascer, e a necessidade de pô-las em exercício e de modo coordenado depois de nascer), em cada um daqueles setores de dificuldades, a criança é *mais vulnerável* do que os adultos. Estes são, precisamente, as “ex-crianças” que, por melhores condições congênicas e por melhor assistência, venceram aquelas dificuldades e atingiram a idade adulta. Aquela maior vulnerabilidade se revela na mortalidade mais elevada de crianças do que de adultos, maior ainda no primeiro ano, maior ainda no primeiro mês, e só ultrapassada pela da velhice extrema, quando morrem todos. A vulnerabilidade maior da criança dá a assistência a esta um novo caráter, o de ser vigilante (ALCÂNTARA, 2002, p. 3. grifo do autor).

Salientamos que o professor e médico pediatra Pedro de Alcântara (1901-1979) foi um dos fundadores da Escola Paulista de Medicina, em 1933, formando várias gerações de pediatras. Dedicou-se a estudar a relação entre a saúde da criança e as condições socioeconômicas da população e constatou que a mortalidade infantil se relacionava às mazelas sociais, como a pobreza, desnutrição e carência de atendimento médico, principalmente em áreas mais remotas. As suas ideias, portanto, perduram até hoje entre o meio acadêmico.⁸

Como toda ciência natural, surgia, na Pediatria, a necessidade de se criar um padrão de normalidade de crescimento e desenvolvimento. Para Alcântara (2002, p. 5), “a conceituação da normalidade em medicina é tarefa pouco encorajadora, pela imprecisão e pela variabilidade individual dos limites entre o normal e o patológico.” Segundo este autor, não é suficiente apenas classificar a criança em “normal” e “não normal”, é preciso avaliar outros atributos, pois a normalidade não é uniforme. Deste modo, outros fatores devem ser levados em consideração, tais como o meio sociocultural onde vive a pessoa.

⁸ Estas informações podem ser vistas no site da Sociedade Brasileira de Pediatria (ver Referências)

A ideia de normalidade está intimamente ligada à de anormalidade. Esta é sempre uma variação daquela [...] a transição entre o normal e o anormal pode ser progressiva, dificultando, quando em certo grau, a “qualificação” do fenômeno como normal ou como anormal (ALCÂNTARA, 2002, p. 7).

Tendo em conta essa heterogeneidade que compõe o indivíduo, partiremos, a seguir, para uma concepção diferente da apresentada até o momento: a criança como ser social, sendo vista de diferentes formas, ao longo da história.

2.1.2 Infância: perspectiva sócio-histórica

Considerando que a criança também é um ser social, o conceito de infância constitui-se dentro da trajetória histórica (FURLANETTO, 2008). Segundo Sarmiento (2005, p. 365-366):

A infância é historicamente construída, a partir de um processo de longa duração que lhe atribuiu um estatuto social e que elaborou as bases ideológicas, normativas e referenciais do seu lugar na sociedade. Esse processo, para além de tenso e internamente contraditório, não se esgotou. [...] A geração da infância está, por consequência, num processo contínuo de mudança, não apenas pela entrada e saída dos seus actores concretos, mas por efeito conjugado das acções internas e externas dos factores que a constroem e das dimensões de que se compõe.

Com base nas obras “História Social da Criança e da Família”, de Phillip Ariès, e “História das Crianças no Brasil”, de Mary Del Priore, descreveremos as concepções de infância construídas em diferentes momentos, sendo, no primeiro caso, a infância retratada na Europa e, no segundo caso, no Brasil.

Segundo Ariès (2012), até meados do século XII, não havia diferenciação entre crianças e adultos na arte medieval. Elas eram representadas, apenas, “numa escala mais reduzida que os adultos, sem nenhuma diferença de expressão ou de traços” (ARIÈS, 2012, p. 17). Da arte para a vida real, Ariès (2012) conclui que a infância, neste período, era constituída de transitoriedade, pois compreendia a fase da criança de colo, totalmente dependente do cuidado dos outros para sobreviver. Assim que adquiria algum grau de independência, já passava a pertencer ao mundo dos adultos. Segundo o autor, na Idade Média as crianças não apresentavam distinção dos adultos quanto à vestimenta, à participação na vida social e no lazer.

A partir do século XVI, surgiu o hábito de retratar as crianças que morriam. Naquela época, a mortalidade infantil era elevada, ou seja, perdiam-se, com frequência, as crianças numa fase bem precoce da vida. Por esse motivo, não havia um sentimento de apego àquele ser frágil. Era uma insensibilidade que, para Ariès (2012), era comum nas condições de vida da época. “As pessoas não se podiam apegar muito a algo que era considerado uma perda eventual” (ARIÈS, 2012, p. 22).

Logo, retratar as crianças que faleciam reflete uma mudança nos sentimentos em relação à infância:

O gosto novo pelo retrato indicava que as crianças começavam a sair do anonimato em que sua pouca possibilidade de sobreviver as mantinha. É notável, de fato, que nessa época de desperdício demográfico uma criança morta, a fim de conservar sua lembrança. O retrato da criança morta, particularmente, prova que essa criança não era mais tão geralmente considerada como uma perda inevitável (ARIES, 2012, p. 23).

Entretanto, foi no século XVII que a criança passou a ser retratada sozinha, representando a si própria, em suas atividades cotidianas ou com a sua família. Outro fator foi a adoção de um traje próprio para a criança, em especial pelas classes socioeconomicamente favorecidas⁹. Atitudes estas que demonstram um sentimento da sociedade em separar a criança do mundo dos adultos.

Ariès (2012) descreve dois sentimentos que surgiram em relação à infância na sociedade entre a Idade Média e Renascença. O primeiro foi o de “paparicação”. A criança era vista como um ser ingênuo, gracioso, que servia para distrair o adulto, podendo ser comparada a um animal de estimação. Paralelamente, surgia, por parte dos moralistas, uma crítica a este sentimento. A criança era um ser puro e frágil, mas era necessário moldá-la, através da disciplina, para que se tornasse um adulto honrado.

Na Renascença, surge, portanto, a preocupação em preparar a criança para o convívio social, sendo os jesuítas, no Brasil, os principais responsáveis em educar as crianças dessa época.

Em razão de sua vivência apostólica e da própria descoberta da infância, os padres entenderam que era sobre as crianças, essa “cera branda”, que deviam imprimir-se os caracteres da fé e virtude cristãs. Para isso, elaboraram

⁹ Ariès salienta que as crianças das classes menos favorecidas continuaram a usar o mesmo traje dos adultos. “Elas conservaram o antigo modo de vida que não separava as crianças dos adultos, nem através do traje, nem através do trabalho, nem através dos jogos e brincadeiras” (ARIES, 2012, p. 41). Tem-se, portanto, num mesmo momento, diferentes infâncias.

estratégias e projetos, que se transformavam à medida que se consolidava a própria conquista portuguesa na América, e que seguiam os ventos que traziam e enviavam suas cartas ao Velho Mundo (CHAMBOULEYRON, 2013, p. 79).

Na coletânea organizada por Mary del Priore (2013), são retratadas diversas infâncias em diferentes momentos da história do Brasil. Tal diversidade pode ser constatada, especialmente no Brasil Colonial. Neste período, as concepções de criança variaram de acordo com a sua etnia e a sua condição de classe.

O entendimento de infância, proposto por Ariès, foi adotado, também, pelo Brasil Colônia. No entanto, tal concepção é reservada apenas para a criança branca da elite (SANTOS, 2007). Geralmente essa criança permanecia sob os cuidados da mãe e amas, até aos sete anos de vida. A partir dessa idade, os meninos iam para as escolas, onde terminavam os estudos, “com um diploma de doutor, geralmente de advogado” (MAUAD, 2013, p. 152). Outra opção era seguir a carreira militar. A educação das meninas também se iniciava aos sete anos, mas era uma instrução mais voltada em transformá-las em donas de casa prendadas.

Aos meninos, uma educação voltada para o desenvolvimento de uma postura viril e poderosa, aliada a uma instrução, civil ou militar, que lhe permitisse adquirir conhecimentos amplos e variados, garantindo-lhe o desenvolvimento pleno da capacidade intelectual. [...] Por outro lado, a educação das meninas, padecia de ambiguidade, pois ao mesmo tempo que as circunscrevia no universo doméstico, incentivando-lhes a maternidade e estabelecendo o lar como seu domínio, as habilitava para a vida mundana, fornecendo-lhes elementos para brilhar em sociedade (MAUAD, 2013, p. 155).

Já as crianças escravas, por sua vez, recebiam outro tratamento. Até chegar aos seis anos, os filhos de escravos usufruíam de alguma liberdade na casa grande, desfrutando de certa “igualdade familiar”, como sublinha Goés e Florentino (2013). No entanto, a partir dos sete anos, ou até antes, começavam a desempenhar atividades leves. Aos catorze anos, já realizavam as mesmas atividades dos escravos adultos (GOÉS; FLORENTINO, 2013).

Era uma infância que já se iniciava com dificuldade. Segundo Goés e Florentino (2013), poucas crianças conseguiam chegar à fase adulta: “os escravos com menos de dez anos de idade correspondiam a um terço dos cativos falecidos; dentre estes, dois terços morriam antes de completar um ano de idade, 80% até os cinco anos” (GOÉS; FLORENTINO, 2013, p. 180). Aqueles que subsistiam, viviam uma infância de humilhações, servindo de brinquedos humanos para os meninos da elite.

Ao crescer, o menino branco recebe como companheiro de brincadeiras um curumim indígena de depois um *muleque* negro que para tudo serve: de amigo, de cavalo de montaria, de burro de liteira, de carro de cavalo em que um barbante serve de rédea e um galho de goiabeira, de chicote. Eram os “manes-gostosos”, os leva pancadas (ALTMAN, 2013, p. 243, grifo do autor).

As crianças brancas, imersas em um meio onde o castigo aos escravos era visto com naturalidade, absorviam tendências sádicas e reproduziam o tratamento cruel que os pais dispensavam aos escravos nos *muleques*. Altman (2013) descreve que não era raro ocorrerem suicídios de crianças negras, diante dessa situação.

Por outro lado, a criança indígena era vista com ambiguidade pelos padres jesuítas, pois, ao mesmo tempo em que entendiam que os *curumins* eram filhos de “selvagens” que “viviam em pecado”, eles acreditavam que essa criança deveria ser educada e civilizada a fim de se tornar uma pessoa apta para o trabalho (SANTOS, 2007).

Outra categoria de crianças, neste período, foi a de crianças brancas “enjeitadas”, seja por serem oriundas de famílias pobres, que não tinham condições de sustentá-las, seja por serem frutos de relações extraconjugais. Abandonadas à própria sorte, a taxa de mortalidade dessas crianças era muito elevada (SANTOS, 2007).

Ainda segundo o autor, na tentativa de conter o elevado índice de abandono infantil, no século XVIII, o governo instala a Roda dos Expostos, um local onde as pessoas “depositavam” os “enjeitados” para serem “cuidados” pelas Santas Casas de Misericórdia. Ainda assim a mortalidade era alta. As crianças do sexo masculino que conseguiam sobreviver, em torno dos 7-12 anos, eram encaminhadas para o trabalho, seja como aprendizes de ofícios, seja como grumetes¹⁰. As crianças do sexo feminino eram encaminhadas para instituições próprias para órfãos, onde aprendiam prendas domésticas.

Segundo Passetti (2013), com a proclamação da República, surge uma preocupação com a criança abandonada ou proveniente de “famílias desestruturadas”. Difundia-se a ideia de que era preciso educar e “moldar” aquela criança para que não viesse a se tornar um delinquente. Para isso, foram criadas políticas públicas sociais designadas para este perfil de criança.

¹⁰ Segundo Ramos (2013), os grumetes eram meninos entre nove e dezesseis anos, geralmente órfãos e desabrigados, ou provenientes de famílias de baixa renda, que serviam nas embarcações lusitanas. Essas crianças, em alto-mar, estavam expostas a condições precárias de vida (fome, fadiga, doenças), bem como eram submetidas a constantes abusos sexuais.

Uma história de internações para crianças e jovens provenientes das classes sociais mais baixas, caracterizados como abandonados e delinquentes pelo saber filantrópico privado e governamental – elaborado, entre outros, por médicos, juízes, promotores, advogados, psicólogos, padres, pastores, assistentes sociais, sociólogos e economistas –, deve ser anotada como parte da história da caridade com os pobres e a intenção de integrá-los à vida normalizada. Mas também deve ser registrada como componente da história contemporânea da crueldade (PASSETTI, 2013, p. 350).

As políticas de internação para crianças abandonadas e infratoras, segundo Passetti (2013), eram regidas pelo medo, impessoalidade e rotinas rígidas. Era de se esperar que, submissas a esse regime, as crianças fossem disciplinadas com sucesso. Entretanto, em tal ambiente, predominava a corrupção e a ilegalidade.

O mundo dos prisioneiros não existe como algo separado ou marginal, ele se comunica com o mundo dos cidadãos livres por meio das ilegalidades, interceptações e exclusões. Forma e aprimora corruptores, enganadores e camufladores de ambos os lados. E obtém como resposta eficaz do prisioneiro ao cárcere, o investimento na sua destruição. Ele é o único que sabe e expressa que a prisão e o internato em vez de corrigir, deforma; que a integração se dá pelo avesso na ilegalidade; que a austera vida de interno orientada pela rotina que mortifica individualidades os dispõe enfileirados para ações delinquentiais (PASSETTI, 2013, p. 356).

Na concepção moderna de infância, persiste a ideia de que as crianças são consideradas seres diferenciados, incapacitados, incompletos, que necessitam ser instruídos e socializados pelos adultos. Utilizando-se de conceitos de Foucault, sintetiza Sarmiento:

a construção simbólica da infância na modernidade desenvolveu-se em torno de processos de disciplinação da infância [...], que são inerentes à criação da ordem social dominante e assentaram em modos de “administração simbólica”, com a imposição de modos paternalistas de organização social e de regulação dos cotidianos, o desapossamento de modos de intervenção e a desqualificação da voz das crianças na configuração dos seus mundos de vida e a colonização adultocentrada dos modos de expressão e de pensamento das crianças (SARMENTO, 2005, p. 369-370).

Com esse intuito, no início do século XX, leis e algumas políticas públicas foram criadas com a finalidade de assistir e educar os chamados menores¹¹: Código de Menores de 1927, Serviço Social de Menores Abandonados e Delinquentes (1938), Serviço de Assistência a Menores (1941), Recolhimento Provisório de Menores (1954), Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (1964), Código de Menores de 1979 e, finalmente, o Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990 (PASSETTI, 2013). Paradoxalmente, as últimas décadas do século XX transformam a concepção da infância em “sujeito de direitos” (FURLANETTO, 2008). É importante salientar que tal mudança se deve ao fruto das lutas de diversos movimentos sociais, ligados às mulheres, crianças e aos trabalhadores, em geral (LOPES et. al, 2005).

Se, na teoria, tais direitos se estendem a todas as crianças, na prática, observamos que a criança negra e pobre, que antes era escrava, se torna **menor** e a criança branca, das classes média e alta, permanece sendo **criança**. Sendo assim, o Estatuto da Criança e do Adolescente¹² concede **direitos** à criança e **punições** ao menor. Ontem e hoje, infâncias diversas e contraditórias (SANTOS, 2007).

De um ser que ocupava um espaço periférico na comunidade, a criança se torna, no final do século XX, alvo de estudiosos que desejam compreender melhor o seu papel na sociedade. Surge, então, a Sociologia da Infância¹³, em meados da década de 80, num contexto onde as crianças deixam de ser vistas como sujeitos passivos na sociedade e passam a ser concebidas como “atores sociais” (DIAS, 2012). Tais atores são compreendidos como pertencentes a grupos sociais específicos (ex: gênero, classe social, etc.), sendo pesquisados em suas relações intra e inter geracionais (MARTINS FILHO; PRADO, 2011).

A Sociologia da Infância se propõe a resgatar a infância da perspectiva psicobiológica, que tende a uniformizar as crianças e seu desenvolvimento, deixando de lado o contexto

¹¹ Segundo Passetti (2013, p. 363), os menores são “crianças e jovens infratores ou abandonados, provenientes das situações de pobreza”, “pequenos bandidos”, “pobres e perigosos”.

¹² Segundo Santos (2007, p. 183-185), “as diversas tentativas dos movimentos sociais, no decorrer das décadas de 70 e 80, em explicitar os conflitos, emergidos da ‘questão social’, combater a exploração e o regime militar, bem como engendrar as noções de cidadania e de direitos – nascidas no processo de mobilização –, possibilitaram a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente [...] O Estatuto trata dos direitos sociais universais, como saúde, cultura, esporte, profissionalização, moradia, alimentação, lazer e educação, e é dirigido a todas as crianças e adolescentes, sem exclusão. E assinala as políticas de proteção especial para as crianças e para os adolescentes em situação de risco pessoal e social. Também determina as medidas socioeducativas, destinadas aos jovens (12 a 18 anos) em conflitos com a lei.”

¹³ Segundo Mayall (2007, apud DELGADO, 2011), podem ser caracterizadas três correntes na Sociologia da Infância: a sociologia das crianças, a construção social da infância e a sociologia estrutural da infância. No primeiro caso, as crianças são reconhecidas como atores sociais, ou seja, nas pesquisas, as crianças são escutadas. No segundo caso, é focalizada a diversidade da definição de infância no tempo e no espaço, sendo uma corrente mais voltada para os historiadores. Já no terceiro caso, a infância é concebida como uma categoria estrutural permanente, ou seja, se constitui como um segmento da sociedade, e o objetivo, nesta corrente, é o de estudar como os acontecimentos macro-históricos irão impactar as crianças (QVORTRUP, 1999 apud DELGADO, 2011).

sociocultural onde estão inseridas. Outro objetivo da Sociologia da Infância é estudar sobre a criança, a partir da própria criança, evitando a interferência do olhar adultocêntrico na pesquisa (SARMENTO, 2005).

Dessa maneira, repensando as teorias da socialização, percebemos que a criança passou de um lugar passivo para um lugar ativo; de um grupo silenciado para um grupo presente e contribuinte da sociedade em geral. E o fato de a infância ser contextualizada pelas ciências sociais, deixando de ser compreendida como fase universal e biológica da vida humana, desencadeou uma série de rupturas paradigmáticas no interior da Sociologia (DIAS, 2012, p. 69).

William Corsaro (2011), um dos principais pesquisadores da Sociologia da Infância, critica o termo “socialização”, preferindo utilizar o termo “reprodução interpretativa”. Segundo este autor, o termo socialização tem uma “conotação individualista e progressista” (CORSARO, 2011, p. 31), implicando em “etapa de preparação para a vida adulta” (DIAS, 2012, p. 68). Para Corsaro, as crianças não imitam simplesmente o que captam do mundo adulto, mas se apropriam

criativamente da informação do mundo adulto para produzir a sua própria cultura de pares. Tal apropriação é criativa na medida em que tanto expande a cultura de pares (transforma a informação do mundo adulto de acordo com as preocupações do mundo dos pares) como simultaneamente contribui para a reprodução da cultura adulta (CORSARO, 2002, p. 114).

Desta forma, a socialização não seria um processo linear, onde as crianças internalizariam o mundo “externo” dos adultos, mas, na interação com outras crianças (seus pares), elas também se tornam parte da “cultura adulta”. Utilizando o brincar, o “faz-de-conta”, elas reproduzem o que experimentam na vida real, avançando e recuando “da cultura dos adultos para a cultura de pares” (CORSARO, 2002, p. 121). Seria uma forma de interpretar o mundo dos adultos. Gradualmente elas vão adquirindo “conhecimento e competências necessárias para participar no mundo adulto” (CORSARO, 2002, p. 114).

Outro aspecto apontado pelo autor é a de que a criança sofre influência da sociedade, na qual está integrada. O autor alega que existem diferentes infâncias e demonstra essa concepção ao pesquisar crianças de segmentos sociais diferentes¹⁴. No jogo do “faz-de-conta”, os grupos expressam as realidades em que elas convivem. Ambos os grupos de

¹⁴ Para mais detalhes, ver Corsaro (2002).

crianças brincam. Entretanto cada grupo vai reproduzir, de forma, distinta, o “mundo dos adultos” na qual convive.

Corsaro (2002) sugere que a relação entre as gerações (crianças x adultos) é melhor compreendida quando se analisa a infância do ponto de vista estrutural. Para isso, é preciso buscar os estudos do sociólogo dinamarquês Jens Qvortrup (2010), que oferece um olhar estrutural para a infância, enquadrando-a como uma categoria estrutural permanente.

Qvortrup (2010) também defende que a criança não é um ser que é segregado da sociedade, só vindo a integrá-la quando adulto. Segundo este autor, a infância faz parte da sociedade, sendo mais bem compreendida como uma categoria estrutural permanente na sociedade pela qual, a todo o momento, chegam novas crianças, e deixam de fazer parte desta categoria aquelas que já não são mais crianças.

A infância existe enquanto um espaço social para receber qualquer criança nascida e para incluí-la – para o que der e vier – por todo o período da sua infância. Quando essa criança crescer e se tornar um adulto, a sua infância terá chegado ao fim, mas enquanto categoria a infância não desaparece, ao contrário, continua a existir para receber novas gerações de crianças (QVORTRUP, 2010, p. 637).

Esta categoria sofre modificações ao longo da história e, ao mesmo tempo, mantém-se distinguível de outras categorias geracionais, bem como está sujeita ao impacto dos parâmetros sociais. Nas palavras de Müller e Hassen (2009), “para a sociedade, a infância é uma forma estrutural permanente, mesmo que seus membros e concepções sempre mudem”.

