

Brincar e Humanização: Avaliando um Programa de Suporte na Internação Pediátrica¹

Playing and Humanization: Evaluating a Support Program in the Pediatric Hospitalization

Rodrigo Lopes Miranda^{*2}, Juliana Giosa Begnis^{**} & Alysson Massote Carvalho^{*}

^{*}Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil

^{**}Centro de Quimioterapia Antitumoral e Imunoterapia LTDA, Belo Horizonte, Brasil

Resumo

Pesquisas em contextos nos quais podem ocorrer impactos no ciclo vital infantil são necessárias, uma vez que o desenvolvimento humano é ininterrupto. Um desses contextos é o de internação pediátrica. Este trabalho apresenta resultados de um programa de suporte teórico-prático em contexto de internação pediátrica, cujo foco foi o brincar como instrumento de intervenção terapêutica. Participaram do programa 16 profissionais de saúde de um hospital geral de uma capital brasileira. São apresentados os resultados de duas avaliações de aprendizagem e de uma avaliação de reação realizadas com os participantes. Os resultados sugerem que os participantes apresentam pouco conhecimento sobre as potencialidades do brincar em contexto de internação pediátrica; ademais, que eles o consideram somente como um recurso paliativo no atendimento às crianças internadas. Esses resultados apontam que ainda há um longo caminho a ser percorrido para a efetiva implementação e valorização do brincar como instrumento de intervenção terapêutica em instituições hospitalares.

Palavras-chave: Brincar, Desenvolvimento Humano, Humanização, Atendimento Pediátrico

Abstract

Researches in contexts in which impact in children's life cycle may occur are necessary, for human development is continuous. One of these contexts is the pediatric hospitalization. This paper presents results of a program of theoretical and practical support within the context of pediatric hospitalization, whose focus was playing as an instrument for therapeutic intervention. Sixteen healthcare professionals of a general hospital of a Brazilian capital city have participated in the program. The results of two learning evaluations and one reaction evaluation conducted with the participants are presented. The results suggest that the participants have little knowledge about the potentialities of playing within the context of pediatric hospitalization; furthermore, that they consider it a mere palliative resource in the assistance of hospitalized children. These results demonstrate that there is a lot to be done before the effective implementation and enhancement of playing as an instrument for therapeutic intervention in hospitals.

Key words: Playing, Human Development, Humanization, Pediatric Health Care

¹ Apoio: CNPq

² Contato: dingoh@gmail.com

A investigação do ambiente hospitalar, como contexto de desenvolvimento humano, é importante, entre outros motivos, para se conhecerem quais são os fatores de risco e quais são os fatores de proteção que nele se encontram, assim como os possíveis impactos desses fatores, a curto e a longo prazos, no ciclo vital das crianças. Nesse sentido, a hospitalização pediátrica se caracteriza como um momento particular no desenvolvimento humano. Ela acrescenta experiências diferenciadas à vivência infantil, impondo novos e inusitados eventos com os quais a criança se vê obrigada a aprender a lidar. O ambiente hospitalar é, dessa forma, muitas vezes hostil, havendo poucos elementos com os quais a criança possa se identificar (Oliveira, Dias, & Roazzi, 2003).

A criança internada convive com uma série de restrições impostas pelo seu quadro clínico, até mesmo com risco de morte, conforme a gravidade de sua patologia (Azevedo & Aragão, 2001). Durante a hospitalização, a criança encontra-se afastada do ambiente com o qual estava habituada, bem como do contato com os amigos, familiares e elementos de seu cotidiano, reduzindo o número de atividades prazerosas com as quais se envolvia (Streisand, Rodrigues, Houck, Graham-Pole, & Berlant, 2002; Gariépy & Howe, 2003). Além disso, tem seu corpo submetido, muitas vezes, a procedimentos desagradáveis e, em alguns casos, dolorosos, o que pode tornar a atmosfera do hospital tensa e ameaçadora. Esses elementos constituem fatores de risco e o somatório deles pode afetar o curso do desenvolvimento da criança. Isso se manifesta, por exemplo, por meio de regressões em habilidades e competências já adquiridas, distúrbios do sono e da alimentação, medos imaginários, dependência, agressividade, apatia, negativismo e todo um conjunto de comportamentos caracterizados por manifestações ansiogênicas (Rennick, Jhonston, Dougherty, Platt, & Ritchie, 2002; Gariépy & Howe, 2003). A doença e a hospitalização, dessa maneira, representam uma dimensão diferente para a criança, não constituindo uma interrupção do seu desenvolvimento, mas, sim, um fator que interfere na estabilidade dinâmica do mesmo (Rennick *et al.*, 2002).

