

BRINCAR E APRENDER EM HOSPITAIS: ENFRENTAMENTO DA DOENÇA NA INFÂNCIA

Milene Bartolomei Silva¹
Ordália Alves de Almeida²

Resumo: *Esta pesquisa aborda o brincar de crianças internadas no contexto hospitalar, nas chamadas classes hospitalares. Como processo investigativo, recorreremos à abordagem qualitativa, com o objetivo de refletir na função e nos benefícios que a brincadeira oferece. Foi nossa intenção verificar in loco como essas crianças têm aproveitamento pedagógico com o uso da brincadeira durante o seu tratamento e qual o seu impacto para o desenvolvimento cognitivo, pois parte-se do pressuposto de que, no contexto hospitalar, a brincadeira surge como dispositivo que auxilia as crianças a superarem as inconveniências de seu estado de saúde e a aproveitarem melhor o período do tratamento, tornando a permanência no hospital mais agradável e descontraída.*

Palavras-chave: *Brincar. Aprendizagem. Classes hospitalares.*

- 1 Doutora pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Professora do Curso de Pedagogia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS. Coordenadora da linha de pesquisa “Educação, Saúde e Práticas Educacionais” do grupo de estudo GEPEDHI – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Educação, Desenvolvimento Humano e Inclusão. milenebatsilva@gmail.com
- 2 Doutora em Educação pela Universidade Federal de São Carlos. Realizou Pós-Doutoramento na área da Sociologia da Infância, no Instituto de Estudos da Criança - Universidade do Minho, Braga/Portugal. Professora Associada II da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. ordaliaalmeida@terra.com.br.

A brincadeira na infância se constitui em um fenômeno complexo e que marca um período da vida do indivíduo muito importante, envolvendo funções a curto, a médio e a longo prazo para o desenvolvimento humano. Partindo dessa concepção, é bastante coerente pensar-se na função e nos benefícios que a brincadeira pode oferecer em contextos de vida excepcionais, como é o caso da hospitalização de crianças. Em razão disso tem se tornado muito evidente, para muitos pedagogos, a ideia de que a criança não cessa de se desenvolver durante o período de hospitalização, isso somada a noção da importância da humanização da assistência hospitalar. O adoecimento infantil acomete um momento relevante na vida da criança e, por certo, no desenvolvimento humano. O estar doente exige um esforço físico e psicológico para a preservação da vida (NIGRO, 2004). Para tanto, torna-se inevitável o afastamento do meio social, isso acarretando muitas perdas e alheamento, assim logo ficando perceptível, aos familiares e ao profissional observador da criança, o receio dela de morte abrupta. Segundo Nigro (2004), a criança necessita de cuidados especiais em espaços que são distintos daqueles nos quais sua rotina faz parte da sua vida.

Profissionais da saúde e docentes dessa área percebem, em nossa realidade regional, que ainda é muito frequente a existência de doenças na infância e, pelas pesquisas existentes, sabe-se que alguns comprometimentos de saúde na infância se estendem para a vida toda, mesmo daquelas crianças que recebem diagnóstico de cura. Para essas pessoas, as perdas permanentes são enormes, além dos problemas imediatos, como no caso das crianças com câncer e das crianças com infecções recorrentes, pois ficam hospitalizadas em períodos longos e que afetam diretamente o cotidiano delas por meses ou anos – cotidiano que necessariamente prejudica a escolarização.

Numa realidade dessas, os profissionais da saúde e da educação envolvidos precisam adotar um modo de agir profissional em que a inclusão da família no cuidado é indispensável, pois a

experiência de uma doença ameaçando a vida de uma criança, desafia o equilíbrio não só da própria criança, mas o do seu sistema familiar. Nesse caso, como essencial para o cuidado da criança, amparar as bases de seu apoio familiar é fundamental, pois essas bases compõem os alicerces do desenvolvimento integral de criança. Segundo Rizzini et al. (2000), esse amparo refere-se tanto a atividades, ou organizações formais, quanto a formas de apoio espontâneas ou informais, que são as relações afetivas significativas de amigos e de parentes que contribuam para seu desenvolvimento. Durante a trajetória da doença, inevitavelmente, os pais centralizam a atenção nessa criança que adoeceu e então muitos problemas são enfrentados pela família e pela própria criança durante os períodos longos da internação e, portanto, de afastamento do seu grupo social cotidiano. As circunstâncias impõem, então, geralmente, consecutivas as internações hospitalares, atendimento terapêutico muitas vezes de forma agressiva com sérios efeitos indesejáveis, dificuldades pela separação dos membros da família durante as internações, interrupção das atividades diárias, afastamento do meio escolar, dificuldades na compreensão do diagnóstico, dificuldades financeiras, angústia, dor, sofrimento e o medo constante da possibilidade de morte (SILVA, 2015).