O entendimento da infância enquanto categoria presente e permanente na estrutura social afirma que as crianças, enquanto grupo, possuem uma identidade comum, ou seja, a infância constitui uma forma estrutural particular, definida não pelas características individuais das crianças, mas por suas demandas comuns. A partir da concepção de infância enquanto forma estrutural, é possível compará-la a outras formas de estratificação social. Portanto, a afirmação da infância enquanto categoria estrutural permite identificar as características comuns às crianças (DIAS, 2012, p.70).

Para Qvortrup (2010), as infâncias se diferenciam, ao longo do tempo, (“dimensão vertical da infância”, o “desenvolvimento da infância”), bem como a infância é diferente da fase adulta que é diferente da velhice (“dimensão horizontal”, “infância enquanto categoria geracional”).

Segundo Corsaro (2002, p. 52),

A abordagem de Qvortrup à infância como um fenômeno social e sua ênfase nas crianças como coconstrutoras ativas de seus mundos sociais refletem uma mudança importante nas visões individualistas de socialização nas quais cada criança internaliza habilidades e conhecimentos adultos. Sua abordagem leva a uma melhor compreensão do lugar, interesse e importância na produção e manutenção cultural das crianças.

Entende-se por cultura das crianças “um conjunto estável de actividades ou rotinas, artefactos, valores e ideias que as crianças produzem e partilham em interacção com os seus pares” (CORSARO; EDER, 1990, apud SARMENTO, 2005, p. 373). Segundo Sarmiento (2005), tais atividades são fruto, em termos culturais, do que os adultos produzem para as crianças e do que elas próprias produzem ao interagirem entre seus pares e com os adultos. Sarmiento conceitua “culturas da infância” como a “capacidade das crianças em construir de forma sistematizada modos de significação do mundo e de acção intencional, que são distintos dos modos adultos de significação e acção” (SARMENTO, 2003, p. 3-4)

O autor salienta que tais culturas sofrem influência da coletividade na qual está inserida a criança, sendo a interação infância x sociedade marcada por “relações desiguais de classe, de gênero e de etnia” (SARMENTO, 2003, p. 8).

Outro aspecto importante abordado por Sarmiento é o da gramática das culturas da infância¹⁵, ou seja, “princípios de estruturação do sentido que são característicos das culturas da infância” (SARMENTO, 2003, p. 10). Podemos citar, como exemplos, a forma não-linear¹⁶ como a criança lida com o tempo e a ludicidade, aspectos estes que discutiremos, no próximo tópico.

2.2 A criança e a ludicidade

A ludicidade é algo necessário ao ser humano, independente de sua idade. Na concepção de Martini (s.d., p.105), é “na brincadeira que o ser humano se reequilibra, recicla suas emoções e sacia sua necessidade de conhecer e reinventar a realidade, ampliando suas possibilidades de aprender”. Na infância, a ludicidade constitui um fator essencial para que a

¹⁵ Ao se falar em gramática, Sarmiento (2003) esclarece que, além dos elementos linguísticos, outros fatores, como materiais, ritos, artefatos, cerimônias, bem como normas e valores, compõem as culturas da infância.

¹⁶ Ainda, segundo Sarmiento (2003), a criança tem a capacidade de fundir o passado, o presente e o futuro possibilitando uma “sincronização de diacronias que altera a linearidade temporal” (SARMENTO, 2003, p. 10).

criança conheça melhor a realidade que a permeia, além de ser, também, instrumento importante para a produção cultural nessa etapa da vida.

Apresentaremos, a seguir, diferentes abordagens de ludicidade, segundo as concepções psicológica, sociocultural e sociohistórica.

2.2.1 Ludicidade: concepção psicológica

Luckesi [2002; 2005] faz uma interessante reflexão sobre como o termo “brincar”, pejorativamente, é compreendido como sinônimo do que não é sério. Isso leva a uma desqualificação da infância, ou seja, a brincadeira acaba constituindo-se algo sem importância.

Na concepção de Luckesi, o que caracteriza ludicidade é a “experiência de plenitude que ela possibilita a quem a vivencia em seus atos” (LUCKESI, 1998, p. 27). Em outras palavras, a atividade lúdica traz prazer ao ser humano, possibilitando a interação consigo mesmo e com outras pessoas.

Luckesi (2005) enfoca a ludicidade a partir do interior do sujeito, ou seja, “a experiência lúdica como uma experiência interna do sujeito que a vivencia” (LUCKESI, 2005, p. 1). Trata-se de uma experiência plena, ou seja, para ser atividade lúdica, é preciso que a mente e o corpo estejam completamente entregues a esta ação. Ainda conforme o autor, a ludicidade “é um fenômeno interno do sujeito, que possui manifestações no exterior”. Desta forma, por partir do interior do indivíduo, a ludicidade seria um estado de consciência.

Para melhor entendimento dessa questão, ele aborda as quatro dimensões de Wilber¹⁷, sendo a dimensão do EU (ou dimensão interna) o interessante para Luckesi (2005, p. 11):

O que ocorre nessa dimensão, nós, de fato, não podemos saber, a menos que a criança, de alguma forma, nos revele. É a sua experiência interior. Os atos externos poderão ser descritos comportamentalmente, mas a experiência interna é de quem a vive e nós só podemos nos aproximar dela, da forma mais apropriada, pela partilha e, mais distantemente, por uma analogia com a nossa própria experiência. Então, tendo vivido experiências semelhantes, podemos compassiva e empaticamente, sentir o que se passa dentro do outro. Seremos, então, ressonantes à experiência do outro e, deste modo, poderemos, aproximadamente, compreender o que está ocorrendo em seu

¹⁷ Luckesi explica, com detalhes, a teoria das quatro dimensões de Wilber no artigo “Ludicidade e atividades lúdicas: uma abordagem a partir da experiência interna” (vide referências), com base nas seguintes obras de Ken Wilber: Uma breve história do Universo (2001), O olho do espírito (2001), e União da alma e dos sentidos (2001).

interior. [...] Assim sendo, cada criança, adolescente, ou adulto, enquanto vivencia uma experiência lúdica, a vivencia como experiência plena dentro de si, em seu interior, contudo, externamente, podemos descrevê-la, o que não necessariamente nos permitirá nos apropriarmos daquilo que se deu ou se dá nessa experiência plena interna do indivíduo.

Enquanto Luckesi focaliza no indivíduo que brinca (ou exerce a ludicidade), Vigotski (1991), por sua vez, relaciona o indivíduo que brinca com o brinquedo, de acordo com o seu desenvolvimento.

Na concepção de Vigotski (1991), o brinquedo se torna refúgio, ou seja, um mundo onde a criança concretiza os desejos que não são realizáveis. A brincadeira se constitui “a primeira manifestação da emancipação da criança em relação às restrições situacionais” (VIGOTSKI, 1991, p. 66).

Outro aspecto importante é que o brinquedo se torna um “pivô de separação” entre o significado e o objeto real. Vigotski (1991, p. 65) cita um exemplo:

No brinquedo, o pensamento está separado dos objetos e a ação surge das idéias e não das coisas: um pedaço de madeira torna-se um boneco e um cabo de vassoura torna-se um cavalo. A ação regida por regras começa a ser determinada pelas idéias e não pelos objetos. Isso representa uma tamanha inversão da relação da criança com a situação concreta, real e imediata, que é difícil subestimar seu pleno significado. A criança não realiza toda esta transformação de uma só vez porque é extremamente difícil para ela separar o pensamento (o significado de uma palavra) dos objetos. O brinquedo fornece um estágio de transição nessa direção sempre que um objeto (um cabo de vassoura, por exemplo) torna-se um pivô dessa separação (no caso, a separação entre o significado "cavalo" de um cavalo real). A criança não consegue, ainda, separar o pensamento do objeto real. A debilidade da criança está no fato de que, para imaginar um cavalo, ela precisa definir a sua ação usando um "cavalo-de-pau" como pivô. Nesse ponto crucial a estrutura básica determinante da relação da criança com a realidade está radicalmente mudada, porque muda a estrutura de sua percepção.

Retomando o exemplo acima, quando a criança imagina um cavalo, ela precisa do objeto “cavalo-de-pau” para separar o cavalo literal da ideia de cavalo. Ainda, na concepção do autor, o objeto é específico para transmitir a ideia, ou seja, apenas o cabo de vassoura pode ser utilizado para remeter à ideia de um cavalo. Outro objeto, como um cabide ou um lápis, não teria essa mesma finalidade.

Vigotski (1991, p. 66) destaca que a criança

não pode separar o significado de um objeto, ou uma palavra do objeto, exceto usando alguma outra coisa como pivô. A transferência de significados é facilitada pelo fato de a criança reconhecer numa palavra a propriedade de um objeto; ela vê não a palavra, mas o objeto que ela designa. Para uma criança, a palavra "cavalo" aplicada ao cabo de vassoura significa "eis um cavalo", porque mentalmente ela vê o objeto por trás da palavra.

É como se a criança precisasse literalmente “ver” para “imaginar”. Ela precisa “ver” um cavalo, mesmo que não seja literal, para imaginar o cavalo real.

Outro aspecto observado é que o brinquedo faz com que a criança, a fim ter prazer, precisa seguir as regras da brincadeira e, para isso, acaba por renunciar os seus impulsos imediatos (impulsos estes que a levaram a brincar). Sendo assim, o brinquedo desenvolve o autocontrole na criança, visto que ela se submete às regras da brincadeira, agindo de maneira contrária ao que deseja e, paradoxalmente, obtém prazer com isso. A regra, portanto, vira fonte de desejo e prazer da criança.

Vigotski (1991) evidencia que a criança, quando brinca, apresenta um comportamento sempre além daquele habitual para a sua idade, ou seja, “no brinquedo é como se ela fosse maior do que é na realidade” (VIGOTSKI, 1991, p. 69). Neste sentido, o brincar possibilita e conduz o desenvolvimento da criança.

2.2.2 Ludicidade: concepção sociocultural

Foi visto, anteriormente, a ludicidade sob o ponto de vista psicológico e relacionada ao desenvolvimento infantil. Neste tópico, trataremos da ludicidade sob a perspectiva sociocultural. Para tanto, serão analisadas algumas obras dos autores Gilles Brougère, Walter Benjamin e Manuel Jacinto Sarmiento.

Brougère confere dimensão social ao brinquedo, considerando este “como produto de uma sociedade dotada de traços culturais específicos” (BROUGÈRE, 2008, p. 7)

O autor faz a diferenciação entre brinquedo e jogo:

Aquilo que é chamado de jogo (jogos de sociedade, de construção, de habilidade, jogos eletrônicos ou de vídeo ...) pressupõe a presença de uma função como determinante no interesse do objeto e anterior a seu uso legítimo: trata-se da regra para um jogo de sociedade ou do princípio de construção (encaixe, montagem) para as peças de um jogo de construção (BROUGÈRE, 2008, p. 12).

Sendo assim, no jogo, o que predomina é a função. Já o brinquedo, por sua vez, não é definido por uma função. Para Brougère (2008, p. 13), “trata-se, antes de tudo, de um objeto que a criança manipula livremente, sem estar condicionado às regras ou a princípios de utilização de outra natureza”. Outra diferença, na concepção do autor, é que o brinquedo é considerado objeto infantil, sendo algo restrito à infância. Quando se fala em “objetos lúdicos dos adultos” (BROUGÈRE, 2008, p. 13), utiliza o termo jogos. Os brinquedos, por sua vez, são destinados apenas às crianças. Os jogos, contudo, são destinados tanto a crianças quanto aos adultos. Enquanto no jogo, a função é o que predomina e conduz à representação, no brinquedo, o que predomina é o simbólico, sendo o simbólico a “própria função do objeto” (BROUGÈRE, 2008, p. 15).

O brinquedo seria uma “imagem manipulável”, ou imagem “com volume”, ou seja, o brinquedo remete a “elementos legíveis do real ou do imaginário das crianças” (BROUGÈRE, 2008, p. 8). Em vista disso, “o brinquedo é dotado de um forte valor cultural, se definimos a cultura como o conjunto de significações produzidas pelo homem” (BROUGÈRE, 2008, p. 8). Brougère (2008) vê no brinquedo uma série de significados que permite a compreensão de uma determinada sociedade e cultura, ou seja, uma forma para as representações.

Brougère (2008) faz distinção entre o brinquedo dos bebês e o brinquedo das crianças maiores¹⁸. No primeiro caso, o brinquedo representa a relação do adulto/família com a infância/criança. Isso explica porque uma pessoa dá, por exemplo, um ursinho de pelúcia e não uma garrafa de vinho como presente a um bebê, uma vez que é a representação da infância para o adulto que presenteia a criança que influirá na escolha do brinquedo. Outro exemplo interessante é quando oferecemos um presente para um bebê e ele prefere o embrulho do presente ao conteúdo em si, pois a criança pequena ainda não tem noção do que é “brinquedo”. O bebê, na prática, nunca brinca “corretamente” com o brinquedo.

Já a criança maior tem noção de que é uma criança e procura imagens que remetem ao seu “futuro estado adulto” (BROUGÈRE, 2008, p. 21). Neste caso, a diferença de gênero¹⁹ tem importância na formação das imagens. Ou seja:

O universo feminino parece ficar junto da família e do cotidiano, enquanto o do menino, que começa, sem dúvida, com a miniatura do automóvel, traduz a vocação para a descoberta dos espaços longínquos, escapando do peso do cotidiano. Qualquer que seja, o brinquedo vai propor à criança uma imagem

¹⁸ Entendemos, aqui, que “crianças maiores” seriam crianças a partir de 2 anos

¹⁹ Segundo Cunha (2007, p. 27), o conceito de gênero é polissêmico. Uma das definições proposta por Scott (1990 apud Cunha, 2007, p. 30) é o de gênero como “um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos”.

que exalta o adulto, cujos traços e atividades o transformam num personagem que merece interesse (BROUGÈRE, 2008, p. 21).

Essa diferença de gênero é socialmente determinada. Em outras palavras, para as meninas, bonecas; para os meninos, carrinhos.

Assim, à infância, são associadas, por tradição cultural, representações privilegiadas do masculino e do feminino. O universo do brinquedo feminino é, nesse aspecto, muito interessante por tratar-se daquele considerado como tal pela sociedade, pelas crianças pelos pais, pelos comerciantes, independentemente das brincadeiras efetivas mais abertas à diversidade: privilegia o espaço familiar da casa, o universo “feminino” tradicional em detrimento do externo, do universo do trabalho (BROUGÈRE, 2008, p. 43).

Em nossa pesquisa, constatamos essa ideia, no discurso da terapeuta ocupacional da Pediatria do HGVC:

Então, se você vai dar um presente para uma criança, você vai dar para um menino um carrinho ou uma bola [...] Para uma menina, você vai dar uma boneca [...] porque, assim, eu só tinha menina (ela tem uma filha), só tinha brinquedo de menina (ela trazia brinquedos que eram da filha dela), não tinha brinquedo de menino.²⁰

Em outra ocasião, em diálogo com uma das crianças e seu acompanhante²¹, também foi percebida essa diferenciação entre os sexos, em relação ao brinquedo:

Perguntei do que Igor mais gostava de brincar e ele disse que gostava de brincar de carrinhos, de bonecos. O pai, que estava ao lado, inicialmente pensou que Igor tinha dito “bonecas” e disse que não era um brinquedo bom para ele.²²

Na concepção de Brougère (2008, p. 43), “manipular brinquedos, remete, entre outras coisas, a manipular significações culturais originadas numa determinada sociedade”. O brinquedo, portanto, espelha um universo que não retrata fielmente o mundo real, mas sim uma imagem cultural da sociedade.

²⁰ Entrevista com a terapeuta ocupacional do HGVC, realizada em 09/04/2014.

²¹ Trecho de entrevista com Igor, 7 anos, internado por abscesso (formação de pus) no joelho, em 02/04/2014.

²² Trecho do diário de campo, 02/04/14

Para melhor compreensão, Brougère cita o exemplo de uma boneca. O autor considera que a criança não simplesmente capta as “significações simbólicas” (BROUGÈRE, 2008, p. 47), ou imagens resultantes da “impregnação cultural à qual está submetida” (BROUGÈRE, 2008, p. 47). A criança manipula as imagens, transformando-as e conferindo novos significados. Em outras palavras, as crianças podem ressignificar, através da brincadeira, as representações prévias dos brinquedos.

Ocorre, então, na brincadeira, um processo de confrontação, onde a criança “conserva determinadas significações, eliminando outras para substituí-las por novas significações” (BROUGÈRE, 2008, p. 48). Seria o aprendizado ativo, isto é, a criança não simplesmente aceita, submissa, às imagens, ela as transforma de acordo com a sua realidade cotidiana. Uma boneca ou um soldadinho, por exemplo, poderiam virar médicos ou pacientes, no contexto da criança hospitalizada.

Assim, a manipulação de brinquedos permite, ao mesmo tempo, manipular os códigos culturais e sociais e projetar ou exprimir, por meio do comportamento e dos discursos que o acompanham, uma relação individual com esse código (BROUGÈRE, 2008, p. 71).

Destarte, o brinquedo faz o papel de condicionante, por estruturar as “representações imaginárias e os comportamentos lúdicos possíveis” (BROUGÈRE, 2008, p. 72). O brincar, ao mesmo tempo, permite uma interiorização individualizada destas representações e comportamentos. Sendo assim, a socialização consiste em um “processo de apropriação e de reconstrução a partir do contato com o brinquedo” (BROUGÈRE, 2008, p. 74). Em outras palavras, “a criança se apodera do universo que a rodeia para harmonizá-lo com sua própria dinâmica” (BROUGÈRE, 2008, p. 77).

Refletindo sobre o papel do brinquedo na infância, Walter Benjamin (2002) acredita que brincar traz libertação. “Rodeadas por um mundo de gigantes, as crianças criam para si, brincando, o pequeno mundo próprio”. (BENJAMIN, 2002, p. 85). Neste mundo, os brinquedos mais autênticos são aqueles que, aos olhos dos adultos, não têm “cara” de brinquedo. Entretanto, para as crianças, múltiplas brincadeiras são possíveis a partir daquele objeto.

O autor critica que assim como o brinquedo tem sido considerado como “criação para a criança” e não “criação da criança”, o brincar também é visto, de forma excessiva, pela ótica do adulto, sob a perspectiva da imitação (BENJAMIN, 2002, p. 100).

Para Benjamin, o que atrai as crianças são os retalhos de pano do alfaiate, os pedaços de madeira do marceneiro, enfim, os “produtos residuais” dos adultos. Com diferentes materiais, as crianças não imitam as obras dos adultos, mas sim “formam o seu próprio mundo de coisas, um pequeno mundo inserido no grande” (BENJAMIN, 2002, p. 104).

Sarmiento (2003, p. 3) consegue sintetizar a concepção psicológica e sociocultural ao afirmar que

O imaginário infantil é inerente ao processo de formação e desenvolvimento da personalidade e racionalidade de cada criança concreta, mas isso acontece no contexto social e cultural que fornece as condições e possibilidades desse processo.

Portanto, apesar das diferenças socioculturais, as crianças têm algo em comum: a capacidade de se relacionar com o mundo através da imaginação e da ludicidade.

Para as crianças, no âmbito do jogo simbólico, o objecto referenciado não perde a sua identidade própria e é, ao mesmo tempo, transmutado pelo imaginário: a criança “veste” a personagem da mãe, do bebé, do médico ou do cientista maluco sem perder a noção de quem é e transforma os objectos mais vulgares nos mais inverossímeis artefactos – a caixa de cartão no automóvel, o lápis de cera no *baton*, uma caixa de bolachas no tesouro escondido dos piratas (SARMENTO, 2005, p. 375).

Na concepção de Sarmiento (2003, p. 9), as crianças são “seres sociais plenos, dotados de capacidade de acção e culturalmente criativos”. Como foi enfatizado, no tópico anterior, tudo aquilo que as crianças produzem, ao interagir com seus pares, pode ser denominado de cultura de infância. São elementos estruturais constituintes desta cultura: a interatividade, a ludicidade, a fantasia do real e a reiteração (SARMENTO, 2004).

A interatividade consiste na transmissão de conhecimentos e brincadeiras entre as diferentes gerações de crianças, durante o convívio entre elas, o que contribui para a permanência dessas atividades ao longo do tempo (SARMENTO, 2004).

A ludicidade, para Sarmiento (2004, p. 15), “constitui um traço fundamental das culturas infantis”. O brincar não é algo pertencente apenas à infância (o adulto também brinca). Entretanto, as crianças brincam de forma contínua, enquanto que os adultos fazem a distinção entre “hora de brincar” e “hora de fazer coisa séria”. A ludicidade é um instrumento fundamental para o desenvolvimento e sociabilização da criança.

Complementando a ideia de Sarmiento, na concepção de Santos (2012), a ludicidade seria, portanto, o meio pelo qual a criança processa as informações do mundo em que vive, possibilitando que ela consiga lidar com suas emoções e adaptar-se à situação na qual se encontra.

Outro elemento apontado por Sarmiento (2004) é o “mundo do faz de conta”. Este é resultante de uma construção da criança a partir da sua visão do mundo que a cerca. Sarmiento critica essa expressão “faz de conta”, achando-a inapropriada para descrever a maneira pela qual as crianças fazem a transposição de situações do mundo “real” e as reconstróem no mundo “imaginário”. O autor salienta que esse processo de imaginação não é algo ilógico, mas sim uma alteração da lógica formal, podendo ser comparada a uma “forma poética” de interpretar o mundo (SARMENTO, 2005).

Essa capacidade de fantasiar o real, para o autor, é um elemento primordial na capacidade de resiliência que as crianças apresentam diante de situações angustiantes da vida.