Nesse contexto, marcado por muitos fatores de

risco para o desenvolvimento, é possível também evocar fatores de proteção, os quais podem contribuir para aumentar a “resiliência” (Silva, Elsen, & Lacharité, 2003) da criança. Ou seja, trazer à tona elementos que contribuem com suas habilidades de fazer frente a situações adversas. Entre os fatores de proteção nesse tipo de ambiente, situa-se o brincar. Ele potencializa a capacidade de adaptação da criança hospitalizada frente à situação na qual se encontra (Oliveira *et al.*, 2003). A literatura especializada tem reiterado que, durante a hospitalização, não é necessário que o brincar seja suspenso; muito pelo contrário, o trabalho com crianças hospitalizadas tem demonstrado que, mesmo doente, a criança sente enorme necessidade de brincar, relacionando tal atividade à diversão, à alegria e ao prazer (Sikilero, Morselli, & Duarte, 1997; Motta & Enumo, 2004). Nessa direção, o brincar pode ser considerado um instrumento de intervenção terapêutica por facilitar a compreensão de procedimentos e rotinas hospitalares (Azevedo & Aragão, 2001). A atividade lúdica possibilita à criança aprender de forma indireta sobre o ambiente em que está inserida por meio de uma atividade potencialmente menos aversiva que as impostas pela internação. Dessa forma, o brincar torna-se um catalisador no processo de recuperação e na capacidade de adaptação da criança hospitalizada.

O brincar se caracteriza, também, por ser um dos mais poderosos e eficazes instrumentos para reduzir a tensão, a raiva, a frustração, o conflito e a ansiedade, que geralmente acompanham a perda do controle e da autoestima (Gariépy & Howe, 2003; Carvalho & Begnis, 2006). Por meio da brincadeira, a criança é capaz de expressar e de lidar com seus sentimentos, temores e experiências desagradáveis, atingindo um senso de controle sobre os eventos ocorridos e revelando seus sentimentos e pensamentos (Gariépy & Howe, 2003; Soares & Zamberlan, 2003). Uma criança que é capaz de expressar e interpretar seus sentimentos negativos com sucesso, verbalmente ou não, irá mostrar menor impacto psicológico negativo resultante da doença e da internação (Haiat, Bar-Mor, & Shochat, 2003).

Outra importante característica do brincar é ser um efetivo facilitador no estabelecimento de vínculos afetivos (Junqueira, 2003; Carvalho &

Begniss, 2006). A pessoa com quem a criança brinca é a mesma a quem recorre quando se sente assustada por não compreender o que está se passando com ela no momento da doença. Dessa forma, o brincar, como instrumento terapêutico, possibilita o estabelecimento de laços de confiança. Concomitantemente, a atividade lúdica com crianças hospitalizadas também é um instrumento que exerce efeitos terapêuticos sobre os pais. Isso porque proporciona a eles uma oportunidade de reorganização e de descanso por deslocar o foco do seu pensamento para além da doença (Junqueira, 2003). Os pais entendem o brincar como um momento de diversão, de aproximação emocional com seu filho e de alívio. Essa outra face do brincar no hospital possibilita melhor interação entre pais e filhos diante da difícil situação que estão enfrentando, permitindo que lidem com ela de outra maneira (Soares & Zamberlan, 2001).

Embora a literatura especializada venha apontando o contexto de internação pediátrica como um gerador de estresse e o brincar como um instrumento terapêutico para intervenções nesse ambiente, as equipes de saúde fornecem indícios de uma compreensão divergente dessa. Verifica-se que os profissionais de saúde usualmente concebem o brincar somente como um recurso paliativo no pré e no pós-operatório (Soares & Zamberlan, 2003). Ademais, não consideram o ambiente da internação pediátrica como um gerador de estresse. Com relação às equipes, na maioria das vezes, percebe-se que há uma ênfase na recuperação do órgão ou sistema debilitado, deixando de lado os demais aspectos da saúde da criança, como o seu desenvolvimento cognitivo e emocional (Soares, 2001; Oliveira et al., 2003). Observa-se, assim, que, quem trabalha com crianças precisa, além da competência e do conhecimento especializado, ter consciência das necessidades infantis que não envolvem apenas o bem-estar orgânico (Lewis, 1983; Soares, 2001; Soares & Zamberlan, 2003).