São as mães que, na maioria dos casos, acompanham todo o processo de internação da criança hospitalizada, sendo sua participação de total importância para o tratamento e recuperação da criança (VIANA, 2004). Através de suas pesquisas, a autora pôde verificar que a presença das mães para o tratamento das crianças é de total importância, mostrando que, nos casos das mães que se ausentam (sem entrar aqui no mérito dessas ausências) durante a hospitalização, isso aumenta o tempo de internação. Sendo assim, é necessário, durante todo o processo da doença das crianças, que as suas mães possam ter acesso a recursos que as auxiliem a compreender tudo o que está se passando com seus filhos, pois essa real compreensão ajudará para

que possam tomar boas iniciativas de apoio às suas crianças e lidem melhor com as situações dolorosas que envolvem todo o tratamento (SANTOS 2002).

É importante destacar que o Ministério da Saúde afirma que não apenas o tratamento doença em si é importante, mas também a atenção que deve ser dada aos aspectos sociais da doença, de forma que a criança hospitalizada receba atenção integral, dentro do seu contexto familiar. Assim, portanto, o contato com o outro, na escola ou no hospital, ou até em casa mesmo, em uma atividade altamente significativa, pode proporcionar o desenvolvimento de que tanto a criança necessita.

A criança hospitalizada necessita manter-se vinculada com o universo da infância. Assim, reconhecer essa condição como um direito social, identificar contextos percorridos pelos pacientes e intervir pedagogicamente, tudo isso é uma ação profissional que requer sólida formação. Essa adequada ação assume uma relevância especial. Muitas vezes o adoecer e o seu tratamento requerem mudanças de hábitos, de rotinas que incluem internações prolongadas e estressantes que interrompem o cotidiano e afetam o desenvolvimento no período da infância. Segundo Chiattonne (1988), crianças acometidas por alguma enfermidade costumam se culpabilizar pelo próprio adoecer, o qual pode ser vivido na fantasia como uma punição pelas agressões antes experimentadas nas relações com os pais e os irmãos. Isso se agrava nas doenças crônicas em função da vulnerabilidade física e emocional que então se vivencia. Assim,

[...] determinados mecanismos de proteção, como o brincar e o aprender, são possibilitados nos espaços de saúde, ativam-se os recursos psíquicos da criança e forma-se uma rede de mediação social que atenua os efeitos adversos da doença e do tratamento. (VITORINO, LINHARES & MINARDI, 2007 apud VIEIRA et al., 2010, p. 134).

Nesse sentido, percebe-se que o brincar torna-se mais urgente ainda nas enfermidades crônicas. Essa necessidade de inclusão do brincar no ambiente hospitalar tem ganhado destaque, sendo inclusive já garantido por lei no Brasil (Lei nº Federal nº 11.104/2005). O estar junto, o brincar, as outras crianças, isso poderia fazer a diferença no confronto à doença, em sua recuperação e para o seu próprio desenvolvimento.

Segundo Vieira et al. (2010),

As diferentes reações psicológicas diante do diagnóstico do câncer e a forma de se enfrentar o tratamento são bastante individuais e dependem dos recursos psíquicos próprios do paciente, de questões específicas da idade, da estrutura do meio familiar e social. Além desses aspectos, deve ser considerada a qualidade da assistência médica e psicológica recebida – fator que pode ser determinante para a direção da saúde física e psíquica do sujeito. (apud PEREZ-RAMOS; OLIVEIRA, 2010, p. 138).