A estrela que transporta para o céu uma pessoa querida, a boneca com que se brinca no meio da desolação e do caos provocados pela guerra ou por um cataclismo natural, a narrativa imaginosa com que se explica um insucesso, uma falha ou até uma ofensa, integram este modo narrativo de estruturação não literal das condições de existência. É por isso que *fazer de conta* é processual, permite continuar o jogo da vida em condições aceitáveis para a criança (SARMENTO, 2004, p. 16).

Por fim, temos a reiteração ou “não linearidade temporal” (SARMENTO, 2004). Para a criança, o tempo sempre é passível de ser reiniciado, como num jogo de videogame, onde é possível jogar quantas vezes forem possíveis. A brincadeira se torna um hábito:

Para ela, porém, não bastam duas vezes, mas sim sempre de novo, centenas e milhares de vezes. [...] mas também de saborear, sempre de novo e da maneira mais intensa, os triunfos e as vitórias. [...] A criança volta a criar para si todo o fato vivido, começa mais uma vez do início (BENJAMIN, 2012, p. 101).

Outro aspecto do tempo, evidenciado por Sarmiento, é a capacidade que a criança tem de fundir presente, passado e futuro “numa recursividade temporal e numa reiteração de oportunidades que é muito própria da sua capacidade de transposição no espaço-tempo e de fusão do real com o imaginário” (SARMENTO, 2005, p. 375).

2.2.3 Ludicidade: concepção sócio-histórica

É descrito que, na Antiguidade, as crianças gregas e romanas já dispunham de brinquedos confeccionados artesanalmente (BARROS, 2009). Segundo o autor, pedaços de pau serviam para confeccionar cavalos ou outros brinquedos de locomoção e transporte.

Conforme descreve Àries (2012), nos primeiros anos de vida, as crianças dispunham para brincar de brinquedos típicos da infância (ex: boneca, cavalo de pau, cata-vento, pião). O autor salienta que os brinquedos/brincadeiras tinham, inicialmente, a intenção de imitar o mundo dos adultos. Por exemplo, o cavalo de pau retratava o principal meio de transporte da época. Outro exemplo é o cata-vento, que imitava os moinhos de vento. Com o passar do tempo, tais moinhos deixaram de existir, o cata-vento, entretanto, ainda permanece até os dias de hoje.

De acordo com Ariès (2012, p. 47), “existia uma relação estreita entre a cerimônia religiosa comunitária e a brincadeira que compunha seu rito essencial”. Com o tempo, a brincadeira se libertou da religião e do caráter comunitário, tornando-se profana e individual. O autor cita, como exemplo, o balanço, brinquedo que estava associado a Aiora, a festa da juventude, e ainda é comum na atualidade. Nessas festas e rituais, as crianças tinham participação marcante junto aos adultos.

Após três ou quatro anos de idade, as crianças e os adultos compartilhavam as mesmas atividades lúdicas. Aos sete anos, quando entrava na escola ou começava a trabalhar, a criança era estimulada a abandonar os brinquedos da primeira infância, adentrando-se no mundo lúdico dos adultos (ARIÈS, 2012).

Nesse período, existiam dois pensamentos acerca das atividades lúdicas. O pensamento da maioria era liberal em relação aos jogos, não havendo restrição quanto a eles. Outro pensamento, de “uma minoria poderosa e culta”²³, era moralista, influenciado pela Igreja, que condenava, praticamente, quase todos os jogos (em especial, os jogos de azar, a dança e o esporte). Estes eram considerados imorais, ligados aos prazeres carnavais. Entre os séculos XVII e XVIII, a preocupação em preservar a moralidade da criança, bem como educá-la, leva a proibir os jogos considerados “maus”, recomendando os classificados como “bons”. Posteriormente, os jesuítas modificaram essa visão, utilizando as atividades lúdicas como um meio para educar.

²³ Ver Ariès (2012, p. 59).

Os padres compreenderam desde o início que não era nem possível nem desejável suprimi-los [...] Ao contrário, propuseram-se a assimilá-los e a introduzi-los oficialmente em seus programas e regulamentos, com a condição de que pudessem escolhê-los, regulamentá-los e controlá-los [...] Um sentimento novo, portanto, apareceu: a educação adotou os jogos que até então havia proscrito ou tolerado como um mal menor (ARIÈS, 2012, p. 65).

Já no Brasil colonial, nos colégios dos jesuítas, as atividades de lazer compreendiam os banhos de rio, jogo de “ver correr as argolinhas”, miniaturas de arco e flecha, piões, dentre outros. As crianças também gostavam de brincar com instrumentos de som e participar de procissões (DEL PRIORE, 2013).

Altman (2013) descreve que índios e crianças portuguesas conviviam juntos nesses colégios, o que favoreceu a permuta de tradições e brincadeiras. “As tradições são transmitidas, modificadas, perpetuadas, numa continuidade sociocultural” (ALTMAN, 2013, p. 242).

Com a chegada dos negros, ocorre novo intercâmbio de culturas. As amas negras, ou *yayás*, introduzem tradições como lendas e superstições nas canções de ninar e histórias infantis, no intuito de causar medo às crianças. O companheiro curumim indígena dá lugar ao *muleque* negro, que seria um brinquedo humano ambulante: “para tudo serve: de amigo, de cavalo de montaria, de burro de liteira, de carro de cavalo em que um barbante serve de rédea e um galho de goiabeira, de chicote. Eram os “mané-gostosos”, os “leva-pancadas” (ALTMAN, 2013, p. 243).

No século XIX, ocorre a chegada dos imigrantes europeus no país, trazendo novos elementos que contribuíram para a formação da cultura brasileira. Conforme Altman, esses migrantes trouxeram as “cantigas de roda, as adivinhas, as formas de escolha” (ALTMAN, 2013, p. 245), sendo tais manifestações incorporadas nas atividades lúdicas da infância no Brasil.

A autora salienta, também, que as regras das brincadeiras sofreram alterações de acordo com a região. “Este é um dos aspectos mais ricos das brincadeiras: o poder que as crianças têm de criar novas regras aceitas por todos, algumas vezes após árduas discussões, mas em geral, de forma democrática” (ALTMAN, 2013, p. 252).

Segundo Altman (2013), no fim do século XIX, as indústrias de brinquedos se estabelecem no Brasil, produzindo os brinquedos-mercadoria que, até então, só tinham acesso às famílias abastadas as quais importavam estes brinquedos da Europa. O brinquedo se torna objeto de consumo, despertando na criança o desejo de ter e consumir e não mais de inventar e construir.

Atualmente, a indústria de brinquedos se desenvolve estimulando o consumo exagerado. No entanto, na concepção de Altman (2013), mesmo as crianças que não têm acesso a esses brinquedos, elas procuram uma forma de brincar:

É um mundo de fantasia e a criança mergulha nele, atraída pela beleza, pelos mecanismos, pelo insólito. Mas não deixa de ser criança e, sempre, quando não tem brinquedo, ela há de criá-lo, nem que seja só na sua imaginação (ALTMAN, 2013, p. 254).

O trecho da entrevista²⁴ feita com a terapeuta, acerca da criança Gabriela²⁵, possibilita uma relação com as observações de Altman:

Ela estava procurando umas panelinhas. Aí ela não achou, ela achou uma redonda²⁶, pegou uma pazinha de abaixador de língua e aí virou, olhou essas tampinhas [de frascos ampola] e falou assim: “Eu posso usar isso aqui como comidinha?”²⁷.



Figura 1. Fotos Gabriela utiliza tampas de frasco ampola como “comidinha” e partes de taças plásticas como “panelinhas”.

Fonte: Pesquisa de campo

Conforme observamos, Gabriela, mesmo sem os brinquedos confeccionados pela indústria, busca uma maneira de produzir seus brinquedos com itens hospitalares (tampinhas de frasco ampola), utilizando, ainda, partes de taças de plástico como “panelinhas” e “pazinhas” plásticas como colher. Objetos estes que os adultos não hesitariam em se desfazer transformam-se em brinquedos nas mãos de uma criança. Como já citado anteriormente, “a criança se apodera do universo que a rodeia para harmonizá-lo com sua própria dinâmica” (BROUGÈRE, 2008, p. 77).

²⁴ Entrevista realizada em 07/07/2014

²⁵ Gabriela tem 11 anos, estava internada há dois meses no HGVC devido a um abscesso cerebral (acúmulo de pus no cérebro)

²⁶ Partes de taças plásticas de brinquedo

²⁷ A terapeuta diz que geralmente usa essas tampinhas para jogos, para trabalhar cores com as crianças.

Por outro lado, a crítica de Barros (2009) deve ser observada com alguma atenção. A autora salienta que, no século XXI, a infância parece estar desaparecendo, frente ao capitalismo e ao consumo:

o brincar toma um valor pedagogizante ou, muitas vezes, nem sequer é realizado, em razão das grandes exigências do mercado, uma vez que se retorna à questão de que essa atividade é apenas um desgaste de energia, numa visão naturalista de homem, sem conexão com suas experiências sociais (BARROS, 2009, p. 100).

Os brinquedos eletrônicos, a televisão e o computador, de acordo com Altman (2013), agora fazem parte do universo infantil. Entretanto, a autora ressalta que sempre haverá espaço para os velhos brinquedos de sempre.

[...] na memória de quem foi criança e viveu de brincar, estão bem arquivados os momentos de uma infância feliz e as brincadeiras e os brinquedos tradicionais renascem a cada dia, dando novas oportunidades àqueles que começam a descobrir o mundo (ALTMAN, 2013, p. 256).

Santos (1995) aponta que o processo de urbanização se esquece de incluir praças e jardins e, quando estas existem, são locais violentos. As casas com quintais deram lugar a apartamentos cada vez menores. Sobra pouco espaço físico para que a criança exerça sua ludicidade. Segundo Altman (2013, p. 256), a “rua é usurpada pelos veículos cada vez mais velozes. Agora elas brincam no quintal, dentro de casa, na vila, no pátio da escola, nos bancos da praça da catedral, no corredor dos edifícios.”

Mesmo cercada por condições pouco favoráveis, as crianças ainda brincam. Ressalta-se, como exemplo disso, o brincar da criança que está enferma e hospitalizada, assunto que discutiremos, no próximo capítulo, quando serão tratados dos efeitos da hospitalização sobre a criança e como esta enfrenta tal situação através da ludicidade.

3 A CRIANÇA HOSPITALIZADA

3.1 Efeitos da hospitalização sobre a criança enferma

Neste capítulo, tendo como base os dados da pesquisa e a fundamentação teórica, discorreremos a respeito dos efeitos da hospitalização sobre as crianças enfermas, e como elas enfrentam esta situação. Para tanto, retomaremos a questão da ludicidade, especificando este aspecto no ambiente hospitalar.

A doença gera uma situação de impotência tanto para a criança quanto para a família. Trata-se de uma situação impactante que traz consigo o medo de sentir dor e até mesmo da morte (LEPRI, 2008). A criança encontra-se fragilizada psíquica e fisicamente, longe dos familiares e da sua zona de conforto (MACHADO; GIOIA-MARTINS, 2002). Como descreve Schneider e Medeiros (2011, p.141), “acaba se enquadrando nos moldes do local, sendo despojada de seus bens e de sua singularidade.”

Para Schneider e Medeiros (2011, p. 152),

[...] o impacto emocional gerado nos pais pela hospitalização do filho, traz consequências emocionais e físicas tanto para os pais como para criança, os sintomas podem ser diversos, tais como, dor, sofrimento, cansaço, angústia, culpa e mudanças nas rotinas da família.

Segundo Whaley e Wong (1999), as crianças, especialmente nos primeiros anos, são mais vulneráveis à doença e hospitalização, visto que, nessas situações, ocorre quebra do “estado usual de saúde e da rotina ambiental” (WHALEY; WONG, 1999, p. 543). Além disso, as crianças possuem poucos mecanismos de enfrentamento para lidar com os “estressores”²⁸. Alguns fatores irão influenciar diretamente na reação das crianças a esses eventos, tais como “experiência prévia com a doença, separação ou hospitalização; habilidades de enfrentamento inatas e adquiridas; a gravidade do diagnóstico; e o sistema de suporte disponível” (WHALEY; WONG, 1999, p. 543).

Além destes fatores, a forma de reação também será influenciada pela faixa etária. As crianças de 2 aos 6 anos, por terem um pensamento egocêntrico, podem ver a doença ou

²⁸ “aqueles eventos que produzem o estresse” (WHALEY; WONG, 1999, p. 543).

hospitalização como um castigo por algo “ruim” que elas fizeram. Isso pode gerar um sentimento de culpa, o que intensifica o medo. (WHALEY; WONG, 1999).

Para as crianças de 6 a 10 anos, por sua vez, as atividades e rotinas do hospital, juntamente com a doença, tolhem a liberdade de escolha e levam a um sentimento de perda de controle, pois estas crianças se encontram numa fase onde se esforçam para adquirir independência. Nesta faixa etária, é comum a sensação de tédio, o “não ter o que fazer”, podendo resultar em depressão, hostilidade ou frustração.

A perda de controle pode ocorrer a partir de sentimentos de ter muito pouca influência sobre o próprio destino, bem como por sentir o controle ou poder esmagador sobre o destino. Embora as capacidades cognitivas dos pré-escolares os predisponham mais para o pensamento mágico e para o autopercepção, todas as crianças são vulneráveis à interpretação errônea das causas de estresse, como a doença e a hospitalização (WHALEY; WONG, 1999, p. 564).

Longe de sua casa, a criança hospitalizada se encontra em um “espaço desconhecido e ‘frio’, tendo em sua volta pessoas estranhas vestidas de branco com instrumentos assustadores e que, ainda, realizam procedimentos dolorosos” (BATISTA, 2003, p. 17).

Na concepção de Pierre Nora (1993, p.9), a memória é a vida e possui um caráter evolutivo, móvel, “elo vivido no eterno presente”, passível de ser moldada. De modo semelhante, Pollak (1992) também percebe a memória como algo flutuante e mutável, destacando que a memória é constituída por acontecimentos (vividos de maneira pessoal ou coletiva), pessoas e lugares.

Sobre este último aspecto, Nora (1993) estabelece um importante conceito, que é o de “lugares de memória”:

Para Pierre Nora, os *lugares de memória* são, em primeiro lugar, **lugares** em uma tríplice acepção: são **lugares materiais** onde a memória social se ancora e pode ser apreendida pelos sentidos; são **lugares funcionais** porque tem ou adquiriram a função de alicerçar memórias coletivas e são **lugares simbólicos** onde essa memória coletiva – vale dizer, essa identidade - se expressa e se revela. São, portanto, lugares carregados de uma vontade de memória (NEVES, 2004, s.p., grifo da autora).

Assim sendo, o hospital pode ser considerado um local que inspira a formação de memórias, por ser um cenário onde se pode vivenciar momentos de dor, apreensão e morte. Por outro lado, também representa um lugar onde ocorre recuperação do estado de saúde e

nascimentos. Por esse ambiente, passam várias pessoas com diferentes histórias, de diferentes classes sociais, diferentes lugares/regiões, culturas diversas, com formas particulares de ver e encarar a vida. Tais pessoas deixam suas impressões, o que contribuirá para a formação de uma memória, neste espaço físico.

A maneira como é oferecida a assistência à criança no hospital não só influirá diretamente no tipo de reação desta à hospitalização, mas também contribuirá para formar na memória da criança a “imagem” do hospital: um lugar de sofrimento e iminência de morte ou um lugar onde, apesar dos procedimentos dolorosos, também se pode brincar e ter experiências positivas (VIERA, 2004).

Para Oliveira et. al. (2005), o medo do desconhecido exacerba a fantasia, amplificando o estresse decorrente da hospitalização. Tal perturbação pode levar a criança à regressão²⁹, ansiedade, depressão e traumas psicológicos. A criança não hospitalizada vive uma rotina com períodos específicos para suas atividades. Na hospitalização, essa rotina desaparece, fazendo com que a criança transite em terreno desconhecido. Tais fatores são estressantes para este ser em desenvolvimento, levando-a a comportamentos não habituais como recusa alimentar, alteração na fala, perda do controle de micção e evacuação, etc. O hospital torna-se, portanto, um ambiente ameaçador (ALMEIDA; SOUZA, 2009; OLIVEIRA, 2005).

Segundo Bulhões (2012), os medos procedem das situações passíveis de periculosidade ou em decorrência de eventos adversos vivenciados pela criança.

Neste sentido a partir das experiências presenciadas pelas crianças é comum que elas desenvolvam medos e ansiedades, todos gerados a partir de um determinado estímulo, muitas vezes associados à preservação, às respostas de defesa e, até mesmo, à aprendizagem (BULHÕES, 2012, p. 67).

O autor evidencia, ainda, que o medo também pode ser adquirido, ou melhor, transmitido pelos adultos com quem a criança convive. Utilizando-se da concepção de Pollak (1992), o autor ressalta que

Neste sentido, o sentimento surgido dentro de uma coletividade traz a memória como algo indissociável de um grupo. Por meio desta, os fatos

²⁹ Sobre este comportamento, assim explica Papalia et. al (2006, p. 69-71): “Freud descreveu diversos *mecanismos de defesa*, modos mediante os quais as pessoas inconscientemente lidam com a ansiedade distorcendo a realidade. Por exemplo, uma criança pode *reprimir* (bloquear da consciência e da memória) sentimentos ou experiências que causam ansiedade. Ou uma criança que está enfrentando um fato inquietante, como o nascimento de um irmão ou o ingresso na escola, pode *regredir* – retornar a um comportamento anterior, como sugar o polegar ou urinar na cama.”

integrantes do grupo são transmitidos e sociabilizados, tornando-se pertencentes a ele, mesmo que não vivenciados (BULHÕES, 2012, p. 69).

Desta forma, no contexto da hospitalização, uma criança pode nunca ter sido internada, mas talvez um familiar ou amigo tenha vivenciado essa experiência³⁰, o que leva a criança a internalizar o medo desse espaço. Outra forma de despertar o sentimento de medo é utilizar este lugar, ou algo referente a ele como forma de controlar a criança. Por exemplo, quando uma mãe diz a criança: "fica quieto ou o médico vai dar injeção!". Nesta frase, percebemos, conforme o conceito de Pollak (1992), que foi exposto, previamente, que o médico (pessoa/personagem) se torna memória, remetendo a uma imagem de pessoa que inflige dor, que castiga.

No trabalho desenvolvido por Quintana *et al* (2007)³¹, os resultados evidenciaram a percepção do hospital pelas crianças como um lugar triste, mas, ao mesmo tempo, com algo bom, como o espaço para brincar. Outro ponto interessante é a compreensão por elas dos procedimentos hospitalares a que são submetidas – são dolorosos, mas necessários para superarem a doença. A equipe de enfermagem ora é descrita como “legal”, ora são agentes que causam dor através dos procedimentos. Outro aspecto que foi destacado entre os resultados, nesta dissertação, foi a preocupação com a morte.

Ao pesquisar adolescentes com doença crônica, Vieira e Lima (2002)³² destacam que eles vivenciam a enfermidade como algo vantajoso, pois recebem presentes durante a hospitalização, bem como participam de eventos festivos no hospital. Tais “privilégios” não seriam possíveis para alguns, devido às precárias condições socioeconômicas. Para estes pacientes, o hospital apresenta uma ambiguidade, pois é, ao mesmo tempo, local de sofrimento (de procedimentos e tratamentos dolorosos) e espaço de cura.

O hospital funciona, ainda, como “um espaço de referência para a sua melhor convivência com a doença, funcionando enquanto um mediador de relações, conhecimento e socialização.” (MELLO; MOREIRA 2010).

A hospitalização leva a uma mudança não só de ambientes, como também na rede de relacionamentos desta criança. Antes, o mundo da criança consistia em sua casa, sua família, sua escola e suas atividades de lazer. Agora, ela passa a ter novos “amigos”, os companheiros

³⁰ Ou seja, os acontecimentos formando memória, conforme a concepção de Pollak (1992).

³¹ Pesquisa realizada em dois hospitais da cidade de Santa Maria (RS), sendo, em um deles, na unidade pediátrica e, em outro, na unidade pediátrica hematológica, conforme observado em Quintana *et. al* (2007).

³² Estudo descritivo exploratório realizado na Clínica de Pediatria do Hospital Universitário Júlio Müller (HJUM), Cuiabá-MT. Participaram seis crianças/adolescentes na faixa etária de 7 a 14 anos, com diagnóstico de doença crônica há pelo menos um ano.

de quarto, novas “tias”, as mães dos outros pacientes, as enfermeiras, os médicos, as técnicas de enfermagem, enfim, outros profissionais de saúde e demais funcionários do hospital que lidam com a criança (as funcionárias que servem a comida, as funcionárias da limpeza, os técnicos de laboratório, da radiologia, etc.).

O desenho, a seguir, mostra a hospitalização dando origem à relação de amizade entre os pacientes.

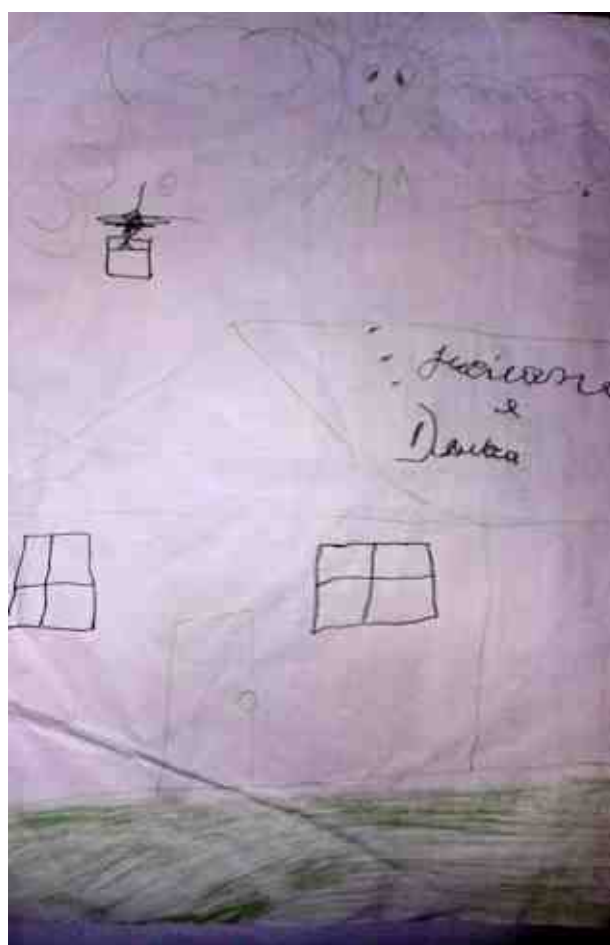


Figura 2. Foto do desenho de Jamille, 8 anos.
Fonte: Pesquisa de campo.