Nota-se, assim, a importância de se ter uma equipe multidisciplinar para esse atendimento infantil, equipe que possa dar suporte psicológico, médico, assistencial e pedagógico para a família, assim dando suporte para a criança poder se desenvolver em meio de tantas dificuldades.

Fica, então, explicitado que a cura não deve basear-se somente no aspecto biológico, mas no bem-estar e na qualidade de vida dessas crianças hospitalizadas. Nesse sentido, não deve faltar, no contexto hospitalar, também a presença da família da criança, pois assim, desde o início do tratamento, o suporte a essa criança será biopsicossocial, incluindo familiares e equipe multidisciplinar de profissionais, ou seja, envolvendo os diferentes setores da sociedade, todos envolvidos no apoio às famílias e à saúde integral da criança.

Mesmo estando doente e em tratamento, é fundamental considerar as possibilidades que a criança apresenta com a

enfermidade, pois o comprometimento da doença e do aspecto biológico não precisa resultar num desenvolvimento menor, a depender dos estímulos e das interferências que a vida social propicia a ela, especialmente quanto ao contexto escolar. Se a educação, segundo Vygostky (1997), assume expectativas limitadas e subestima a criança, “[...] ocorre um conformismo que conduz a baixas exigências e a uma pedagogia que possibilita menos e exclui mais” (ROLIM; GOES, 2009, p. 514). A criança, quando internada e hospitalizada, além da problemática que faz parte do seu adoecer e do afastamento do seu cotidiano, vê-se às voltas com questões relacionadas ao vínculo estabelecido entre ela e sua família (BOTEGA, 2002).

O tratamento deve ser abrangente de acordo com Costa e Lima (2002), exigindo atenção não só para as necessidades físicas, como também para as demandas psicológicas e sociais da criança, incluindo a participação ativa da sua família, educadores e profissionais da saúde que trabalham dentro dos hospitais. Desse modo, quanto mais integrada às vivências diárias próprias de sua idade – como a brincadeira, as atividades escolares de rotina e a convivência com outras crianças –, mais afetivamente e cognitivamente essa criança se desenvolve. As crianças e os adolescentes hospitalizados devem ter um atendimento que contemple uma atenção global, que se inicia no acesso à prevenção, passando pelo diagnóstico, tratamento, reabilitação até a sua reinserção social. Já estão comprovados por meio de pesquisas os prejuízos da hospitalização devido ao afastamento da vida cotidiana e a inúmeras restrições, e de serem privadas de realizar atividades lúdicas durante o período de internação (MOTA & CHAVES, 2005; CHIATTONE, 2003).

Geralmente, quando chegamos ao hospital, as crianças estão com dores causadas pela doença, pelas intervenções médicas e pelas diferentes formas de tratamento. Podemos encontrá-las com soro, com ataduras e muito fragilizadas. Elas querem participar sempre que possível das atividades propostas, das brinca-

deiras, mas, muitas vezes, estão abatidas, desmotivadas e cansadas. Em contraste com isso, elas encontram, nas atividades com o professor ou com um voluntário dentro da brinquedoteca do hospital, uma motivação para realizar algo prazeroso, saudável, para encontrar forças diante do sofrimento ou mesmo para afastar-se dos fatos dolorosos que vivenciam.

Existe nelas um desejo claro de busca pela brincadeira. O brincar faz parte da vida da criança. Para elas, esse ambiente lúdico tem uma intencionalidade educacional e propicia de alguma forma certa liberdade de escolha das atividades, o que contrasta com a condição de paciente, em que não se respeitam suas vontades e opiniões, envolvidas pela fria rotina hospitalar. O brincar, segundo Motta e Enumo (2004, p. 20), “[...] é utilizado como recurso capaz de proporcionar às crianças atividades estimulantes e divertidas, mas que tragam calma e segurança”. O brincar como rotina do próprio ambiente hospitalar pode levar a criança a associá-lo com algo bom e agradável.

Para Mota e Chaves (2005, p. 168), o brincar

Possibilita o desenvolvimento do pensamento, além de contribuir significativamente para a formação das relações sociais da criança, na medida em que, imaginando, fazendo de conta, ela assume papéis da vida adulta, podendo recriar suas percepções; proporciona uma mediação entre o real e o imaginário.