Daiane é portadora de púrpura trombocitopênica idiopática³³. Jamille era uma criança que tinha sofrido um acidente, fraturando o braço. Em nossa observação, verificamos a proximidade entre as duas crianças. No desenho de Jamille, ela escreve o seu nome e o nome da companheira de enfermagem, possibilitando entendermos uma relação de amizade que surgiu entre elas.

³³ Doença que faz as plaquetas (células do sangue responsáveis pela coagulação) ficarem em níveis bem baixos, predispondo a sangramentos.

Outro exemplo é o da paciente Paula, 11 anos, internada por complicação de apendicite. Ao receber alta, deixa uma carta para a amiga Gabriela, 11 anos, e para os profissionais de saúde que cuidaram dela:



Figura 3. Foto da carta da paciente Paula à companheira de enfermagem Gabriela e aos profissionais de saúde: “eu sou uma Menina Muito inteligente sabida e linda eu Amo a minha família e meus Amigos e Amigas e parentes eu Adoro estudar, joga bola, e varias coisas Adoro pessoas educadas e que me trata bem. Data: 15 de abril de 2014. Abraços. Nome = Paula. Estuda a 5ª série. Beijos para todos os profissionais deste hospital que cuidou muito bem de mim.” Alguns “rabiscos” na carta foram feitos por Gabriela.
Fonte: Pesquisa de campo.

Outro aspecto a ser destacado é que o ambiente hospitalar promove uma despersonalização dos pacientes. A criança não é mais conhecida pelo seu nome, mas sim pela sua doença ou pelo número do leito em que ocupa. Ela precisa submeter-se às rotinas e normas do hospital, bem como estar disponível para a realização de exames. A indumentária utilizada no hospital é idêntica a de todos os outros pacientes. Segundo Parcianello e Felin (2008, p.148), ocorrerá uma “mutilação do ‘eu’, uma ruptura com sua identidade.”

O desenho da paciente Aline, 11 anos³⁴, demonstra esta situação:



Figura 4. Foto do desenho de Aline, 11 anos, no hospital
Fonte: Pesquisa de campo

Como observamos, o desenho acima, onde Aline se retrata no ambiente hospitalar, tem poucas cores, apenas o local com uma pequena porta e ela bem pequena, sem rosto, deitada em uma cama. O desenho nos leva a pensar que o sentimento de despersonalização se torna evidente, conforme analisado por Parcianello e Felin (2008).

A equipe que presta assistência ao paciente incorre, muitas vezes, no pensamento de que o “bom paciente” é considerado aquele que “não dá trabalho”, aquele que “fica quietinho”. Tal posição poderá estimular a depressão e reforça o sentimento de despersonalização nas crianças. (BARROS, 2009).

³⁴ Entrevista realizada em 11/12/2013, paciente internada no HGVC, por diabetes mellitus tipo I. Esta doença é causada por destruição das células do pâncreas, responsáveis pela produção de insulina. Este hormônio é responsável por diminuir os níveis de glicose no sangue. Com a destruição destas células, não ocorre produção de insulina, levando ao aumento dos níveis de glicose no sangue.

Outra situação que ocorre no espaço hospitalar é a descrita por Whaley e Wong (1999), quando as autoras demonstram a existência de três fases quanto às manifestações de ansiedade da separação³⁵ em crianças na faixa etária de 6 a 36 meses³⁶. A primeira fase é a de protesto, onde as crianças reagem, de forma agressiva, à separação dos pais. A segunda fase é a de desespero, onde predominam os sintomas depressivos. A criança fica menos ativa e mostra-se desinteressada por jogos e brincadeiras, ou ainda, por alimentos. O terceiro estágio é o do desligamento ou negação, onde, superficialmente, a criança aparenta ajustar-se à perda, formando novos relacionamentos. As autoras descrevem que

este comportamento é o resultado da resignação, e não um sinal de contentamento. A criança desliga-se dos pais em um esforço para escapar da dor emocional do desejo da presença deles e lida ao formar relacionamentos superficiais, com as outras, tornando-se cada vez mais autocentrada e fixando a importância primária em objetos materiais (WHALEY; WONG, 1999, p. 543).

Este seria o estágio mais grave, onde os efeitos adversos seriam mais difíceis de serem revertidos. Entretanto, para Whaley e Wong (1999, p. 543),

[...] as separações temporárias impostas pela hospitalização não provocam estas ausências prolongadas dos pais, a ponto de a criança entrar em desligamento [...] as crianças são notadamente adaptáveis e os efeitos nocivos permanentes são raros.

Outro aspecto enfatizado pelas autoras está relacionado à idade das crianças. Aquelas em idade mais tenra, até os 3 anos, expressam com mais facilidade o conflito de estarem hospitalizadas. A partir dessa idade, elas apresentam maior capacidade de lidar com essa nova condição, mas é preciso que estejam apoiadas pelos familiares e equipes de saúde. Ainda assim, algumas podem reagir apresentando comportamento de regressão (WHALEY; WONG, 1999).

³⁵ Segundo Papalia (2006, p. 249), compreende o “sentimento de angústia demonstrada por um bebê quando um cuidador o deixa.” Tal mudança de comportamento geralmente ocorre por volta do oitavo mês. Marcondes (2002, p. 41) descreve que a criança “diante de um rosto estranho reage com veemência, chorando e protestando a qualquer tentativa de contato.” A criança percebe que a face do estranho não corresponde aos traços que memorizou da face da mãe. Para Marcondes (2006, p. 41), esse é um marco de um “estágio peculiar no desenvolvimento da organização psíquica” da criança.

³⁶ Este trabalho considerou a criança hospitalizada sem a presença dos pais. Considerando o artigo 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente, não esperamos encontrar, atualmente, no Brasil, de forma rotineira, crianças hospitalizadas sem acompanhante.

Apesar dos efeitos adversos, Whaley e Wong (1999) acredita que a hospitalização pode trazer benefícios para a criança. Além da recuperação da doença, a internação pode promover “uma oportunidade para que as crianças dominem o estresse e se sintam competentes em sua capacidade de enfrentamento.” (p. 550), promovendo, também, experiências de socialização.

A hospitalização infantil possibilita, também, a aproximação entre pais e filhos. Whaley e Wong (1999) cita o exemplo de uma criança que estava internada e dizia “gostar” do hospital por este proporcionar um maior contato de seus pais com ele. A possibilidade de alta o preocupava por prever a atenção e amor que, naquele momento, estavam intensificados.

Salienta-se, ainda, como benefício da hospitalização o seguinte aspecto:

A hospitalização também pode representar um alívio ou refúgio de uma casa conturbada. Tipicamente, as dramáticas melhorias físicas e sociais das crianças que passam por abuso ou negligência constituem prova do potencial de crescimento desta experiência. As crianças hospitalizadas são temporariamente capazes de procurar suporte, tranquilização e segurança a partir de novos relacionamentos, em particular com enfermeiras e colegas hospitalizados (WHALEY; WONG, 1999, p. 576).

Viegas (1999 apud Rabelo et al 2004) indica que existem alguns pacientes que resistem em deixar o hospital, pois neste local, eles receberiam mais atenção e melhor conforto do que em seus próprios lares. Uma maneira de resolver esta questão seria através da ludicidade, conforme propõe Parcianello e Fellin (2008).

Observamos este fato, no HGVC, com Rebeca, uma criança de 4 anos, que estava internada devido a síndrome nefrótica³⁷. A criança, segundo conta a equipe que a assistiu, vivia em precárias condições socioeconômicas, com pais que negligenciavam o tratamento ambulatorial da criança. Quem a acompanhava, durante a internação, era a irmã do seu padrasto. Presenciamos, muitas vezes, que ela deixava a menina sozinha no leito e saía do hospital, sendo necessário que as assistentes sociais intervissem. Na entrevista, a terapeuta ocupacional, ao relatar o caso da garota Rebeca, conta que a paciente não queria receber alta:

Rebeca, essa semana falou que não queria ir embora. Então eu disse a ela: ‘O que é que tem aqui de tão legal? Na sua casa também tem coisas legais. Vamos pensar...’ Aí eu fui falando, a tia me ajudando: ‘Tem fulano que tem

³⁷ Situação clínica onde ocorre perda de proteínas na urina, o que leva a um quadro de edema (inchaço) generalizado e altos níveis de colesterol no sangue.

lá fora e aqui não tem. Ele não pode entrar aqui porque não tem idade'. Pra tentar mostrar que lá fora também é bom, entendeu?

Crianças provenientes de lares com condições adversas ao seu crescimento e desenvolvimento podem encontrar, no hospital, um ambiente acolhedor, que possibilite vivenciar a ludicidade de forma mais plena do que em seu próprio lar.

3.2.2 A criança e a ludicidade no ambiente hospitalar

As atividades lúdicas proporcionam uma série de benefícios para a criança hospitalizada, tais como desenvolvimento da criatividade, aumento da capacidade de resiliência³⁸, auxílio em lidar com as limitações físicas e emocionais decorrentes da doença e internação mudança na percepção do hospital – de um ambiente assustador e relacionado a procedimentos dolorosos para um local agradável onde também se pode brincar. Além disto, o brincar forma um elo entre a criança e a equipe, e, conseqüentemente, entre esta e os familiares dos pacientes (PARCIANELLO; FELIN, 2008; VIERA, 2004).

A utilização do brincar se constitui como um importante mediador e facilitador para a inserção da criança e do adolescente enquanto sujeitos implicados diretamente em seu processo de adoecimento, funcionando, inclusive, como uma estratégia de estabelecimento de vínculo de confiança com o serviço de saúde e seus profissionais. É relevante valorizarmos o brincar enquanto um instrumento que privilegia o acesso aos conteúdos infantis, dotado de uma função terapêutica importante para o segmento infanto-juvenil em situações de adoecimento crônico (MELLO; MOREIRA, 2010, p. 460).

Mediante a ludicidade, as crianças se ocupam e se desfoam da doença e do ambiente desconhecido que as cercam (BATISTA, 2003).

Brincando, a criança expressa seus sentimentos e exercita sua criatividade, buscando, no brincar, uma forma de enfrentar o processo de hospitalização (MELO, 2009). Nesta perspectiva, o autor ressalta que

³⁸ Segundo Paula Junior & Zanini (2011, p. 491), “resiliência é a relativa resistência aos efeitos adversos provenientes de situações estressoras que proporcionam ao indivíduo um desenvolvimento satisfatório face às vivências de adversidades significativas.”

através do brincar, foi possível se criar uma forma de enfrentamento da hospitalização, contribuindo para o estabelecimento de vínculo e uma minimização da dor, diante dos procedimentos realizados, pois brincando ela elabora, simboliza e se identifica com os brinquedos, através da organização de suas vivências hospitalares. [...] O ato de brincar pode trazer amadurecimento para a criança, além de contribuir para dar significados às suas vivências internas e externas. Ele contribui também, para a elaboração de suas funções físicas, atividades mentais e alcance de um equilíbrio psicossomático (ALMEIDA; SOUZA, 2009, p. 33 e 34).

A brincadeira repercute positivamente sobre a saúde física e mental do pequeno enfermo, constituindo, por outro lado, uma importante ferramenta que possibilita o desenvolvimento saudável desta criança (SANTOS, 2012; BATISTA, 2003; MARTINI, [s.d.]; PARCIANELLO; FELLIN, 2008).

Dessa forma, o brincar surge como uma possibilidade de modificar o cotidiano da internação, pois produz uma realidade própria e singular. Através de um movimento pendular entre o mundo real e o mundo imaginário, a criança transpõe as barreiras do adoecimento e os limites de tempo e espaço (MITRE, 2003, p.148 apud SANTOS, 2012, p. 18).

Outra função da atividade lúdica é a de preparar a criança para a realização de um procedimento médico invasivo, por exemplo (MOTTA; ENUMO, 2004). A terapeuta³⁹ nos confirma essa afirmação:

É a maior parcela daqui do hospital.⁴⁰ Tem pediatras que já pedem para eu ir, pra facilitar o contato da criança com a equipe e aí o meu papel vai ser de ponte mesmo. Ontem aconteceu de uma criança na Enfermaria A não deixar o interno⁴¹ avaliar. Então eu fui conversar com ela primeiro, ofereci uma boneca e aí primeiro eu tentei pela barganha: “Se você deixar, nós vamos lá na sala, você vai ficar livre pra brincar lá à vontade, deixa ele te avaliar lá dentro da sala.” Porque a avaliação quando é aqui⁴² é diferente porque ela está tão envolvida nesse ambiente de cores, de tudo, que ela fica mais livre, se esquece um pouco.

Por meio da ludicidade, a criança interage com o ambiente e ressignifica aquela situação inicial que lhe é apresentada, de modo a lhe proporcionar uma melhor adaptação à hospitalização (RABELO et. al, 2004). Brincando, a criança cria uma “realidade paralela”,

³⁹ Entrevista realizada em 09/04/2014

⁴⁰ Ela se refere a crianças com medo de hospital

⁴¹ Estudante de Medicina que faz estágio no Hospital

⁴² Ela se refere à sala de brinquedos

onde ela tem o poder de manipular esta vivência conforme lhe for conveniente. Desta forma, ela volta para o “mundo real” mais preparada e fortalecida. A criança, através do brincar, vira um sujeito e não mero objeto de tratamentos e cuidados (PARCIANELLO; FELIN, 2008). Na brincadeira, a criança não brinca por si só, mas, nesse momento, ela expressa seus sentimentos, alivia a tensão por estar hospitalizada, sai de uma situação de vítima e passa a ser herói em seu mundo lúdico.

Almeida e Souza (2009) concluem que:

o brincar é um recurso essencial para a criança hospitalizada, na medida em que traz uma forma de simbolização e elaboração das vivências conseqüentes da mudança para este novo contexto. Ainda, o brincar integrado com as práticas terapêuticas pode promover adesão ao tratamento, melhora na interação com a equipe hospitalar e demais membros, e, minimizar a dor, devido ao olhar diferenciado para as necessidades primordiais apresentadas pela criança durante as brincadeiras, ou momentos de lazer e diversão (ALMEIDA; SOUZA, 2009, p. 36).

Almeida e Paula (2009) desenvolveram um projeto de extensão, em um hospital filantrópico de uma cidade paranaense, que estimulava os pacientes pediátricos a realizarem atividades lúdicas. No relatório do referido projeto, as pesquisadoras concluíram que as crianças apresentavam melhora do humor com a chegada da equipe ao hospital, bem como recebiam melhor o tratamento médico. Além disso, as crianças se sentiam fortalecidas não só para realizar as atividades, mas também para lutar pela sua recuperação.

No próximo capítulo, trataremos do Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), com enfoque para a enfermagem pediátrica desta instituição. Versaremos, ainda, sobre as políticas públicas que asseguram o direito de brincar. E, finalmente, adentraremos no cerne desta pesquisa, apresentando e refletindo sobre o que foi expresso pelas crianças, tanto por meio das entrevistas, quanto dos desenhos.

4 RESSIGNIFICANDO A LUDICIDADE NO HGVC

4.1 O HGVC

O Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), ou Hospital de Base, foi inaugurado em 02 de março de 1994. É considerado hospital de referência no atendimento de urgências e emergências na região do sudoeste da Bahia, bem como cidades do norte de Minas Gerais. Segundo informações do site oficial da SESAB⁴³, Vitória da Conquista é pactuada⁴⁴ pela Rede SUS com 73⁴⁵ municípios, o que significa uma população de cerca de 2 milhões de pessoas.

O HGVC é qualificado como hospital de urgência e emergência, com nível de atenção em média e alta complexidade. É considerado, também, referência em Neurotrauma⁴⁶, acidentes com animais peçonhentos e pacientes com doenças infectocontagiosas, além de oferecer serviços em diversas especialidades.

Para oferecer o atendimento nesta variedade de serviços, a estrutura física do HGVC é composta pelo pronto-socorro, enfermarias e UTIs, além de serviços para diagnóstico e ambulatórios de especialidades. O HGVC possui, no total, 205 leitos para internamento. Em 2014, foram contabilizados, pelo setor de acolhimento⁴⁷ do hospital, cerca de 30.000 atendimentos⁴⁸.

⁴³Estas informações estão disponíveis no site http://www.saude.ba.gov.br/hgvc/index.php?option=com_content&view=article&id=127&Itemid=73. Acesso em 22/11/2013.

⁴⁴ A Programação Pactuada Integrada (PPI) é um instrumento desenvolvido pelo SUS que objetiva garantir o acesso da população aos serviços de saúde que não estão disponíveis no município de origem. A pactuação deve ser realizada pelos estados e municípios, com os prestadores de serviços de saúde, estabelecendo o número de leitos, consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico que deverão ser disponibilizados para determinado município. A Central de Regulação é responsável pelo controle de fluxo dos usuários. A PPI visa assegurar os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade, garantindo à população o acesso a serviços de média e alta complexidade. Para mais detalhes, está disponível no endereço <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf> as Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. (Acesso em 26/01/15)

⁴⁵ Após consulta com uma funcionária da administração do HGVC, soubemos que, atualmente, são 77 municípios pactuados.

⁴⁶ Traumatismo que afeta o sistema nervoso central e/ou a medula espinhal.

⁴⁷ Segundo o glossário da Rede Humaniza SUS, o acolhimento é a “recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo a atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.” No pronto-socorro, o acolhimento é feito juntamente com a classificação de risco, ou seja, através de protocolos técnicos, o paciente é classificado como de baixo, médio ou alto risco. Esta classificação tem como objetivo identificar e priorizar os pacientes que necessitam de tratamento imediato.

⁴⁸ Ressaltamos que não foram contabilizados os pacientes que deram entrada com o SAMU 192 (estes pacientes entram diretamente no pronto-socorro, não passam pelo acolhimento) nem os pacientes que deram entrada no pronto-socorro quando o setor de acolhimento não estava funcionando (durante a maior parte do ano passado, o acolhimento só funcionava durante até às 19:00). Desta forma, o número de atendimentos supera o que foi informado no texto.

Dentre as enfermarias, encontra-se a enfermaria pediátrica. Esta é composta por 22 leitos, sendo 18 deles divididos em 3 enfermarias (A, B e C) e 4 leitos de isolamento.

Nesta enfermaria, prestam assistência aos pacientes uma equipe composta por enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e médicos especialistas (cirurgiões pediátricos, ortopedistas, hematologistas, neuropediatras, neurocirurgiões, endocrinologistas, etc.). Além disso, o HGVC tem parceria com a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e possui Programa de Residência Médica, sendo algumas crianças acompanhadas pelos estudantes de Medicina da UESB e médicos residentes da Pediatria. As crianças ainda têm contato com o pessoal da copa (que serve as refeições), da higienização, bem como alunos e docentes de outros cursos⁴⁹ da área de saúde.

Na ala que comporta a Pediatria, encontra-se, também, atualmente, uma enfermaria feminina⁵⁰ destinada a pacientes adultos de Cirurgia Vascular, Ortopedia e Ginecologia, uma sala do internato de Pediatria, um pequeno espaço que funciona como “sala de TV” e a “sala de brinquedos”.

A sala de brinquedos é formada por divisórias e fica entre o espaço da TV e a sala do internato de Pediatria. A terapeuta ocupacional⁵¹, por meio da entrevista, nos explica porque a sala de brinquedos da Pediatria do HGVC não é uma brinquedoteca:

Na verdade, aqui não funciona como uma brinquedoteca. Porque a brinquedoteca tem que ficar aberta todos os dias, e a criança tem que ter acesso [...] Teria que ter um brinquedista aqui oferecendo, fazendo a entrega dos brinquedos, todo dia e não tem, a sala só funciona quando eu estou.⁵²

Na concepção de Martini (s.d.), a brinquedoteca hospitalar deve atender a alguns princípios, em relação à estrutura física e atendimento. Quanto ao espaço físico, a autora orienta que o espaço seja iluminado, ventilado e bem localizado, com presença de pias ou lavatórios para higienização das mãos. Em relação ao atendimento, o ideal é que os diversos setores do hospital reconheçam a importância do local, que exista uma equipe multidisciplinar capacitada, disponível para atender a unidade, devendo ser estimulado o brincar livre e

⁴⁹ Salientamos que, além da UESB, existem outras instituições que oferecem cursos na área de saúde.

⁵⁰ Há alguns anos, funcionava, neste local, o serviço de Obsterícia, sendo esta ala conhecida até hoje como a Pediatria/Maternidade. Como o serviço parou de funcionar, os leitos reservados à Maternidade passaram para os casos acima citados.

⁵¹ A terapeuta ocupacional trabalha há quase 12 anos na instituição, sob vínculo estatutário.

⁵² Entrevista realizada em 09/04/14.

espontâneo, bem como promover a interação entre as crianças, os acompanhantes e os profissionais.

Segundo Cunha (1997, p. 13), a brinquedoteca “é o espaço criado com o objetivo de proporcionar estímulos para que a criança possa brincar livremente”. A finalidade deste espaço, segundo a autora, é de assegurar que a criança possa brincar com tranquilidade, bem como estimular o desenvolvimento e a interação social.

Para Santos (1997, p. 97),

A brinquedoteca é sempre um lugar prazeroso, onde os jogos, brinquedos e brincadeiras fazem a magia do ambiente. Todas elas têm como objetivo comum o desenvolvimento das atividades lúdicas e a valorização do ato de brincar, independente do tipo de brinquedoteca e do lugar onde está instalada, seja num bairro, numa escola, num hospital, numa clínica ou numa universidade.

4.2 Ludicidade X legislação

Tendo em vista os benefícios das atividades lúdicas para a criança hospitalizada⁵³, foi criada a Lei 11.104, de 21 de março de 2005, de autoria da deputada Luiza Erundina. A referida lei preconiza que “os hospitais que ofereçam atendimento pediátrico⁵⁴ contarão, obrigatoriamente, com brinquedotecas nas suas dependências”. Segundo esta lei, a brinquedoteca é definida como “o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar.”

Regulamentando esta lei, a Portaria GM/MS⁵⁵ 2261, de 23 de novembro de 2005, tem como objetivo estabelecer “as diretrizes de instalação e funcionamento das brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação”.

Segundo estas diretrizes, os estabelecimentos deverão dispor de uma variedade de brinquedos, bem como proporcionar atividades lúdicas (jogos, leitura, entretenimento) e outros instrumentos educativos e que auxiliem na recuperação da saúde. A criança deverá sair da condição de passividade e ser um parceiro ativo no seu processo terapêutico, para que, desta forma, a permanência do hospital seja mais satisfatória.

⁵³ Tais benefícios foram mostrados no capítulo anterior deste trabalho.

⁵⁴ Segundo o artigo 4º da Portaria GM/MS 2261, de 23 de novembro de 2005 (disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2261.htm>, acesso em 02/12/2014), “Entende-se por atendimento pediátrico, para efeitos da Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, a atenção dispensada à criança de 28 dias a 12 anos, em regime de internação.”

⁵⁵ Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde

A Portaria ainda determina que as dimensões da brinquedoteca deverão seguir a Resolução RDC/ANVISA nº 50/2002. O hospital deverá dispor de uma área para armazenamento e higienização dos brinquedos. Esse procedimento deverá ser realizado de acordo com as normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar de cada unidade. A criança deverá ter livre acesso à brinquedoteca, durante os horários de funcionamento do espaço. Caso a criança esteja impossibilitada de sair do leito, deverão ser realizadas atividades lúdicas nas enfermarias. Caso o hospital não tenha condições de criar um ambiente específico, conforme as normas estabelecidas, a Portaria recomenda a utilização, de forma compartilhada, do espaço do refeitório do hospital.⁵⁶

A terapeuta ocupacional, ciente da norma, explica que foram várias as tentativas de se fundar uma brinquedoteca no HGVC, entretanto, esta não era uma prioridade para os diversos gestores que passaram pelo HGVC:

Esta sala surgiu da luta pela brinquedoteca, desde 2006⁵⁷. Tem uma lei que obriga os hospitais pediátricos a terem uma brinquedoteca. Eu apresentei esta lei para o então diretor daquela época. Ele aceitou e na época a reforma começou na sala que hoje é da “muco”⁵⁸ e onde é hoje o posto de enfermagem. Ali seria a brinquedoteca. O posto da enfermagem da maternidade seria o depósito, onde guardaria os brinquedos arquivados. E a sala onde é a muco seria a salinha que ficaria aberta pra que a criança retirasse o brinquedo lá no depósito e fosse pra salinha em frente. Você vê que lá tem um banheiro, pia, bancada. Aquela sala foi montada pensando nisso. Logo que a sala ficou pronta, mudou de direção e a nova direção não quis e tomou a sala de volta, não aceitou. E em toda direção que chegava, eu apresentava um novo projeto de brinquedoteca. “Ah, nós vamos colocar...” E postergavam. Aí quando chegou a administração de outro diretor, ele me procurou e falou assim: “Eu vou ser muito realista com você: eu não tenho como te dar essa brinquedoteca. Existem outras prioridades [...] mas eu posso disponibilizar uma ala, pelo menos pra você guardar seus brinquedos.” Porque até então os brinquedos eu trazia de casa e eu ficava pra lá e pra cá com esses brinquedos. Então ele propôs construir uma sala com divisórias pra que eu guardasse esses brinquedos e fizesse o atendimento.⁵⁹

⁵⁶ Conforme o inciso I do artigo 6º da Portaria GM/MS 2261, “para os hospitais já em funcionamento e que não possuem condições de criar este ambiente específico é permitido compartilhamento com ambiente de refeitório desde que fiquem definidos os horários para o desenvolvimento de cada uma das atividades”. Em outras palavras, nos hospitais que não teriam espaço físico suficiente para a criação de uma brinquedoteca, atividades lúdicas poderiam ser realizadas no refeitório do hospital, em horário determinado.

⁵⁷ Ou seja, 1 ano depois que a Lei da Brinquedoteca foi sancionada.

⁵⁸ Enfermaria de dois leitos, localizada no início da ala “Pediatria/Maternidade”, onde pacientes com mucopolissacaridose (um tipo de doença metabólica hereditária) recebem tratamento semanalmente. Nesta enfermaria, pacientes com doença renal crônica também recebem tratamento semanalmente (geralmente, os pacientes com mucopolissacaridose pela manhã e à tarde os pacientes renais). Nos dias em estes pacientes não estão, já ocorreu de serem internados pacientes adultos. Esta sala também já foi quarto para pais acompanhantes de pacientes da UTI pediátrica.

⁵⁹ Entrevista realizada em 09/04/2014.

Segundo a funcionária, um dos diretores do hospital diz que existiam outras prioridades em detrimento da construção da brinquedoteca. Essa atitude vai de encontro à “garantia de prioridade” à infância na formulação e execução das políticas públicas sociais, com a finalidade de assegurar os diversos direitos da criança, dentre eles, o direito ao lazer.⁶⁰

Além disso, a Resolução 41/1995 do CONANDA, que trata dos direitos das crianças e adolescentes hospitalizados, determina que os pacientes pediátricos tenham “direito a desfrutar de alguma forma de recreação, bem como “programas de educação para a saúde, acompanhamento do curriculum escolar, durante sua permanência hospitalar.”

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação, de 20 de dezembro de 1996, no capítulo V, determina que sejam criadas classes específicas que atendam aos alunos que não tenham condições de se integrar às classes de ensino regular. Em nosso meio, enquanto a ludicidade no hospital está presente, mesmo de maneira “improvisada”, as chamadas “classes hospitalares”, no entanto, ainda existem apenas na teoria. Ao questionarmos a terapeuta ocupacional sobre a existência de classe hospitalar no HGVC, ela responde que além de não haver essa política no hospital, não existe interesse dos pais nesse sentido:

Aqui não tem e é grave, pelas crianças que passam muito tempo aqui. Teve um menino que ficou quase um ano internado aqui. Eu sempre peço aos pais das crianças que estão na escola regular, pra dar continuidade e trazer as atividades. Não são todos que colaboram e sinto a resistência dos pais em fazer isso porque acham que não é o momento. [...] Mas é aquela questão, ele o [o pai] também não teve a oportunidade, não julga importante, porque ele também não teve aquilo ali.⁶¹

Podemos inferir que não só no HGVC, mas sim nos estabelecimentos de saúde, tanto públicos ou privados, parece que a criança, sob uma ótica mercantilista, não confere lucros e/ou verbas aos hospitais, pelo contrário, pode até trazer prejuízos. São frequentes os fechamentos dos prontos-socorros e serviços pediátricos nos hospitais do país. A prioridade é dada a procedimentos que fornecem mais verbas, como os exames de alta complexidade e as cirurgias. Segundo divulgado no site do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais⁶², em 2012, houve, nos últimos anos, o fechamento de dezoito hospitais e serviços especializados em pediatria, na região metropolitana de Belo Horizonte. Na maioria dos casos, argumenta-se

⁶⁰ Conforme preconizado no Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 2012).

⁶¹ Entrevista realizada em 09/04/2014.

⁶² Disponível em <http://www.sinmedmg.org.br/noticias/pt-br/ler/7818/sociedade-mineira-de-pediatria-lanca-perfil-da-pediatria-no-estado-durante-o-xiii-congresso-mineiro-de-pediatria>, acesso em 02/12/2014.

que, devido a criança e o adolescente, em geral, não necessitem de exames mais complexos, acaba não sendo “lucrativo” manter esse serviço.

A Portaria GM/MS 2261 preconiza que o “financiamento para a criação das brinquedotecas contará com subsídios do próprio estabelecimento hospitalar pediátrico ou com subsídios externos nacionais ou estrangeiros, recursos públicos ou privados”. Segundo a terapeuta ocupacional, no entanto, todos os brinquedos da “salinha de brinquedos” do HGVC foram doados por ela e por outros funcionários do hospital, bem como por alunos de um colégio privado da cidade de Vitória da Conquista-Bahia.

Villela e Marcos (2009) propõem que a dificuldade para o efetivo cumprimento da lei, seria a sua simplicidade, levando a diversas linhas de interpretação. Os autores apresentam três concepções de brinquedoteca, que podem ser interpretadas à luz do artigo 2º da Lei 11.104, de 21 de março de 2005.

O primeiro entendimento de brinquedoteca seria a de um espaço físico que contém brinquedos, podendo estar associado a um serviço de empréstimo de brinquedos.

Esse entendimento da lei e de seu alcance não favorece o atendimento a crianças internadas e desconsidera o fato de que, em grande parte dos casos, a brincadeira se faz com um **outro** e mediante um **outro** para o qual ela faz sentido, e o hospital pode não estar atendendo efetivamente a criança nesse sentido, portanto, falhando em sua ação de humanização no que concerne à brinquedoteca hospitalar, mesmo sendo claros os benefícios que seu bom uso possa fazer à criança, ao seu humor e à sua resposta ao tratamento a que é submetida. Nesse caso, cumpre-se a lei, mas apenas a letra da lei, burocraticamente, e não de forma a propiciar os objetivos da lei, o benefício à criança e à sua família pelo atendimento realizado (VILLELA; MARCOS, 2009, p. 12. Grifo dos autores).

A segunda concepção seria a da brinquedoteca como seção especializada, onde haveria espaço físico e pessoal especializado disponível, de forma contínua. Segundo, os autores “essa alternativa é a que mais permite benefícios aos pacientes da pediatria e o que mais plenifica o propósito da lei.” (VILLELA; MARCOS, 2009, p. 13). Este tipo de brinquedoteca ainda é raro na prática, pois requer mais gastos. Na prática, como vimos no trabalho de Angelo e Vieira (2010), o cumprimento da lei referida Lei acaba sendo parcial, ou seja, pode existir a estrutura física, mas não com disponibilidade diária. Ou ainda, até existe a disponibilidade, mas falta pessoal qualificado.

A terceira maneira de interpretar a lei seria a de brinquedoteca como um tipo de atendimento, que pode ser desenvolvida tanto pelo hospital quanto por terceiros (ex: projetos

desenvolvidos por universidades). Esta é uma alternativa frequente, pelo baixo custo para a instituição hospitalar e a universidade fica responsável tecnicamente pelo trabalho realizado. Dentre as desvantagens desta alternativa, destacamos a possibilidade de não ter uma continuidade no trabalho (por férias dos estudantes participantes do projeto, por falta de estudantes voluntários). A terapeuta ocupacional relata uma experiência deste tipo no HGVC:

Outra coisa que eu achei interessante foi um grupo de leitura. Foi um estagiário de Enfermagem quem propôs. O grupo era só 1 vez ao dia. Eu comprei a ideia dele. E, no início, era só ele e eu, depois a gente fez uma seleção de estagiários de Enfermagem da UFBA. Ficou um ano desse jeito e quando acabou o período de estágio deles e aí não apareceu mais.

As dificuldades para o cumprimento adequado da Lei da Brinquedoteca Hospitalar não é algo exclusivo do HGVC. Muitos hospitais ainda não apresentam um local específico onde a criança possa brincar, ou, quando possuem, não atende integralmente aos critérios de uma brinquedoteca, como constataremos a seguir, nas pesquisas de Angelo e Vieira (2010), bem como no estudo de Sousa (2013).

No trabalho de Angelo e Vieira (2010), por exemplo, foi realizada uma pesquisa de observação de campo em uma instituição hospitalar de ensino de São José do Rio Preto (SP). As autoras constataram que o espaço físico utilizado como brinquedoteca era também utilizado como Classe Hospitalar e como Grupo de Mães, o que impossibilitava o acesso diário das crianças à brinquedoteca. As autoras concluíram que, apesar da existência do espaço físico, a brinquedoteca não desenvolveu completamente suas funções, conforme recomendado na teoria.

Analisando vários trabalhos, Sousa (2013) relata várias experiências em diversos hospitais brasileiros, mostrando o processo de implementação das brinquedotecas nesses estabelecimentos.

Inferimos que a iniciativa para a criação das brinquedotecas, na maioria das vezes, parte de estudantes ou profissionais da instituição. A falta de espaço físico adequado, segundo Sousa (2013), não impede a realização das atividades lúdicas. Foi descrito o exemplo de uma brinquedoteca itinerante⁶³ de um hospital em São Paulo, em que, por falta de espaço físico, os brinquedos iam até as crianças.

⁶³ A autora se refere ao trabalho de Sobrinho, Barbosa e Dupas (2011).

Em outro exemplo⁶⁴, a autora cita um trabalho que comparou dois hospitais com brinquedotecas. No primeiro, o espaço físico era menor, entretanto, tinha estrutura, os brinquedos eram visíveis e disponíveis para que a criança escolhesse livremente com o que e com quem brincar. No segundo hospital, o espaço físico era maior, porém, não havia planejamento de atividades nem profissionais qualificados. Os brinquedos eram guardados em armários, as crianças não tinham autonomia para escolher os brinquedos, nem com quem brincar. O espaço do segundo hospital era menos frequentado do que o primeiro.

Para a implementação das brinquedotecas, Sousa (2013) aponta que é necessário, antes de tudo, que os profissionais reconheçam a importância das brinquedotecas como recurso terapêutico auxiliar na recuperação das crianças internadas. Além disso, como indica a autora (SOUSA, 2013, p. 30), “muitos profissionais sabem da importância, mas, batalham pouco por esse espaço, estando relacionado à questão de existirem poucas brinquedotecas hospitalares”.

Sousa (2013) nos revela que ainda existe resistência entre os profissionais do hospital, principalmente da área médica, no tocante a implementação das brinquedotecas, pois a concepção hospitalocêntrica persiste entre estes profissionais. O receio da transmissão de doenças e a ludicidade sendo vista como algo de importância secundária, ou um mero passatempo, são algumas das ideias que levam os profissionais a se mostrarem resistentes à implementação das brinquedotecas.

Corroborando o pensamento da autora, presenciamos o diálogo entre a terapeuta ocupacional e a enfermeira chefe da Pediatria, acerca da intervenção da CCIH⁶⁵ do hospital sobre a sala de brinquedos e as atividades lúdicas da Pediatria.

As funcionárias se queixavam das recomendações da CCIH⁶⁶. De acordo com a enfermeira, com essas medidas, as crianças ficam mais ociosas, sem terem algo para fazer. Ela faz referência a um hospital público de Salvador, em que já trabalhou, onde havia uma brinquedoteca e não apresentava tantas restrições.

Cunha (2011) acredita que a brinquedoteca hospitalar possibilita melhores condições para a recuperação da criança internada, mas adverte que devem ser tomados cuidados com relação à higiene e a esterilização dos brinquedos, sugerindo as seguintes medidas:

⁶⁴ A autora faz referência ao trabalho de Carvalho e Begnis (2006).

⁶⁵ A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, segundo consta na Portaria do Ministério da Saúde 2.616 / 98 (disponível em <http://www.ccih.med.br/portaria2616.html>, acesso em 26/01/15), consiste em um grupo de profissionais da área de saúde que coordena ações desenvolvidas com vistas à prevenção e a redução da incidência de infecções hospitalares.

⁶⁶ Segundo elas, a criança não pode ir à sala de brinquedos; não podem ser utilizados quebra-cabeças, a não ser que cada peça esteja plastificada; não pode ser fornecidas revistas e livros, a não ser que estejam plastificadas “folha por folha”.

Nos setores em que se atendem moléstias infecciosas, os brinquedos deverão ser descartáveis. Se houver voluntários no hospital, eles poderão fazer brinquedos de sucata, que serão jogados fora após sua utilização. Nos hospitais existem muitos materiais descartáveis que, senão tiverem sido expostos a contaminação, poderão ser utilizados na confecção de brinquedos ou ser entregues às crianças para que elas criem com eles (CUNHA, 2011, p. 95).

Outro aspecto a ser destacado é que no HGVC não existe espaço físico adequado, todavia, existe uma profissional (a terapeuta) que é responsável pela distribuição dos brinquedos e pela realização de atividades lúdicas, que promovem, por exemplo, a interação das crianças durante a brincadeira, como pode ser demonstrado na foto a seguir:



Figura 5. Foto de duas crianças brincando de bingo na enfermaria pediátrica do HGVC.

Fonte: Pesquisa de campo

No entanto, essa funcionária só trabalha durante meio período, cinco dias por semana. Quando ela não está presente, a sala de brinquedos permanece fechada. A terapeuta ocupacional relata a dificuldade em administrar os brinquedos:

Eles pegam e levam para casa. Esse é o grande problema daqui da sala. Porque, assim, no final de semana, eu sempre deixava mais brinquedos disponíveis. Mas quando eu voltava, na segunda-feira, não achava tantos brinquedos. Eles vão embora e levam. [...] Eu quando entrego o brinquedo, eu já faço a orientação que ele precisa devolver, que o brinquedo precisa ser lavado pra outra criança usar depois. Às vezes, eles pedem: “Ô tia, mas deixa eu levar pra casa, deixa eu levar pra casa.” [A terapeuta responde] “Mas eu não posso deixar porque depois vem outra criança e que também vai querer brincar com o brinquedo, que vai também querer achar o brinquedo que você achou. Foi legal você chegar aqui e achar o brinquedo?” “Foi” “Então quem vem depois de você também vai achar legal. Então ele precisa achar esse brinquedo aqui também disponível”⁶⁷

A falta de um funcionário em tempo integral, responsável para recolher os brinquedos emprestados,⁶⁸ faz, muitas vezes, com que as crianças acabem não os devolvendo e, ao receberem alta, acabam levando o brinquedo consigo. Questionamos a terapeuta por que as crianças acabam levando os brinquedos para casa⁶⁹. Ela acredita

Que [*as crianças*] não têm brinquedo em casa. E, mesmo, a qualidade dos brinquedos que tem aqui. Porque pode até ter uma boneca, mas não é uma boneca igual a que tem aqui. O jogo, eu acredito que não tem não, porque não é bem cultural você comprar quebra-cabeça, jogo de memória. Então, se você vai dar um presente para uma criança, você vai dar para um menino um carrinho ou uma bola, porque é mais barato. Para uma menina você vai dar uma boneca mais simples. Então esse tipo de jogo que tem aqui, elas não tem e é o que mais fascina. Por exemplo, eu tinha muitos jogos da memória do Incrível Hulk, da turma da Mônica, que são personagens conhecidos e de um material bom. Então, esses foram embora.⁷⁰

Apesar das dificuldades apontadas, mostraremos, a seguir, as diversas formas encontradas pelas crianças internadas no HGVC com o propósito de exercer a ludicidade, mesmo estando presente as limitações, seja pela sua condição física, ou pela ausência de uma estrutura ideal que estimule a atividade lúdica.

⁶⁷ Entrevista realizada em 09/04/2014.

⁶⁸ A rotina seria a criança brincar e depois devolver o brinquedo à funcionária.

⁶⁹ A entrevistada alega que conversa com as crianças, fazendo um trabalho de conscientização para que as mesmas devolvam os brinquedos após usá-los. Entretanto, nem sempre as crianças o fazem.

⁷⁰ Entrevista realizada em 09/04/2014.

4.3 Ressignificando a ludicidade no HGVC: *discussão de casos*

Para uma melhor compreensão, o quadro abaixo descreve as crianças que participaram do estudo, ressaltando, conforme mencionado na introdução, que o nome original das crianças foi alterado por nomes fictícios, de forma aleatória.

Quadro 1. Crianças que participaram da pesquisa, com as respectivas idades e diagnósticos.

Nome	Idade	Cor/Raça	Diagnóstico
Aline	11 anos	Parda	Diabetes
Ana	9 anos	Negra	Artrite
Bernardo	7 anos	Pardo	Pneumonia
Cláudio	10 anos	Pardo	Ferimento na cabeça por arma de fogo
Daiane	9 anos	Branca	Púrpura trombocitopênica idiopática ⁷¹
Eva	8 anos	Branca	Diabetes
Gabriela	11 anos	Branca	Abscesso cerebral
Igor	7 anos	Branco	Abscesso no joelho
Jamile	8 anos	Negra	Trauma no membro superior por atropelamento
João	10 anos	Pardo	Dor abdominal
Leandro	5 anos	Negro	Pneumonia
Murilo	10 anos	Pardo	Síndrome mielodisplásica a esclarecer ⁷²
Patrícia	7 anos	Parda	Apendicite
Paula	11 anos	Parda	Apendicite

Fonte: A autora (2014).

Destacamos, no capítulo anterior, que Gabriela⁷³, adaptando-se à condição de estar hospitalizada, usou um abaixador de língua como talher, tampinhas de frasco-ampolas como “comidinha” e partes de um brinquedo que estava quebrado como panelinhas. Ou seja, o fato de estar no hospital não a impediu de brincar.