Diante dos aspectos positivos que o brincar pode oferecer à criança hospitalizada, é possível pensar e questionar as estratégias que o brincar constitui para minimizar as consequências do enfrentamento da hospitalização na vida das crianças que passam muito tempo nesse ambiente. Considerando a necessidade de mais pesquisas sobre as possibilidades deste enfrentamento, decidiu-se buscar, juntamente com uma pesquisa de doutorado em Saúde e Desenvolvimento da Região Cento Oeste da Univer-

sidade Federal de Mato Grosso do Sul no ano de 2013 e 2014 (SILVA, 2015), que já estava sendo realizada no âmbito hospitalar com as crianças com câncer, de forma sistemática, essas duas temáticas: o processo de aprendizagem da criança com câncer e o papel do brincar na vida da criança hospitalizada.

Parte da pesquisa em questão encontra-se descrita neste artigo, que tem como objetivo buscar o papel da brincadeira como dispositivo pedagógico no desenvolvimento da criança hospitalizada.

MÉTODOS

- Participante

Participaram desta pesquisa 10 sujeitos, sendo crianças de 6 (seis) a 12 (doze) anos de idade em tratamento oncológico em um setor do hospital público do município de Campo Grande/MS. Esse setor de oncologia é considerado referência em MS para o tratamento das doenças neoplásicas, atendendo crianças provenientes, em sua maioria, de famílias carentes e naturais de todo o Estado. Nesse setor, está implantada uma brinquedoteca, que atende não somente as crianças com câncer, mas também atende a todas as crianças internadas no hospital por doenças variadas.

A escolaridade das crianças variou-se do 1º (primeiro) ano ao 7º (sétimo) ano do ensino fundamental. Em termos clínicos todas as crianças eram portadoras de neoplasias, estando algumas internadas e outras somente em manutenção.

- Material

Para a coleta de dados foram utilizadas observações e entrevistas registradas em “diários de bordo” (cadernos de anotações) que auxiliaram na compreensão do que foi feito com os dados após a coleta. A observação foi um procedimento empírico

e sensorial, precedido de uma fundamentação teórica. Consistiu em um exame minucioso que exigiu envolvimento e atenção na coleta e na análise dos dados. Martins (2008, p. 24) salienta que “[...] o observador deve ter competência para observar e obter dados e informações com imparcialidade, sem contaminá-los com suas próprias opiniões e interpretações. Paciência, imparcialidade e ética são atributos necessários ao pesquisador”. A observação, para Yin (2001), é uma modalidade de pesquisa em que o observador assume uma postura ativa e participa dos eventos que estão sendo estudados. O autor destaca alguns cuidados relativos a essa técnica, como: (i) apoio do pesquisador ao fenômeno estudado, que pode quebrar a imparcialidade; (ii) a função de participante se sobressair à de observador, restringindo o tempo de registro das informações; e (iii) a dispersão do fenômeno pode dificultar a observação e a participação do pesquisador. O sucesso da pesquisa dessa natureza é consequência da integração harmoniosa do pesquisador ao grupo (YIN, 2001).

Com o intuito de facilitar o encadeamento das narrativas, fizemos perguntas para depois deixar as crianças falarem de suas angústias, da sua doença, do tratamento, do afastamento da família, do afastamento da escola, das atividades propostas pela classe hospitalar, e do papel da brincadeira na sua vida em período da internação. Inicialmente fizemos perguntas como: “Você estuda aqui (hospital) durante o tratamento? Você gosta de brincar? Como você brinca aqui no hospital? Qual é seu brinquedo preferido?” O que se buscava era inserir a tomada de anotações como parte natural da situação, com as crianças acompanhando os registros, olhando com curiosidade e interesse, e, por vezes, aguardando que se terminasse de escrever para então retomar a conversa ou a atividade.

- Procedimento

As observações foram realizadas na sala da brinquedoteca do setor do hospital, local onde são realizadas normalmente ati-

vidades lúdicas por voluntários e professores da classe hospitalar. Nessa sala existem mesinhas e cadeiras de tamanho pequeno e grande, armários onde ficam livros, brinquedos e outros materiais. Os procedimentos que foram realizados para a utilização do protocolo no ambiente hospitalar se fizeram em três fases, sendo:

1ª Fase – Informações iniciais sobre a criança

Essa primeira fase correspondeu a uma abordagem inicial em que buscamos obter informações sobre os dados psicossociais da criança, tais como nível socioeconômico, redes de apoio e aspectos da dinâmica familiar acerca dos papéis estabelecidos neste núcleo. Nessa fase, a criança e o acompanhante (no caso, a mãe) puderam fornecer esses dados por meio de entrevistas individuais. A verificação sobre o nível de conhecimento da criança acerca da hospitalização e a adesão ao tratamento foi realizada com uso de perguntas breves, explorando a percepção da criança sobre a situação de adoecimento. Assim, tornou-se possível compreender quais informações são destacadas pela criança sobre o contexto da hospitalização, e se ela estava aderindo ao tratamento e participando devidamente.

Nesse primeiro contato, muitas das crianças (sujeitos da pesquisa) ficaram ansiosas para contar o que tinham e por que estavam ali. Falavam de suas doenças, de seu tratamento com muita precisão e propriedade, sem nenhuma dificuldade, como no caso do Sujeito 1, que retrata como iniciou a doença:

— *Tia! Tinha um tumor na cabeça, mas não parou por aí. Depois tive na nuca, e vários outros espalhados pelo corpo.* (Criança 1).

Durante o estabelecimento do vínculo com a criança, observamos se a criança respondia às perguntas por meio do relato verbal, considerando também a expressão não-verbal, de acordo com o roteiro específico de perguntas e recomendações desenvolvidas por Dalgalarondo (2008), como, por exemplo:

—Quando você chegou aqui? —Você sabe o que você tem? —O que você mais gosta?. Nessa fase ainda buscávamos dados sobre os estágios cognitivos dessas crianças, ou seja, quanto aos conhecimentos básicos do ensino fundamental (se sabia ler e escrever), pois que, no caso de algumas crianças, como o Sujeito 1 e Sujeito 2, não sabiam ler. Ao questionar o Sujeito 2 sobre o que estava escrito na porta do banheiro do leito onde se encontrava, respondeu:

— *Não sei! Eu não sei ler!* (Criança 2).

Chiattonne (2003) destacou a importância de verificar o estágio de desenvolvimento cognitivo da criança hospitalizada no período de avaliação e de acompanhamento psicológico. O conjunto de dados obtidos nessa primeira fase auxilia os procedimentos para a execução das etapas posteriores do protocolo.

2ª Fase - Observação de aspectos relevantes

Em uma segunda fase do protocolo, nas situações de observação, buscamos verificar de que maneira se dava a díade criança/acompanhante e criança/adulto na brinquedoteca, procurando atentar, em especial, quanto aos sentimentos e à socialização das situações do ambiente hospitalar. Para investigar a relação da criança com a equipe de saúde e com a equipe pedagógica, iniciamos um breve diálogo com os profissionais do setor para compartilhar informações sobre o caso clínico e pedagógico, pois essa perspectiva interdisciplinar representa uma estratégia efetiva. Os estudos ressaltam a importância da comunicação entre o pesquisador e os membros da equipe de saúde que participam da assistência à criança hospitalizada (CREPALDI & COLS., 2006; PEDROMÔNICO, 2006).

Foi feito contato com o médico responsável pelo setor do hospital, buscando a lista de casos novos de crianças no hospital onde foi realizada a pesquisa. Posteriormente, entramos em contato com o serviço social do hospital para pegar os dados das

crianças, como nome dos pais, endereço, idade, escolaridade. Tivemos ainda um contato com a psicóloga do hospital para conversar sobre a pesquisa e sobre como poderíamos proceder em conjunto durante aqueles dois anos de trabalho. Observamos também o espaço onde as crianças ficam, tanto os seus leitos como também a brinquedoteca. Muitas crianças ficam em salas de espera, aguardando o contato com o médico responsável. Nesse espaço fizemos alguns contatos com essas crianças para conversar. Elas ficam sempre com suas mães.