Para Kramer (2007), a capacidade de imaginar, fantasiar e criar é típica da infância. Segundo a autora, a brincadeira pode ser compreendida como “experiência de cultura”:

Construindo com pedaços, refazendo a partir de resíduos ou sobras [...], na brincadeira, elas estabelecem novas relações e combinações. As crianças viram as coisas pelo avesso e, assim, revelam a possibilidade de criar. Uma cadeira de cabeça para baixo se torna barco, foguete, navio, trem, caminhão.

⁷¹ Doença autoimune que leva a diminuição de plaquetas no sangue, predispondo a sangramentos.

⁷² Durante a internação, foi diagnosticado que Murilo era soropositivo.

⁷³ Ver as fotos no capítulo 2 para melhor compreensão.

Aprendemos, assim, com as crianças, que é possível mudar o rumo estabelecido das coisas (KRAMER, 2007, p. 15).

O caso de João é outro exemplo a ser analisado. No momento da entrevista, ele brincava de jogo da memória:

- Pesquisadora: - Você brinca de que aqui?

João: - Disso aqui (mostra o jogo que estava brincando, mas não sabia o nome). Esqueci o nome. (A mãe dele fala: “De figurinha”) Tem que achar “os par” igual

João não sabia qual era exatamente o nome do que estava jogando, mas isso não o impediu de brincar, pois ele sabia qual era o objetivo do jogo. Conforme foi discutido no capítulo anterior, segundo Brougère (2008), o jogo tem como característica principal a função, ou seja, a própria regra do jogo o define.

Luckesi (1998, p. 29) afirma que

[...] a atividade lúdica é aquela que dá plenitude e, por isso, prazer ao ser humano, seja como exercício, seja como jogo simbólico, seja como jogo de regras. Os jogos apresentam múltiplas possibilidades de interação consigo mesmo e com os outros.

Murilo, por exemplo, nos conta das suas vitórias no jogo de bingo, mostrando a interação com as outras crianças da enfermaria:

- Um dia eu ganhei 3 vezes do menino que tava ali e da menina ali. Ela ganhou uma e o menino ganhou nenhuma. Agora hoje eu ganhei no bingo. [Ele tinha comentado comigo antes que ele tinha vencido 4 vezes no bingo e Edvan tinha vencido umas 5 vezes, mas “se fosse dominó” ele ganharia todas]⁷⁴

Além do bingo, Murilo revelou que também brincava de outras coisas no hospital:

Pesquisadora: - Aqui no hospital você brinca de que?

Murilo: - De carrinho, mexe no celular e fico ouvindo música.

Pesquisadora: - Mas você não estava brincando de outra coisa não, lá dentro? [Não sabe dizer do que estava brincando]

Murilo: - Aquele negócio lá, tia. [Era um jogo de bingo]

⁷⁴ Trecho da entrevista com Murilo, realizada em 06/10/2014.

Pesquisadora: - E o dominó?

Murilo: - O dominó também. O dominó não é daqui não. É do menino. Aquele coisa⁷⁵ lá foi a tia quem deu pra nós jogar.⁷⁶

Quando os brinquedos não estão disponíveis, inferimos, por meio da observação, que as crianças buscam distração nos jogos nos celulares dos seus acompanhantes.

Pesquisadora: Do que você mais brinca aqui no hospital?

Murilo: - Só de carrinho. E no telefone.⁷⁷

Pesquisadora: - E você brinca de que? Só de computador?

Igor: - De computador e também de joguinhos [no celular]...⁷⁸

Patrícia, 7 anos, internada por apendicite, tirou fotos pelo celular, revelando o seu cotidiano no hospital: os quebra-cabeças montados, o aniversário da companheira⁷⁹ de enfermagem e uma das paredes da Enfermagem, como demonstrado pelas fotos da figura 6 a seguir:



Figura 6. Fotos tiradas por Patrícia, 7 anos, por meio do celular

⁷⁵ Ele está se referindo ao bingo.

⁷⁶ Trecho da entrevista com Murilo, realizada em 06/10/14.

⁷⁷ Trecho da entrevista com Igor, realizada em 31/03/14.

⁷⁸ Trecho da entrevista com Igor, 7 anos, realizada em 31/03/14.

⁷⁹ A aniversariante foi Ana, 9 anos, internada por artrite no joelho. O aniversário foi organizado pelas funcionárias do hospital.

Brandimiller (2011, p. 38-39) faz uma interessante reflexão acerca das fotografias feitas pela criança:

[...] as fotografias das crianças não se esgotam na primeira olhada, merecem um refinamento do olhar. As imagens mostram o mundo delas, seus movimentos, seus gestos, sua poesia. Seu tamanho, seu olhar para aquele espaço cotidiano. [...] afinal, o que as crianças vêem? Respondo: o que o olhar adultocêntrico despercebe. Ângulos distintos. Objetos de paixões. Gestos. Um olhar que nos olha em meio a outros que nos escapam. Fluxo, movimento, ritmo das brincadeiras. Linhas, sombras. O outro que fotografa simultaneamente, enquanto eu o aguardo fotografar. Brinquedos, preferências, cantos, escolhas, esconderijos. Sobreposição de imagens, dupla exposição. O que está fora do enquadramento, dos portões, grades da escola. Atropelos, disputa, interrupções, roubar a cena. O sensorial, a mão na terra, *o céu e o chão*. As manchas, a superfície. O outro através do outro. *O muro* e o que está além dele. O cheiro do barro molhado, *o barulho da obra ao lado*, o movimento do balanço, a convivência, *os amigos, os bebês dormindo, o mundo todo*.

A autora acrescenta, ainda, que as imagens feitas pelas crianças nos levam a fazer exercícios de olhar, na finalidade de se encontrar com os “desconhecidos conteúdos das crianças” (BRANDIMILLER, 2011, p. 39)

Além do celular, outros objetos que não são considerados brinquedos foram utilizados para fins lúdicos. Como exemplo, uma revista da Avon foi utilizada como distração para Igor:

Pesquisadora: - Você gosta de carro vermelho é?⁸⁰
 Igor: [Folheando a revista] - Hum-rum...batom vermelho...
 Pesquisadora: - Batom vermelho?! Você usa batom?
 Igor: - Não...
 Pesquisadora: - Você gosta de ver essas revistas?⁸¹
 Igor: - O meu batom é esse ó.
 Pesquisadora:- O seu batom? Você usa batom?
 Igor:- Não...⁸²

Segundo Santos (1995), a falta de brinquedo não é empecilho para brincar, pois as crianças podem se utilizar da imaginação. Quando Igor diz que “o meu batom é esse”, ele imerge no faz-de-conta. A pesquisadora, no entanto, o “traz de volta” à realidade ao questioná-lo se ele usa batom e ele retruca negando. Sarmiento (2003) alude que a criança

⁸⁰ Antes da entrevista, Igor estava folheando uma revista da Avon e parecia entretido. Em sua cama, havia um carro vermelho.

⁸¹ Igor diz que gosta de levantar o plástico presente em algumas páginas sentir o cheiro das fragrâncias dos perfumes. Depois me mostra o batom que ele mais gostou.

⁸² Trecho da entrevista com Igor, realizada em 31/03/2014.

navega entre dois mundos, ou seja, a criança tem a capacidade de se transmutar, através da imaginação, em outra persona, sem perder a sua identidade de origem.

Para Faria (2009, p.3), a brincadeira faz-de-conta é uma tarefa revestida de espontaneidade, improviso e caráter efêmero, não sendo necessário um ensaio prévio. Além de que, segundo esta autora:

Na brincadeira de faz-de-conta, as crianças despreendem-se do concreto e da limitação do imediato, transitando os significados de uma coisa a outra. É dessa forma que elas inventam outros mundos e alargam suas possibilidades de ação (FARIA, 2009, p. 6).

Observamos que outras crianças também utilizaram revistas e livros de história como objetos lúdicos:

Gabriela está sentada no leito e manuseia revistas, conversa sozinha, parece organizar as revistas. Pega um hidrocor e uma caneta, lê algo que está escrito em uma folha de papel. Pergunto a ela o que está fazendo e ela diz que está brincando de escolinha.⁸³

Notamos, um dia, que a mãe⁸⁴ de uma paciente internada, estava lendo histórias para as outras crianças da enfermaria. No entanto, são raros os casos de acompanhantes que incentivam os seus filhos à leitura. Na maioria das vezes, o mundo dos contos-de-fadas ainda é desconhecido para as crianças. A terapeuta nos revela que há cerca de dois anos, houve um grupo de leitura (projeto de extensão do curso de Enfermagem da UFBA) na enfermaria pediátrica do HGVC. O que a terapeuta nos contou foi interessante:

O que mais chocou no início foi assim: a gente procurava leituras diferentes. Só que o que a gente descobriu foi que as crianças não conheciam aqueles contos de fadas corriqueiros, como Branca de Neve, João e Maria e O Gato de Botas. Era novidade para elas. Elas não conheciam o básico. Então a gente lia pra eles e depois fazia uma atividade em cima dessa leitura. Todos os dias às 9 horas, na verdade, 9:15, pra não atrapalhar o horário das medicações. Nesse período, não havia interrupções, ela não era retirada daqui pra nada. Era o momento da criança, para ela esquecer que estava no hospital. A gente colocava um biombo, pra ela não perceber que estava no hospital. O Projeto terminou há um ano pela falta de novos estagiários. O

⁸³ Trecho do diário de campo, 1º/05/2014.

⁸⁴ Salientamos que esta mãe tinha concluído o nível superior de escolaridade.

que nos chocou foi que crianças grandes não tinham conhecimento de histórias clássicas, não tinham o hábito de leitura.⁸⁵

Sobre este problema, façamos uma breve reflexão. A narrativa oral, que por muito tempo foi a principal maneira de preservar e transmitir conhecimentos entre as gerações, vem se perdendo na contemporaneidade. Muitos pais de hoje já fazem parte de uma geração que não ouviram histórias quando criança e agora acabam por não transmitir este hábito aos seus filhos.

Para Halbwachs (1990), a memória é composta pela interação entre as pessoas de um determinado grupo. As brincadeiras e as histórias são formas de difundir a memória de modo inter e intrageracional. Entretanto, no contexto atual, existem menos oportunidades para que haja essa transmissão. Isso nos leva a questionar o tipo de memória coletiva que vem sendo tecida pela sociedade contemporânea.

O desenho é outro tipo de atividade lúdica muito utilizada na enfermagem pediátrica do HGVC. Segundo Vigotski (1991), a criança, inicialmente, desenha o que conhece e não o que vê, ou seja, ela desenha de memória. Nessa fase⁸⁶, o processo de desenhar, associado com gestos e a fala, se torna mais importante do que o desenho em si.

Nessa idade, a memória infantil não propicia um quadro simples de imagens representativas. [...] Notamos que quando uma criança libera seus repositórios de memória através do desenho, ela o faz à maneira da fala, contando uma história. A principal característica dessa atitude é que ela contém um certo grau de abstração, aliás, necessariamente imposta por qualquer representação verbal. Vemos, assim, que o desenho é uma linguagem gráfica que surge tendo por base a linguagem verbal (VIGOTSKI, 1991, p.75).

Numa fase posterior⁸⁷, a criança já tem consciência do significado simbólico do seu desenho (VIGOTSKI, 1991). Ela não tem mais a necessidade de gesticular e verbalizar enquanto desenha. Sua preocupação, nessa fase, é com o produto final – o desenho. No entanto, mesmo nesse momento, para análise do desenho, é importante acompanhar o processo de produção e dialogar com o autor do desenho (NATIVIDADE, COUTINHO; ZANELLA, 2008).

⁸⁵ Entrevista realizada em 09/04/2014.

⁸⁶ Entendemos, aqui, que o autor se refere à criança em torno dos três anos de idade.

⁸⁷ O autor se refere à criança em torno dos seis a dez anos de idade.

Conforme mencionamos na introdução, recorremos ao desenho como forma de complementar a entrevista com as crianças, pois percebemos que algumas delas pouco se expressavam oralmente, enquanto que, por meio do desenho, nos concediam mais informações. É o caso de Bernardo:



Figura 7. Foto de desenhos feitos por Bernardo, 7 anos. O desenho à esquerda o representa em casa, o desenho do meio o representa no hospital e o desenho à direita é o de tema livre.

Bernardo reproduz, no desenho livre, uma figura que viu numa história em quadrinhos. Para Vigotski (1998 apud NATIVIDADE; COUTINHO; ZANELLA, 2008, p. 11-12), “desenhar a partir de um modelo presente, isto é, copiar, é característica de um grau maior de desenvolvimento do desenho infantil”.

No desenho de casa, estão ele e o irmão brincando de bola. Todavia, no desenho do hospital, o garoto não retrata a si próprio, mas sim, o que vê a partir do seu leito, como por exemplo, os outros companheiros de quarto e a porta que dá acesso à enfermaria.

Um dos pontos principais que constatamos é que, tanto o desenho de casa e o desenho livre possuem uma variedade maior de cores. Em ambas as imagens, notamos que os personagens do desenho estão ao ar livre. Por outro lado, o desenho do hospital é monocromático, apresentando um aspecto mais realista.

No trabalho realizado por Gomes et. al (2012), também percebeu-se, entre as crianças⁸⁸, a sensação de estar numa prisão, por não poder brincar ao ar livre. Os desenhos feitos por Cláudio também seguem esse padrão:

⁸⁸ Neste trabalho, as autoras utilizaram, para coleta de dados, entrevistas semiestruturadas e desenho-estória com tema.

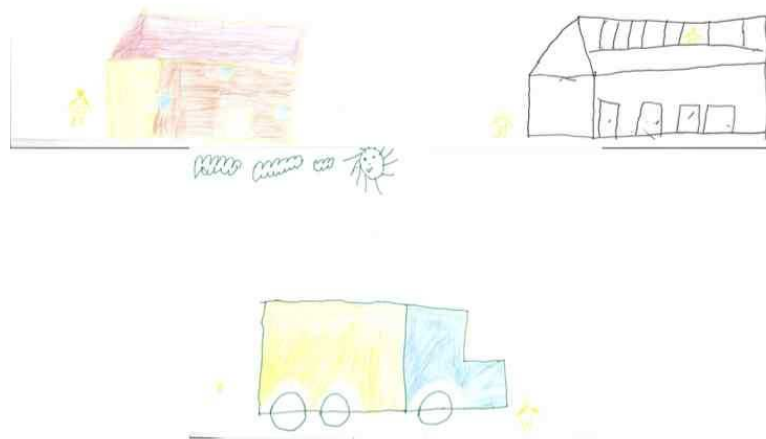


Figura 8. Foto de desenhos feitos por Cláudio, 10 anos. O desenho à esquerda o representa em casa, o desenho à direita o representa no hospital e o desenho abaixo é o de tema livre.

Como já descrito no capítulo 2, o desenho de Aline no hospital também apresenta poucos detalhes, se comparado ao desenho de casa. Aline se retrata, no hospital, sem rosto⁸⁹, em cima de uma cama. Já a Aline de casa tem rosto, está usando um vestido verde, em meio a borboletas e flores, pássaro e um sol.



Figura 9. Foto de desenhos feitos por Aline, 11 anos. O desenho à esquerda representa a criança no hospital e o desenho à direita a representa em casa.⁹⁰

⁸⁹ Sobre a despersonalização do paciente hospitalizado, discutimos esse assunto no capítulo 2.

⁹⁰ Este desenho já foi mostrado no capítulo 2, mas, a título de comparação com o outro desenho feito por Aline, o inserimos novamente aqui.

De acordo com Chiattonne (1988 apud SILVA, 2010), é comum que as crianças desenhem o hospital na cor preta e de tamanho grande, enquanto elas retratam a si próprias bem pequenas, como se expressassem a impotência enquanto estão nesse ambiente.

O fato de estarem hospitalizadas, com locomoção restrita, na maior parte de tempo, também foi representado nos desenhos de algumas crianças:

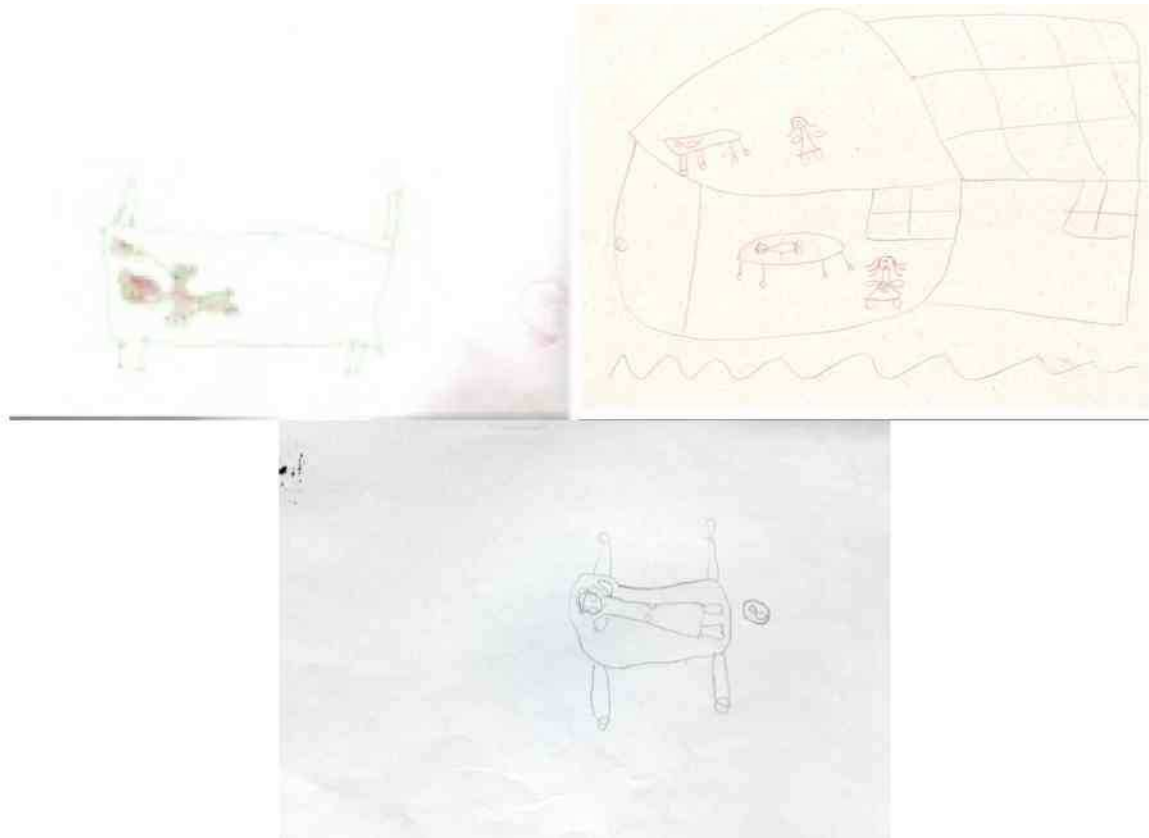


Figura 10. Foto de desenhos de Igor (à esquerda), Murilo (centro) e Leandro (à direita), referentes ao hospital

Este sentimento também foi percebido no discurso oral de algumas crianças, durante as entrevistas, como é o caso de Murilo, quando questionado o porquê de não gostar da internação: "Porque a gente não pode estudar. E a gente não pode passear"⁹¹.

Outro exemplo é o de Eva. No primeiro, ela se encontra no exterior da casa. Disse que gostava de ficar fora de casa. No outro desenho, a cama estava externa ao hospital e Eva não se achava na cama. Diz que, quando está hospitalizada, sente falta de brincar "lá fora" e que no hospital "toda hora ficam furando ela".⁹²

⁹¹ Trecho da entrevista com Murilo, 10 anos

⁹² Trecho do diário de campo, referente a Eva, 8 anos, portadora de diabetes mellitus



Figura 11. Foto de desenhos de Eva, 8 anos. O desenho à esquerda a representa em casa e o desenho à direita a representa no hospital.

No trabalho realizado por Lapa e Souza (2011), com pacientes internados⁹³ em um hospital do Rio de Janeiro, a sensação de estar restrito foi um dos sentimentos relatados pelas crianças. Tal restrição, segundo as autoras, não se deve apenas à doença da criança, mas também devido às normas da instituição, que impossibilita a realização de atividades como pular e correr.

As autoras lembram ainda que, nesta fase da vida, a criança busca autonomia e a hospitalização a impede de usufruir desta liberdade, ao ter controle do seu corpo e suas decisões. Mesmo que sejam oferecidas, no hospital, opções de lazer, como televisão e brinquedos, as alternativas oferecidas seguem uma rotina determinada e a criança acaba não desfrutando, de forma satisfatória, a independência que adquiriu no decorrer dos anos.

Gabriela e Ana, no entanto, foram crianças que permaneceram no hospital por um longo tempo. Observamos que os desenhos delas seguiram um padrão diferente dos anteriores, como veremos adiante.

Gabriela apresentava uma aparente dificuldade na leitura e escrita. Quando chegou no HGVC, inicialmente, ela ficou internada no isolamento⁹⁴. Segundo uma médica residente de Pediatria e a terapeuta ocupacional:

Ela não interagira e depois ela foi melhorando, foi evoluindo e passou a interagir, a conversar, a falar palavras mais conexas.”⁹⁵
 “Ela não comunicava... ela não interagira bem com a equipe... antes da internação ela tinha um déficit do rendimento escolar... Quando ela chegou

⁹³ Com faixa etária semelhante aos pacientes do nosso trabalho.

⁹⁴ A suspeita clínica inicial de Gabriela era de meningite. Esta doença requer isolamento nos primeiros dias de tratamento.