Quanto à sala de brinquedoteca, sempre há voluntários para brincar com as crianças. Geralmente ficam nessa sala enquanto estão tomando a medicação ou aguardando a consulta. Aproveitam para jogar, ler, brincar, pintar. As mães também acompanham as crianças nessas salas. Conversam entre si, buscando alternativas, explicações para a doença, se isso é possível. De acordo com Pinto, Ribeiro e Silva (2005), a família, ao entrar em contato com o inesperado, a doença e a hospitalização de um dos seus filhos, isso acaba provocando nela um abalo emocional e essa situação interfere na rotina da família. Os autores ainda afirmam que, com a hospitalização, a família acaba se desorganizando em suas rotinas do cotidiano familiar e hospitalar (PINTO, RIBEIRO e SILVA, 2005).

3ª Fase – Registros no diário de bordo

Diante dos dados obtidos nas fases anteriores de investigação, realizamos o planejamento para a aplicação dos instrumentos de registros que são adequados para a faixa etária da criança, delimitando o que se pretendia investigar. Dessa forma, pudemos observar determinadas condições para compreender as variáveis do tratamento, tais como sala aberta, brinquedoteca, iluminação, ambiente compartilhado por um grupo de pessoas e a entrada frequente da equipe de saúde para a realização dos procedimentos técnicos.

O diário de bordo foi o instrumento utilizado durante toda a pesquisa. Adotamos a palavra “diário” nesta pesquisa com o mesmo sentido de um caderno em que se fazem registros cotidianos. A vantagem do diário e do seu uso é que permite aos pesquisadores refletir sobre a sua prática e sobre a dinâmica do seu trabalho. O diário aqui pode ser entendido como “[...] guia de reflexão sobre a prática, favorecendo a tomada de consciência do professor sobre seu processo de evolução e sobre seus modelos de referência” (PORLAN & MARTIN, 1997, p. 19-20).

DISCUSSÃO

As brincadeiras observadas durante o período da pesquisa foram variadas, incluindo faz de conta, jogos, pinturas livres, construção. Cabe destacar, porém, que os jogos foram as brincadeiras preferidas das crianças, visto que muitas delas ficam presas aos equipamentos de em soros/remédios, tendo dificuldade de locomoção. Assim, portanto, preferiam as brincadeiras de pouco movimento corporal.

Quando foram entrevistadas sobre o que mais sentiam falta da sua vida antes da internação no hospital, a maioria respondeu que sentia falta do brincar. Em uma das sessões encontramos a Criança 2 na sala da brinquedoteca em sua consulta médica. Foi uma visita muito rápida, mas pudemos conversar um pouco. Nesse dia questionamos quanto ao que ela fez durante a semana e ela me respondeu:

— *Nada! Fiquei assistindo a TV.*

Questionamos quanto ao brincar e ela disse:

— *Brinco com minha irmã, de boneca e de escolinha.*

Para compreender a singularidade da brincadeira como uma forma de atividade da criança, Vigotski (1991) pontua que é preciso entender o caráter essencial dessa atividade. As crianças apresentam desejos que não são possíveis de serem realizados imediatamente, como é o caso da Criança 2. A criança sente ne-

cessidade de atuar como os adultos em suas atividades produtivas, por isso a brincadeira é constituída por representação da atividade adulta, casinha, professor, médico, motorista, bombeiro e outras brincadeiras do cotidiano (MARINHO FILHO, 2010). Para resolver essa tensão entre querer realizar os desejos imediatamente e não poder fazê-lo, a criança envolve-se num mundo ilusório e imaginário: a brincadeira.

Nos primeiros contatos com a Criança 4, questionamos quanto ao gosto dela de brincar. Assim, quanto às suas brincadeiras prediletas, disse:

— *Jogar bola, videogame e andar de bicicleta, mas isso não posso mais fazer, estou proibida.*

A Criança 4 está proibida, pelo médico, de correr, de brincar de bola e de brincadeiras que requerem uma atividade física maior, devido ao cansaço que provocam — segundo a mãe. Perguntamos ainda o que ela mais gostava de brincar aqui no hospital, e ela me disse que gostava de construir as pulseirinhas com pedrinhas. Oferecemo-nos para brincar com ela algum jogo, mas ela se recusou. Sugerimos que fizéssemos uma leitura de algum livro e também não quis. Disse que queria mesmo era fazer as pulseirinhas. Ficamos conversando juntamente com outras crianças que estavam na sala da brinquedoteca do hospital. Algumas pintavam algumas atividades, outras jogavam alguns jogos pedagógicos com voluntários que ali estavam. Nossa visita nesse dia não durou mais de uma hora, até mesmo porque a Criança 4 não queria conversar.