⁹⁵ Trecho da entrevista com a funcionária Ivana, em 28/04/14)

aqui, ela não comunicava nada [com a doença e internação houve uma regressão], tudo dela era através de gestos.⁹⁶

A terapeuta relata, ainda, que utilizou instrumentos lúdicos para tentar se aproximar de Gabriela. A tentativa deu certo. Após dois meses de internação, Gabriela já estava mais comunicativa⁹⁷, interagindo bem tanto com os profissionais de saúde, quanto com as companheiras de quarto. Percebemos que Gabriela exercia a ludicidade tanto em casa quanto no hospital:

- Gabriela: Lá em casa eu brinco de escolinha, de pipa, de comidinha. [...] Brinco de casinha, de médica. Pego minhas coisas e vendo, faço que to vendendo.

- Pesquisadora: Você brinca sozinha?

- Gabriela: Tem uma menina lá que eu brinco...

- Pesquisadora: E aqui no hospital você brinca de que?

- Gabriela: - De escolinha. Às vezes eu brinco de ééé...desenhar...

[Depois diz que brinca de médico. Pergunto como é que ela brinca de médico]

- Gabriela: Eu faço assim: eu anoto, é só você ir lá e ver, não vai te negociar, aí depois você volta e [...] pra lá. Pega o papel e vou ver. Aí vê se tá bom ou não. Se tá bom, pode ir. Agora, se tá não, tem que ficar um pouquinho.

Gabriela referiu, também, sentir falta dos animais de estimação, que não estão disponíveis no hospital:

- Pesquisadora: Do que você tem mais saudades na tua cidade?

- Gabriela: Dos meus gatos, do meu cachorrinho que tenho lá. De meus irmãos. Eu tenho dois gatos e tenho um cachorro cabeludo assim. Quando eu chego lá em casa, [...] ele já pula de alegria. Tenho um gato também, que fica encostando na minha perna.

Revelaremos, a seguir, alguns dos desenhos que Gabriela fez espontaneamente antes da entrevista e os desenhos solicitados pela pesquisadora. Podemos inferir que, tanto no discurso oral quanto na expressão gráfica, Gabriela demonstra a falta que sente da sua casa, apesar de aparentemente bem adaptada ao hospital:

⁹⁶ Trecho da entrevista com a funcionária Márcia, em 28/04/14

⁹⁷ Gabriela foi uma das pacientes que apresentou maior fluidez durante a entrevista.



Figura 12. Foto de desenhos livres feitos por Gabriela, 11 anos, antes de ser entrevistada
Fonte: Pesquisa de campo

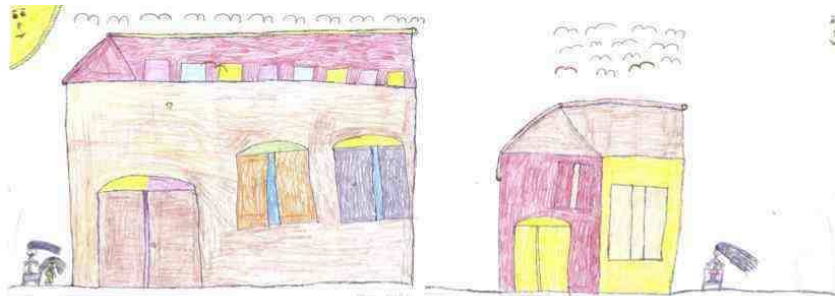


Figura 13. Foto de desenhos feitos por Gabriela. O desenho à esquerda a representa no hospital e o desenho à direita a representa em casa.
Fonte: Pesquisa de campo

Rezende et. al (2009, p. 74) destaca que

O desenho é uma das atividades lúdicas que possibilita ao sujeito expressar graficamente conteúdos referentes à sua vivência emocional associada ao contexto social em que está inserido, assim como a forma com que lida com suas possibilidades e dificuldades.

Seguindo esse caminho, analisemos a outra criança que permaneceu internada por um longo período de tempo. Ana expressou-se pouco durante a entrevista, demonstrando certa timidez⁹⁸. Contudo, o seu desenho revela as informações a seguir:



Figura 14. Foto de desenhos de Ana, 9 anos. O desenho à esquerda a representa no hospital e o desenho à direita a representa em casa.
Fonte: Pesquisa de campo.

Na parte superior do desenho do hospital, ela desenha uma mesa com um bolo de aniversário (havia feito aniversário no dia anterior). Ela ainda faz referência às duas enfermarias, descrevendo como o “quarto das mulheres” e o “quarto dos homens”. O padrão de cores e elementos gráficos do desenho é semelhante entre os desenhos de casa e do hospital. Este último, inclusive, apresenta mais detalhes.

Algo que nos chama a atenção nos desenhos de Ana é que ela se retrata loira e de olhos claros, mas na realidade, ela é negra. De forma breve, por não ser o escopo deste trabalho, discutiremos esta questão a seguir.

Segundo Ramos (2005), é comum essa atitude de crianças negras se desenhando loiras, tendo em vista a influência da mídia e da literatura que é mostrada na escola, que cria o estereótipo das pessoas de pele branca como “belas” e ideais (como as princesas dos contos de fada). Nessas histórias, as pessoas negras costumam ser ignoradas ou estereotipadas.

Damião (2006) destaca que, ao longo dos séculos, se repete o discurso de que o nariz afilado, o cabelo liso e os lábios finos, típico dos brancos, representam o padrão de beleza ideal, de superioridade. O negro, por fugir desse “ideal”, acaba sendo estereotipado como feio e inferior.

Infelizmente, nos dias atuais, esse discurso se perpetua, como já foi salientado na mídia, na literatura, na sociedade e até mesmo nos brinquedos, como, por exemplo, as loiras e magras bonecas Barbie (SOUZA, LOPES; SANTOS, 2007). Segundo Damião (2006) esse discurso mina a autoestima tanto de crianças, quanto de adultos afrodescendentes:

⁹⁸ Ana apresentava dificuldade em interagir até mesmo com as companheiras de quarto.

Passamos a realmente nos achar feios, olhamos no espelho e o que vemos não nos agrada, porque o que possuímos não é socialmente valorizado como referencial de beleza. O conflito psicológico é intenso, desejamos ser aquilo que não somos e o que nunca nos tornaremos (DAMIÃO, 2006, p. 5).

Para a criança negra, uma forma de lidar com esse conflito, é lançar mão do desenho. De acordo com Damião (2006, p. 7), o desenho “é uma atividade que solicita a presença da criança em sua inteireza”. Por meio dessa atividade, a criança se comunica, expressando as suas preferências e conflitos, na interação com o mundo em que vive e consigo mesma:

No desenho infantil estão presentes o individual e o social, o biológico e o cultural, o eu e o outro, o aspecto interpessoal e intrapessoal, pois, é, no jogo de forças entre esses elementos que o desenho irá sendo produzido. A constituição do desenho, assim como a do próprio homem se dá no plano da intersubjetividade. É através das relações que a criança estabelece com ela mesma, com outras pessoas e com o mundo físico que o seu desenho vai se revelando, não como algo natural ou espontâneo, mas como produção social, que foi gestada em uma sociedade permeada por relações de poder que influencia os valores, normas e concepções de ser humano e de mundo (DAMIÃO, 2006, p. 4).

Voltando à Gabriela e Ana, percebemos que essas duas pacientes têm em comum, além do longo período de hospitalização, é que tanto o desenho de casa, quanto do hospital de ambas apresentam a mesma variedade de cores, diferente de outras crianças que aqui foi mostrado. Acreditamos que o longo período de internação, associado a oportunidade de realizar atividades lúdicas, favoreceram a adaptação destas pacientes.

Gabriela e Ana foram exemplos de crianças previamente saudáveis que adoeceram e permaneceram por longo período no hospital. Outro caso é o de Murilo, criança que possuía uma doença crônica⁹⁹ e por esse motivo foi hospitalizado muitas vezes.

A mãe de Murilo, segundo consta no prontuário médico, faleceu com idade precoce, de causa não estabelecida. O pai faleceu de acidente automobilístico, quando Murilo tinha nove anos (há cerca de um ano)¹⁰⁰. O garoto foi internado diversas vezes devido apresentar diversos problemas de saúde (infecções, lesões na pele, alterações sanguíneas e renais). Apresentava uma extensa cicatriz¹⁰¹ no couro cabeludo, sequela de uma lesão de pele. Em

⁹⁹ Doença de longa duração.

¹⁰⁰ Ele morava com a tia.

¹⁰¹ Ele apresentou uma ulceração tão profunda no couro cabeludo, que deixou uma cicatriz. A condição clínica de Murilo pode levar a todas essas alterações que ele apresentou, por alteração da imunidade do indivíduo.

consequência disso, os colegas zombavam dele na escola. Murilo foi internado com a finalidade de investigar a causa de todas as alterações que apresentava. Enfim, foi detectado, através de exames laboratoriais, que Murilo era soropositivo, provavelmente, por transmissão vertical¹⁰².

Na enfermaria, Murilo era uma criança comunicativa e interagia bem com os companheiros. Durante a entrevista, inclusive, mostrou-se curioso e pediu para ver o celular da pesquisadora. Perguntamos a Murilo do que ele mais brincava no hospital e em casa. Ele respondeu:

- No hospital, só de carrinho e no telefone. E em casa, eu assisto televisão, eu brinco de carrinho, de gude e com meu pião, brinco na terra...

Pela fala de Murilo e de outras crianças, percebemos que as crianças listam, com mais facilidade, as atividades lúdicas realizadas em casa. Inferimos que, em seu domicílio, as crianças se encontram totalmente livres para escolher o brinquedo e/ou a brincadeira. Por outro lado, no hospital, mesmo com o acesso aos brinquedos e à possibilidade de brincar – dentro das limitações que já foram descritas, alguns fatores impedem que haja o pleno exercício da ludicidade no ambiente hospitalar.

Um dos aspectos seria a própria doença, que restringe a mobilidade de algumas crianças. Outro fator é a rotina da instituição, que impõe horários para determinadas atividades.

Retomando o pensamento de Lapa e Souza (2011), a criança, na idade em que se encontra Murilo, necessita de liberdade para fazer suas escolhas e talvez, no hospital, não encontre, de forma efetiva, essa oportunidade. Como já mencionado, no HGVC, não existe uma brinquedoteca, apenas um espaço onde os brinquedos permanecem guardados e são distribuídos às crianças no tempo devido¹⁰³. Destarte, a criança não tem a possibilidade de escolher livremente o brinquedo e/ou brincadeira. Logo, quando questionadas sobre do que brincam no hospital, elas apresentam dificuldade em responder prontamente.

Analisemos, agora, os desenhos feitos por Murilo:

¹⁰² Segundo o site da Unicef, “a maior parte das crianças de até 12 anos que vivem com o HIV foi vítima da transmissão vertical. Esse tipo de transmissão do HIV é aquele que acontece da mãe soropositiva para o bebê, durante a gravidez, o parto ou a amamentação.” (Disponível em http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10153.htm).

¹⁰³ A terapeuta, após avaliação prévia, disponibiliza determinados brinquedos para as crianças escolherem. Portanto, as crianças não escolhem livremente com o que querem brincar.



Figura 15. Foto do desenho de Murilo, 10 anos, referente a estar em casa.
Fonte: Pesquisa de campo.

- Pesquisadora: Você está desenhando quem agora?
- Murilo: O meu irmão. Esse aqui não vai ser ele, esse aqui vai ser eu. Porque o cabelo tá muito pequeno.
[Inicialmente ele tinha se desenhado próximo a casa, mas percebeu que tinha desenhado o irmão mais velho desproporcionalmente pequeno em relação a ele]

Rodrigues (2010), fazendo uma análise das ideias de Luquet referentes ao desenho infantil, explica que se o que a criança desenhou não apresentar semelhança com o que intencionava desenhar, a criança acaba por modificar a interpretação do desenho. De fato, quando Murilo percebeu que iria ficar “maior” que o irmão mais velho no desenho, “trocou” de identidade com o irmão.

No desenho a seguir, referente a estar no hospital, Murilo nos revela algo:

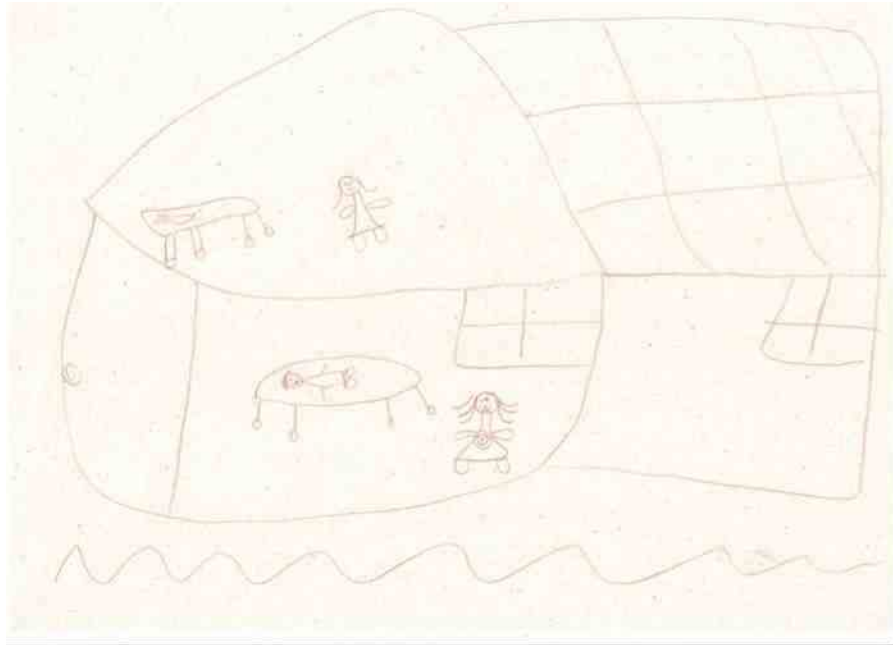


Figura 16. Foto do desenho de Murilo, 10 anos, referente a estar no hospital.
Fonte: Pesquisa de campo

- Pesquisadora: - Você gosta de ficar internado?
- Murilo: - Não.
- Pesquisadora: - Por que?
- Murilo: - Porque a gente não pode estudar, a gente não pode passear...

O garoto diz: “a gente não pode estudar”. Murilo alega que o hospital o impossibilita de estudar, desconhecendo que um direito seu está sendo negado. O estudo não seria interrompido, caso a instituição dispusesse das classes hospitalares¹⁰⁴. Por ser uma criança que passa por diversas internações, o efeito da hospitalização se torna ainda mais impactante sobre o rendimento escolar de Murilo.

Um dos objetivos da Classe Hospitalar é garantir a continuidade da vida escolar da criança mesmo que esta necessite de longo período de internação o que traz um afastamento da escola, o professor deve buscar uma relação entre escola e hospital com vista a contribuir uma relação que possa garantir o direito à escola para a criança hospitalizada, pois é importante que sua vida continue como na escola, nas brincadeiras, nas risadas, socialização com outras crianças e com isso preservando a sua infância (CALEGARI-FALCO, 2007, p. 4289).

¹⁰⁴ Previamente, fizemos uma breve exposição a respeito das classes hospitalares

Outra frase que Murilo falou foi: "a gente não pode passear". Assim como ele, outras crianças também se queixaram de "não poder brincar lá fora". Esse é outro problema que poderia ser solucionado, pois o Hospital dispõe de uma área a céu aberto, próximo a Pediatria, que poderia ser usufruída pelas crianças. A terapeuta conta que um dos ex-diretores do HGVC criou condições para que a área fosse utilizada pelas crianças. No entanto, não houve um controle adequado para o acesso à área, levando a interdição desse espaço:

Só que aí fugiu um pouco do controle, outras pessoas tiveram acesso ao espaço, usaram pra fumar... E aí foi interditado novamente o espaço. E esta nova direção está querendo reabrir, estão pintando, estão refazendo pra reabrir pra ser o espaço da Pediatria, pra tirar a criança [*do leito*]. Porque eu tirava a criança do leito e levava pra este espaço.¹⁰⁵

Sobre essa questão, Laufer (2001, p. 18) recomenda que as atividades lúdicas no hospital, na medida do possível, também sejam praticadas ao ar livre, pois "atraem a criança pela integração e harmonia que a aproxima da natureza, o divertimento, as oportunidades de criar e imaginar. O ambiente externo lhe dá a oportunidade de expandir-se em seu potencial."

Em suma, depreendemos que as crianças no HGVC brincam, embora não mesmo modo que em casa. Contudo, criam novas possibilidades com o que lhes é oferecido. A brincadeira, para elas, é fundamental para que se adaptem à nova realidade onde se encontram.

¹⁰⁵ Trecho da entrevista com a terapeuta ocupacional, realizada em 09/04/2014

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cumprimento da Lei da Brinquedoteca deve ser rotina e não exceção entre os hospitais brasileiros. Como analisamos anteriormente, o Hospital Geral de Vitória da Conquista é uma dessas instituições públicas que carecem de estrutura adequada para receber a criança enferma, especialmente no tocante ao aspecto lúdico e educacional. Neste sentido, constatamos, por meio das observações de campo, que os brinquedos oferecidos às crianças foram doações e esforços empreendidos por alguns profissionais do hospital. Ou seja, não há uma política do hospital e nem da Secretaria Estadual de Saúde para atender as demandas da infância hospitalizada, como determinam as normas e as orientações.

Com base na pesquisa, percebemos que a omissão do hospital em atender as necessidades da criança hospitalizada parece decorrer de uma mentalidade organicista, ou seja, o indivíduo é percebido como uma doença a ser tratada pontualmente. Desse modo, a construção de espaços lúdicos e educacionais é vista como algo sem importância. Esse modo de pensar também foi constatada no discurso de alguns estudantes, futuros profissionais da área de saúde, perpetuando a concepção do paciente como uma doença e não um ser humano em sua completude.

Respondendo às perguntas de investigação que foram feitas no início desta pesquisa, concluímos que as crianças buscam brincar com o que é possível, a despeito das limitações físicas impostas pela doença.

Por meio da observação, constatamos como a ludicidade modificou o comportamento de algumas crianças estudadas. Destacamos, por exemplo, o caso de Gabriela. Inicialmente, era uma criança que pouco interagiu e, após o processo da terapia lúdica, apresentou a criatividade no brincar e se tornou mais comunicativa.¹⁰⁶

Também constatamos que, apesar do número reduzido de brinquedos, brincadeiras, jogos, e um espaço pouco adequado para terapia lúdica, as crianças ressignificam o espaço e criam a partir de um celular, uma revista, uma luva brinquedos e passam brincar em qualquer lugar. Tais situações possibilitam lidar com a rotina hospitalar.

Captamos, nos desenhos, apresentado nesta dissertação, que, mesmo com brinquedos, aquele local continua sendo um hospital, embora não pareça mais tão assustador. A ludicidade, nesse caso, foi de fundamental importância para oferecer uma nova ideia de estar

¹⁰⁶ Destacamos que Gabriela foi uma das pacientes que nos ofereceu muitos dados para a pesquisa, tanto através da entrevista quanto pelos desenhos.

hospitalizado: é um lugar onde ainda existe a dor, o incômodo e o sofrimento, mas também um lugar onde é possível brincar, na medida do possível, e fazer novos amigos.

Estar limitado ao leito, impossibilitando a brincadeira ao ar livre, também foi outra queixa apontada pelas crianças, tanto por intermédio da entrevista quanto pela expressão gráfica.

Nesse aspecto, ressaltamos que adjacente à ala pediátrica existe uma área ao ar livre que poderia ser utilizada para atividades lúdicas para as crianças. No entanto, não houve esforços por parte da administração do hospital em fazer o controle necessário para o acesso à área, preferindo a interdição do local.

Conforme mencionamos anteriormente, duas crianças¹⁰⁷, no entanto, revelaram um comportamento diferente da maioria. Em seus desenhos, percebemos, ao contrário das outras crianças, padrões semelhantes de cores e detalhes tanto no desenho referente à hospitalização quanto no desenho referente a estar em casa. Interrogamos se tal conduta não seria reflexo da hospitalização prolongada, o que favoreceria uma adaptação mais evidente.

Outro aspecto que sublinhamos é que a interação entre as crianças propiciada pela ludicidade. Com facilidade, elas desenvolviam laços de amizade entre si, bem como com os profissionais de saúde, como foi evidenciado em cartas escritas por algumas crianças¹⁰⁸. Tal convívio também se estendeu aos adultos, como percebemos na foto a seguir:



Figura 17. Foto de Adultos jogando damas na enfermaria pediátrica do HGVC
Fonte: Pesquisa de Campo

¹⁰⁷ Ana e Gabriela

¹⁰⁸ Cartas destinadas aos companheiros de enfermaria ou a profissionais de saúde.