Segundo Ceccim (1997), as relações interpessoais e intrapessoais, as relações de aprendizagem nesse ambiente hospitalar devem ser injeções de ânimo, remédio contra sentimentos de abandono e isolamento, infusão de coragem, instilação de confiança no progresso e nas capacidades da criança hospitalizada.

Em outro momento, em uma conversa com a Criança 8, perguntamos o que significa a escola para ela e ela respondeu:

— *Lugar de aprender. Mas eu gosto mesmo é de brincar. Jogar*

bola. Sabe?! A gente tem um grupo na escola, que todos os dias, no intervalo, jogamos uma bolinha.

Pesquisadora: — *Você já conheceu a professora da classe hospitalar aqui no hospital?*

Criança 8: — *Sim. Ela é superlegal! Encontro ela na sala da brinquedoteca. Vejo-a ensinando as outras crianças. Às vezes jogamos algum jogo, como memória, que eu gosto muito.*

Aqui fica demonstrado, no diálogo com a Criança 8, o quanto o brincar é importante no processo de ensino-aprendizagem, ou seja,

Tomado pela compreensão na qual a atividade da criança deve ser considerada no ambiente escolar, não porque é natural, não porque serve para a criança dissipar a tensão e relaxar, não porque ela deve ter um tempo que é só seu para se divertir, mas sim porque é a forma pela qual a criança se desenvolve sob determinadas condições sociais, ressalta-se que é fundamental uma consideração sobre a importância da inclusão da atividade infantil na atividade escolar e educativa. (MARINO FILHO, 2010, p. 1).

Mesmo estando na escola, em um ambiente de que a Criança 8 tanto gosta, isso evidencia o interesse por uma atividade no seu cotidiano como fonte de desenvolvimento.

Ao investigar como as crianças desta pesquisa definiam o brincar, verificou-se que as crianças retratam o brincar como algo que lhe dá prazer, alegria:

— *“(..) eu acho que brincar, assim, é uma coisa gostosa. A gente brinca para se distrair, quando está mais triste”* (Criança 6).

— *“Quando a gente não pode brincar dá mais vontade ainda de brincar. Brincar para mim é diversão, é dar risada, brincar é algo bom”*. (Criança 5).

Quando foram questionados sobre com quem mais gostam de brincar, todos mostraram interesse em brincar com outras

crianças, com os amigos... de preferência. Os amigos da escola eram lembrados através dos diálogos, dos desenhos, conforme retrata o diálogo com a Criança 9:

— *O que você está desenhando? (pesquisadora).*

— *Meus amigos da escola, estamos jogando bola. Olha aqui! (apontou para o goleiro no desenho) Sou eu!!! Adoro ficar no gol! (Criança 9).*

Vimos, nesses diálogos (que fazem parte de uma pesquisa mais ampla), o quanto é importante o brincar, a brincadeira na vida dessas crianças hospitalizadas, pois essa atividade é mais uma estratégia efetiva de enfrentamento da doença na vida delas — como foi possível detectar quanto a esse tema pelos diálogos das próprias crianças. Sabemos, no entanto, que a brincadeira, além de distrair a criança em situações de estresse e ter função terapêutica, pode apresentar também a função de desenvolver cognitivamente a criança hospitalizada, pois que, devido à doença, está afastada da escola onde teria atividades de mais avanço cognitivo.

Dessa forma, pudemos identificar, no nosso estudo, pelos resultados obtidos com as observações e as entrevistas das crianças em suas brincadeiras, de como as crianças agem em situações específicas — como é a situação da doença e da hospitalização —, podendo desenvolver ações mais receptivas e participativas.

A oportunidade dos acompanhantes e voluntários na sala da brinquedoteca permite-lhes refletir sobre a importância do brincar na vida da criança em qualquer situação em que elas se encontrem. Inclusive, no brincar cada criança passa a entender melhor o que se passa com a sua saúde e passa a vivenciar melhor a necessidade da intervenção do hospital como forma de cura.

No contexto hospitalar, a brincadeira surge como dispositivo que auxilia as crianças e seus pais a superarem as inconveniências e a aproveitarem melhor o período em que aguardam o próprio tratamento, tornando a permanência no hospital um tempo a ser vivido de forma mais agradável e descontraída. O

lúdico passa a ser visto como possibilidade de se ganhar ou construir algo positivo em um momento de perda ou, indiretamente, de possibilitar, à criança e aos pais, um amparo e um cuidado em seu ambiente que, por si só, é ameaçador.

PLAY AND LEARN IN HOSPITALS: CONFRONTATION OF DISEASE IN CHILDHOOD

Abstract: *This research has focused the play of children admitted in the hospital setting on the so called hospital classes. As an investigative process, we will outline the qualitative approach in order to reflect on the role and benefits that the play offers. It was our intention to verify “in loco” how these children have pedagogical achievements through role-playing during their treatment and what its impact on their cognitive development, because it is assumed that, at the hospital setting, the game arises as a device which helps children to overcome the inconveniences of their health status and to make further use of the treatment period, making hospital stay more pleasant and relaxed.*

Keywords: *Play. Learning. Hospital classes.*

REFERÊNCIAS

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer. **Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer.** Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade. / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BOTEGA, J. N. (Org). **Prática psiquiátrica no Hospital Geral:** interconsulta e emergência. Porto Alegre, RS: Artmed Editora, 2002.

CECCIM, Ricardo B. & CARVALHO, Paulo R. A. (Org.). **Criança hospitalizada:** atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul / UFRGS, 1997.

CHIATTONE, H. B. C. A criança e a hospitalização. In: CAMON, V. A. Angerami (Org.). **Psicologia hospitalar.** São Paulo: Pioneira, 1988. p. 95-102.

COSTA, Juliana Cardeal da; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Crianças/ado-

lescentes em quimioterapia ambulatorial: implicações para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 abr. 2013.

CREPALDI, M. A.; RABUSKE, M. M.; GABARRA, L. M. Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica. In: CREPALDI M, A.; LINHARES, M. B. M.; PEROSA, G. B. (Orgs.). **Temas em psicologia pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2008.

NIGRO, M. **Hospitalização: o impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa**. 2, ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARINHO FILHO, Armando. Implicações psicopedagógicas da brincadeira: aprender fazer, aprender ser. In: **Psicologia e Educação: perspectivas críticas para a ação psicopedagógica**. Birigui, SP: Editora Boreal, 2010.

MOTA, M. do C. & CHAVES, P. Brinquedoteca hospitalar “nosso cantinho”: relato de uma experiência do brincar. In: CARVALHO, A. et al. **Brincar(es)**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

PINTO, Júlia Peres; RIBEIRO, Circeia Amália; SILVA, Conceição Vieira da. Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, nov./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000600009&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 out. 2013.

PORLAN, Rafael; MARTIN, José. **El diario del profesor**. Sevilla: Díada Editora, 1997.

RIZZINI, I. G. et al. Criança não é risco, é oportunidade: fortalecendo as bases de apoio familiares e comunitárias para crianças — 2000. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 861-866, out./dez. 2010.

SANTOS, M. E. M. **A criança e o câncer**. Recife, PE: Editora A. G. Botelho, 2002.

VIANA, L. G. **Mães-acompanhantes de filhos no tratamento do câncer: um estudo compreensivo**. Dissertação de mestrado. Recife: Universidade Católica de Pernambuco, 2004.

VIEIRA, Therezinha et al. A criança com leucemia, o seu tratamento e o brincar. In: PEREZ-RAMOS, Aidyk M. Queiroz; OLIVEIRA, Vera Barros (Org.). **Brincar é saúde: o lúdico como estratégia preventiva**. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2010.

VYGOTSKY. **A formação social da mente:** o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. Trad. de José Cipolla Neto, Luiz Silveira Menna Barreto e Solange Castro Afeche. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

VYGOTSKY. **Fundamentos de defectología.** Obras Escogidas V. Madri: Visor, 1997.

YIN, Roberto K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi. 2. ed. Porto Alegre, RS: Bookman, 2001.