Portanto, à guisa de conclusão, esta dissertação possibilita conduzir pelas veredas da reflexão que a ludicidade para criança hospitalizada é necessária, pois contribui para o processo da saúde e da adaptação ao ambiente do hospital e o contato com os profissionais que transitam neste espaço. Por isto, podemos afirmar que a presente dissertação possa abrir caminhos para novas reflexões concernentes a este assunto, bem como levar a ações concretas que estimulem as atividades lúdicas no ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, Pedro de. Introdução ao Estudo da Pediatria. In: MARCONDES, Eduardo (org). **Pediatria Básica**. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2002, v. 1, p. 3-9.
- ALMEIDA, Monique Aparecida de; SOUZA, Talita Tortaro de. **A importância do brincar para crianças hospitalizadas: um estudo de caso**. 2009. 59f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdades Integradas Fafibe, Bebedouro, 2009.
- ALMEIDA, Silmara Aparecida de; PAULA, Ercília Maria Angeli Teixeira de. O direito da criança hospitalizada a brinquedoteca e acompanhantes no hospital: reflexões de um projeto de extensão. In: CONEX, 7, 2009. **Anais...** p. 1-4. Disponível em <<http://www.uepg.br/proex/anais/trabalhos/7/Oral/58oral.pdf>>. Data do acesso: 12/08/2013.
- ALTMAN, Raquel Zumbano. Brincando na história. In: DEL PRIORE, Mary (org.). **História das Crianças no Brasil**. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2013, p. 231-258.
- ANDRAUS, Lourdes Maria; MUNARI, Denize Boutelet; FARIA, Ruth Minamisava; SOUZA, Adenícia Custódio Silva e. Incidentes críticos segundo os familiares de crianças hospitalizadas. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 574-579, out./dez., 2007.
- ANGELO, Thayane Silva de; VIEIRA, Maria Rita Rodrigues. Brinquedoteca hospitalar: da teoria à prática. **Arq Ciênc Saúde**, n. 17, v. 2, p. 84-90, abr.-jun. 2010.
- ARIÈS, Phillippe. **História social da criança e da família**. 3.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2012.
- BARROS, Flávia Cristina Oliveira Murbach de. **Cadê o brincar?: da educação infantil para o ensino fundamental** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 215 f. ISBN 978-85-7983-023-5. Disponível em <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 07/08/2014.
- BATISTA, Cleide Vitor Mussini. **BRINCRIANÇA: a criança enferma e o jogo simbólico**. Estudo de caso. Campinas, 2003, 251 f. Tese (Doutorado em Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.
- BENJAMIN, Walter. **Reflexões sobre a criança, o brinquedo e a educação**. São Paulo: Duas Cidades; Editora 34, 2002.
- BRAGA, Elizabeth dos Santos. O trabalho com a literatura: Memórias e histórias. **Cadernos Cedex**, ano XX, nº 50, 2000.
- BRANDIMILLER, Julia Burger. **Exercícios do olhar: a fotografia na educação infantil**. 2011. 47f. Trabalho de Conclusão de Curso (Programa de Pós-Graduação em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.
- BRASIL. **Resolução nº 41/1995**. Brasília: CONANDA, 13 de outubro de 1995. Disponível em ,<http://www.mprs.mp.br/infancia/legislacao/id2178.htm>>.
- BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional: lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. 6. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2011 (Atualizada em 25/10/11).

BRASIL. **Portaria MS 2.616 / 98**. Brasília: Ministério da Saúde, 12 de maio de 1998. Disponível em < <http://www.ccih.med.br/portaria2616.html>>. Acesso em 26/12/14

BRASIL. **Resolução - RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ca36b200474597459fc8df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA.+50,+DE+21+DE+FEVEREIRO+DE+2002.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em 02/12/2014.

BRASIL. **Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005**. Brasília: 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm>

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, atualizado com a Lei n. 12.010 18 de janeiro de 2009. Tribunal de Justiça de Santa Catarina, 3 ed., Florianópolis, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 2.261/GM de 23 de novembro de 2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2261.htm>>. Acesso em 10/10/2014.

BRASIL. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf>>. Acesso em 26/01/15.

BROUGÈRE, Giles. **Brinquedo e cultura**. (Revisão técnica e versão brasileira adaptada por Gisela Wajskop). 7. ed. São Paulo: Cortez, 2008 (Questões da Nossa Época, 43).

BULHÕES, José Ricardo de Souza Rebouças. **Infância e Segurança Pública: Desvelando o medo que crianças de tenra idade possuem do aparato policial**. Vitória da Conquista, 2012, 120p. Dissertação (Mestrado em Memória: Linguagem e Sociedade). Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, Universidade do Sudoeste da Bahia, Vitória da Conquista, 2012.

CALEGARI-FALCO, Aparecida Meire. Classe hospitalar: a criança no centro do processo educativo. In: Congresso Nacional de Educação – EDUCERE, 7, 2007. Curitiba. **Anais...** Curitiba: Champagnat, 2007.

CARVALHO, Alysson Massote; BEGNIS, Juliana Giosa. Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, p.109-117, jan./abr. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a13.pdf>>. Acesso em 26/01/15

CHALLOUB, Sidney. Cortiços. In: _____. **Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996, p. 15-59.

CHAMBOULEYRON, Rafael. Jesuítas e as Crianças no Brasil Quinhentista. In: DEL PRIORE, Mary (org.). **História das Crianças no Brasil**. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2013, p. 55-83.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1451/95, 10/03/1995. Publicada no D.O.U. de 17/03/95, Seção I, p. 3666.

CORSARO, William A. A reprodução interpretativa no brincar ao faz de conta das crianças. **Educação, Sociedade & Culturas**, n. 17, p. 113-134, 2002.

_____. **Sociologia da Infância**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CUNHA, Nylse Helena da Silva Cunha. A Brinquedoteca Brasileira. In: SANTOS, Santa Marli Pires dos (org.). **Brinquedoteca: o lúdico em diferentes contextos**. Petrópolis, RJ, Vozes, 1997.

CUNHA, Tânia Rocha Andrade. Violência de Gênero. In: _____. **O Preço do Silêncio: mulheres ricas também sofrem violência**. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2007, p. 21-68.

DAMIÃO, Flávia de Jesus. O desenho infantil e as relações étnico-raciais na educação infantil: uma discussão necessária? **Série-Estudos - Periódico do Mestrado em Educação da UCDB**. Campo Grande-MS, n. 22, p. 91-98, jul./dez. 2006

DELGADO, Ana Cristina Coll. Estudos socioantropológicos da infância no Brasil – caminhos, problematizações e diálogos. In: MARTINS FILHO, Altino J.; PRADO, Patrícia, D. (Org.). **Das pesquisas com crianças à complexidade da infância**. Campinas: Autores Associados, 2011, p. 181-210.

DEL PRIORE, Mary. **História das Crianças no Brasil**. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2013.

DIAS, Sabrina da Costa. A emergência da Sociologia da Infância: rupturas conceituais no campo da Sociologia e os paradoxos da Infância na contemporaneidade. **Veras**, São Paulo, v.2, n.1, 63-80, 2012.

FAQUINELLO, Paula; HIGARASHI, Ieda Harumi; MARCON, Sonia Silva. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 609-616, out./dez., 2007.

FARIA, Mariângela Almeida de. Brincadeira de criança: como é bom fazer de conta, verter, subverter e virar do avesso. In: Congresso de Leitura do Brasil (COLE), 17, 2009. Campinas **Anais...** Campinas: FAEPEX, Unicamp, ISSN 2175-0939. Disponível em <http://alb.com.br/arquivo-morto/edicoes_anteriores/anais17/txtcompletos/sem_14/COLE_3835.pdf>. Acesso em 12/01/15.

FURLANETTO, Beatriz Helena. Da infância sem valor à infância de direitos: Diferentes construções conceituais de infância ao longo do tempo histórico. Congresso Nacional de Educação (EDUCERE), 8, 2008. Curitiba **Anais...** Curitiba: Champagnat, 2008. Disponível em <http://www.pucpr.br/eventos/educere/Educere_2008/anais/pdf/892_632.pdf>. Acesso em 09/07/2014.

GÓES, José Roberto de; FLORENTINO, Manolo. Crianças escravas, crianças dos escravos. In: In: DEL PRIORE, Mary (org.). **História das Crianças no Brasil**. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2013, p. 177-191.

GÓIS JÚNIOR, Edivaldo. Movimento higienista: na história da vida privada no Brasil: do homogêneo ao heterogêneo. **Conscientiae Saúde**. n. 1, p. 47-52, São Paulo, 2002.

GOMES, Ilvana Lima Verde; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira. BEZERRA, Luiza Luana de Araújo Lira; SOUZA, Natália Pimentel. A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas. **Cogitare Enferm.**, n. 17, v. 4, p. 703-709, out.-dez. 2012.

GONÇALVES, Elena Monêgo. Vivências que permeiam a hospitalização: uma revisão acerca da assistência em hospitalização infantil. **Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade**, n. 8, Porto Alegre, Jul / Dez 2009.

HALBWACHS, Maurice. **A Memória Coletiva**. São Paulo: Vértice e Revistados Tribunais, 1990.

KRAMER, Sonia. A infância e sua singularidade. In: BEAUCHAMP, Jeanete; PAGEL, Sandra Denise, Nascimento, Aricélia Ribeiro do (orgs.). **Ensino fundamental de nove anos: orientações para a inclusão da criança de seis anos de idade**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, 2007. 135 p.

LAPA, Danielle de Freitas; SOUZA, Tania Vignuda de. A percepção do escolar sobre a hospitalização: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 4, p. 811-817, 2011.

LAUFER, Adriana Mariana. **Recomendações para projeto de brinquedos de recreação e lazer existentes em playgrounds adaptados à criança com paralisia cerebral**. 2001. 102 f. Florianópolis, 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

LEPRI, Patrícia Maria Fassina. A criança e a doença: da fantasia à realidade. **Revista da sociedade brasileira de psicologia hospitalar**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p. 15-26, dez. 2008.

LOPES, Karina Rizek; MENDES, Roseana Pereira; FARIA, Vitória Líbia Barreto de. (orgs.). **Livro de Estudo**. Brasília, 2005. 32p. (Coleção PROINFANTIL; Unidade 3).

LUCKESI, Cipriano Carlos. Desenvolvimento dos estados de consciência e ludicidade. **Cadernos de Pesquisa** (Núcleo de FAGED/UFBA), v. 2, n. 21, 1998, p. 9-25. Disponível em www.luckesi.com.br/textos/lucididade_desenvolvimento_dos_estados.doc. Acesso em 08/04/2014.

_____. **Ludicidade e atividades lúdicas: uma abordagem a partir da experiência interna**. [2005?]. Disponível em http://www.luckesi.com.br/textos/ludicidade_e_atividades_ludicas.doc. Acesso em 08/04/2014.

_____. **Brincar: o que é brincar?** [2002 ou 2005]. Disponível em: www.luckesi.com.br/textos/ludicidade_brincar_01.doc. Acesso em: 08/04/2014.

MACHADO, Mariana Monici de Paula; GIOIA-MARTINS, Dinorah. A criança hospitalizada: espaço potencial e o palhaço. **Boletim de Iniciação Científica em Psicologia**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 34-52, jan./dez. 2002.

MARCONDES, Eduardo. Ser Puericultor. In: _____. **Pediatria Básica**. 9ª ed. São Paulo: Sarvier, 2002, v. 1, p. 117-124.

MARTINI, Lúcia Eugênia Pittas. **Ludicidade em espaços escolares e não escolares**. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/207834520/aula06>. Acesso em: 06/08/2013.

MARTINS FILHO, Altino José; PRADO, Patrícia Dias (Orgs.). **Das pesquisas com crianças à complexidade da infância**. Campinas: Autores Associados, 2011.

MAUAD, Ana Maria. A vida das crianças de elite durante o império. In: DEL PRIORE, Mary (org.). **História das Crianças no Brasil**. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2013, p. 137-176.

MELLO, Daniele Borges de; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. A hospitalização e o adoecimento pela perspectiva de crianças e jovens portadores de fibrose cística e osteogênese imperfeita. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 453-461, 2010.

MELO, Laura Pinto Torres de et al. A importância do brincar na criança hospitalizada. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61, 2009, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: ABEn Nacional, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2007.

MITRE, Rosa Maria de Araújo. **A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde**. 2003. 154 f. Instituto Fernandes Figueiras - Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003 in SANTOS, Silvana Divaneide Paz dos. **A influência do lúdico no ambiente hospitalar infantil**. 2012. 35f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

MOTTA, Alessandra Brunoro; ENUMO, Sônia Regina Fiorim. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 19-28, 2004.

MÜLLER, Fernanda; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. A infância pesquisada. **Psicologia USP**, São Paulo, n. 20, v. 3, p. 465-480, jul.-set. 2009.

NATIVIDADE, Michelle Regina da; COUTINHO, Maria Chalfin; ZANELLA, Andréa Vieira. Desenho na pesquisa com crianças: análise na perspectiva histórico-cultural. **Contextos Clínicos**, v.1, n.1, p. 9-18, jan.-jun. 2008.

NEVES, Margarida de Souza Neves. **Lugares de Memória da Medicina no Brasil**. Disponível em <<http://www.historiaecultura.pro.br/cienciaepreconceito/lugaresde memoria.htm>>. Acesso em 07/08/2014.

NORA, Pierre. Entre memória e História: a problemática dos lugares. **Projeto História**, São Paulo, n. 10, dez. 1993.

OLIVEIRA, Gislene Farias de et. al. O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. In: V CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR, 1, 2005, São Paulo. **Anais...** São Paulo: SBPH, 2005, p. 37-54.

PALLOTTINO, Érika Rafaella da Costa Netto. **Discursos do silêncio: crianças falam sobre a dor, a morte e a vida**. 2011. 135f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – PUC-Rio, 2011.

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento Humano**. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PARCIANELLO, Andréia Taschetto; FELIN, Rodrigo Brito. E agora doutor, onde vou brincar? Considerações sobre a hospitalização infantil. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n. 28, 147-166, jan./jun. 2008.

PASSETTI, Edson. Crianças carentes e políticas públicas. In: DEL PRIORE, Mary (org.). **História das Crianças no Brasil**. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2013, p. 347-375.

PAULA JUNIOR, Wanderley de; ZANINI, Daniela Sacramento. Estratégias de *Coping* de Pacientes Oncológicos em Tratamento Radioterápico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 27, n.4, p. 419-497, out-dez/2011.

PEREIRA, Júnia Sales. **História da pediatria no Brasil: de final do século xix a meados do século XX**. Belo Horizonte, 2006, 211 f. Tese (Doutorado em História). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFMG, 2006.

- PICCINNI, Cesar Augusto; CASTRO, Elisa Kern. A experiência de maternidade de mães de crianças com e sem doença crônica no segundo ano de vida. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.9, n.1, p. 89-99, 2004
- POLLAK, Michael. Memória e identidade social. **Estudos Históricos**. Rio de Janeiro, v.5, n.10, p. 200-212, 1992.
- QUINTANA, Alberto Manuel et al. A vivência hospitalar no olhar da criança internada. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n. 4, p. 414-423, out./dez. 2007.
- QVORTRUP, Jens. A infância enquanto categoria estrutural. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v. 36, n.2, p. 631-643, maio/ago 2010.
- RABELO, Aneide Rocha de Marcos et al. Brinquedoteca - Espaço Criativo e de Vivências Lúdicas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2, 2004. Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: UNESCO, 2004.
- RAMOS, Ângela Maria Parreiras. Espelho, espelho meu. In: Reunião Anual da ANPed, 28, 2005, Caxambu, MG. **Anais...** p. 1-6. Disponível em <<http://28reuniao.anped.org.br/textos/gt21/gt211143int.rtf>>. Acesso em 20/12/2014.
- RAMOS, Fábio Pestana. A história trágico-marítima das crianças nas embarcações portuguesas do século XVI. In: DEL PRIORE, Mary (org.). **História das Crianças no Brasil**. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2013, p. 19-54.
- REDE HUMANIZA SUS. **Glossário**. Disponível em <<http://www.redehumanizaus.net/glossary/3#letterc>>. Acesso em 25/01/15.
- REDIN, Marita Martins. Crianças e suas culturas singulares. In: MÜLLER, Fernanda; CARVALHO, Ana Maria Almeida (Orgs.). **Teoria e Prática na Pesquisa com Crianças: diálogos com William Corsaro**. São Paulo: Cortez, 2009, p. 115-125.
- REZENDE, Adryene Milanez; BRITO, Valéria Fernandes Dias Silva; MALTA, Júlia Dias Santana; SCHALL, Virgínia Torres; MODENA, Celina Maria. Vivências de crianças e adolescentes com câncer: o desenho fala. **Iniciação Científica CESUMAR**, v. 11, n.1, p. 73-82, jan.-jul. 2009.
- RODRIGUES, Melissa Haag. Análise do desenho infantil segundo as ideias de Luquet. **Revista Eletrônica da Unifebe**, n. 8, jan.-jun. 2010. Disponível em <http://www.unifebe.edu.br/revistadaunifebe/sumario_revista_numero8_jan-jun.php>. Acesso em 20/01/15.
- SANTOS, Santa Marli Pires dos. **Brinquedoteca: Sucata vira brinquedo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- _____, Santa Marli Pires dos. A Brinquedoteca de Universidade. In: SANTOS, Santa Marli Pires dos (org.). **Brinquedoteca: o lúdico em diferentes contextos**. Petrópolis, RJ, Vozes, 1997.
- SANTOS, João Diógenes Ferreira dos. As diferentes concepções de infância e adolescência na trajetória histórica do Brasil. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, n. 28, p. 224-238, 2007.
- SANTOS, Silvana Divaneide Paz dos. **A influência do lúdico no ambiente hospitalar infantil**. 2012. 35f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

SARMENTO, Manuel Jacinto. Imaginário e culturas da infância. **Cadernos de Educação**, Pelotas, v. 12, n. 21, p. 51-59, 2003. Disponível em <http://www.titosenafaed.udesc.br/Arquivos/Artigos_infancia/Cultura%20na%20Infancia.pdf>. Acesso em 19/06/2014.

_____. As Culturas da Infância nas Encruzilhadas da 2ª Modernidade. In: CERISARA, Ana Beatriz; SARMENTO, Manuel Jacinto (coords.). **Crianças e miúdos: perspectivas sociopedagógicas sobre infância e educação**. Porto: Asa, 2004. Disponível em: <cedic.iec.uminho.pt/textos_de_trabalho/textos/encruzilhadas.pdf>. Acesso em: 19/06/14.

_____. Gerações e alteridade: interrogações a partir da sociologia da infância. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 91, p. 361-378, mai/ago. 2005.

_____. Conhecer a infância: os desenhos das crianças como produções simbólicas. In: MARTINS FILHO, Altino José; PRADO, Patrícia, D. (Org.). **Das pesquisas com crianças à complexidade da infância**. Campinas: Autores Associados, 2011, p. 27-60.

SCHNEIDER, Carine Marlene; MEDEIROS, Letícia Galery. Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. **Unesc & Ciência – ACHS**, Joaçaba, v.2, n.2, p. 140-154, jul./dez. 2011.

SESAB. **Hospital Geral de Vitória da Conquista – Histórico**. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/hgvc/index.php?option=com_content&view=article&id=127&Itemid=73>. Acesso em 03/07/2013.

SILVA, J. P.; BARBOSA, S. N. F.; KRAMER, S. Questões teóricas-metodológicas da pesquisa com crianças. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 41-64, jan./jul. 2005.

SILVA, Josianne Maria Mattos da Silva. O desenho na expressão de sentimentos em crianças hospitalizadas. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 447-456, mai.-ago. 2010.

SINDICATO DOS MÉDICOS DE MINAS GERAIS. **Sociedade Mineira de Pediatria lança perfil da pediatria no estado durante o XIII Congresso Mineiro de Pediatria**, 23/04/2012. Disponível em: <<http://www.sinmedmg.org.br/noticias/pt-br/ler/7818/sociedade-mineira-de-pediatria-lanca-perfil-da-pediatria-no-estado-durante-o-xiii-congresso-mineiro-de-pediatria>>. Acesso em 12/12/2014

SOBRINHO, Ellen Cristine Ramdohr; BARBOSA, Francine Ramos; DUPAS, Giselle. Brinquedoteca itinerante: caminhando e aliviando o sofrimento causado pela hospitalização. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v.11, n. 2, dez. 2011. Disponível em <<http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/146-brinquedoteca-itinerante.html>>. Acesso em 26/01/15.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Disponível em <http://www.sbp.com.br/show_item.cfm?id_categoria=74&id_detalhe=1282&tipo=D>. Acesso em 11/06/14.

SOUSA, Débora da Silva; OLIVEIRA, Iranilson Buriti. De estrela a sementeira: o pediatra e sua pena prescrevendo as representações da infância no i congresso brasileiro de proteção à infância. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA CULTURAL ESCRITAS DA HISTÓRIA: VER – SENTIR – NARRAR, 6, 2012. Teresina. **Anais...** Uberlândia: GT Nacional de História Cultural, 2012.

SOUSA, Polyana Gonçalves de. **A brinquedoteca como direito da criança hospitalizada**. 2013. 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade de Brasília, 2013.

SOUZA, Sephora Santana; LOPES, Tarcília Melo; SANTOS, Fabianne Gomes da Silva. Infância negra: a representação da figura do negro no início da construção de sua identidade. In Jornada Internacional de Políticas Públicas, 3, 2007, São Luís. **Anais...** p. 1-7.

VIEIRA, Maria Aparecida; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n.4, p. 552-560, jul./ago. 2002.

VIERA, Cláudia Silveira et al. O Lúdico e o Convívio com a Infância Doente: Etapa EIC Hospitais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2, 2004. Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: UNESCO, 2004.

VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**. 4. ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1991.

VILLELA, Fábio Camargo Bandeira; MARCOS, Suelen Cristiane. Brinquedoteca hospitalar: da obrigatoriedade legal ao desrespeito à Lei – a Lei federal nº. 11.104/2005 como caso emblemático envolvendo limites nas medidas de humanização hospitalar. In: **ETIC - Encontro de Iniciação Científica**, v.5, n.5, p. 1-20, 2009.

WONG, Donna L. Cuidado de Enfermagem centrado na família à criança hospitalizada. In: WHALEY & WONG (Orgs.) – **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, cap. 21, p. 542-595.

Anexo

ROTEIRO DE ENTREVISTA (Perguntas principais)

- 1 – Qual o seu nome?
- 2 – Você tem quantos anos?
- 3 – Onde você mora?
- 4 – Por que você está aqui?
- 5 – De que e com quem você brinca aqui?
- 6 – De que você brinca em casa?
- 7 – Do que você gosta daqui do hospital?
- 8 – Do que você não gosta daqui do hospital?
- 9 – Do que você sente falta?