Há tempos, autores, como Lindquist (1993), vêm destacando a necessidade de uma equipe profissional bem formada e coesa, que compreenda a importância das atividades lúdicas para crianças e adolescentes hospitalizados. Em seu estudo, Lindquist (1993) mostrou que a

atuação de uma equipe multidisciplinar, disposta a fornecer um suporte afetivo e emocional, utilizando como ferramenta o lúdico, repercute no processo de recuperação das crianças internadas. Isso porque a equipe apresenta à criança uma dimensão mais rica, humana e saudável, implicando uma aceleração do seu processo de recuperação e uma melhora considerável da qualidade de vida durante o tempo de permanência no hospital. Assim, uma atuação conjunta da equipe de saúde, valorizando o desenvolvimento global infantil, é capaz de realizar mudanças significativas na percepção do contexto hospitalar por parte das crianças. Isso reflete em melhoria da comunicação profissional-criança na diminuição da ansiedade, na maior colaboração com o tratamento médico e, conseqüentemente, na melhoria da imagem da hospitalização.

Um dos caminhos para fazer frente à realidade adversa para as crianças internadas em muitas instituições hospitalares é a busca por uma estruturação adequada às necessidades infantis, objetivando uma perspectiva humanizadora do atendimento. Vila e Rossi (2002), nesse sentido, apontam que é imperativa a humanização do atendimento hospitalar. Esses autores indicam que, embora humanizar o cuidado seja uma tarefa difícil, por exigir atitudes às vezes individuais em meio a todo um sistema centrado na tecnologia, é indispensável a sua aplicação. Para eles, isso implica a concepção do paciente como um sujeito biopsicossocial. Além disso, a humanização do atendimento possibilita que todos os implicados no processo se beneficiem. Ações de humanização, assim, provocam mudanças que estão consonantes às diretrizes do Ministério da Saúde, principalmente no que concerne à Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde-HumanizaSUS e à definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1978). Para a OMS, a saúde não é apenas a ausência de enfermidades, mas, sim, um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

Pesquisas contemporâneas demonstraram a importância de conhecimento relacionado ao caráter terapêutico do brincar no contexto hospitalar tanto no que tange aos efeitos sobre o paciente infantil quanto sobre os pais/responsáveis

e profissionais de saúde (Carvalho & Begnis, 2006; Mitre & Gomes, 2007). Verifica-se, então, a necessidade de formação por parte dos profissionais, para prepará-los para a importância e o objetivo do brincar junto às crianças internadas, contribuindo com um conhecimento específico sobre o processo de desenvolvimento humano.

A fim de modificar a usual compreensão dos profissionais implicados no processo de atendimento pediátrico de que o brincar é só uma diversão e, por conseguinte, que não deve ocupar o interesse no cotidiano do atendimento hospitalar, torna-se necessário capacitá-los quanto à humanização do atendimento (Soares & Zamberlan, 2001). Capacitação que forneça aos profissionais de saúde envolvidos em contexto de internação pediátrica um suporte à prática profissional mais humanizada por meio da inserção do lúdico. Isso implica a melhoria da qualidade de vida do paciente internado consoante às diretrizes do Ministério da Saúde. Dessa forma, o objetivo deste artigo é apresentar resultados de um programa teórico-prático em contexto de internação pediátrica, ministrado a 16 profissionais da saúde de um hospital geral de uma capital brasileira, cujo principal foco foi o brincar. São apresentados os resultados de duas avaliações de aprendizagem e de uma avaliação de reação realizada com os profissionais participantes.

Método

O ambiente investigado foi a unidade pediátrica de uma instituição hospitalar, situada em uma capital brasileira. Esse ambiente possuía 35 leitos, sem divisão entre crônicos e agudos, e atendia às mais variadas patologias (asma, pneumonia, diarreia, leucemia e tumores sólidos). A pediatria contava com 12 médicos pediatras, 14 residentes em pediatria, 42 auxiliares de enfermagem, três enfermeiras, três estagiárias de enfermagem, um nutricionista, uma estagiária de nutrição, dois psicólogos e dois brinquedistas (profissionais responsáveis pela brinquedoteca), totalizando 80 profissionais. Destes, participaram da investigação 42 profissionais, de ambos os sexos: oito médicos pediatras, um residente em pediatria, 27 auxiliares de enfermagem, uma enfermeira, três estagiárias de enfermagem, um psicólogo e um brinquedista. Esse número de participantes foi devido a dois

critérios principais: aceitação do convite, o qual foi feito a todos os profissionais do setor de pediatria do referido hospital, e a escala de trabalho deles. Todavia, embora tenham iniciado o programa 42 profissionais, apenas 16 o concluíram.

O modelo de investigação proposto foi do tipo qualitativo-quantitativo. Sua realização foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG), instituição na qual a pesquisa que subjaz este artigo foi desenvolvida. A aprovação é identificada pelo processo ETIC 163/04. Inicialmente, foi elaborado um programa de suporte teórico-prático para os profissionais de saúde. Sua elaboração teve como referência a literatura especializada em brincar em situação de internação infantil, que aponta a importância e a efetividade da atividade lúdica como ferramenta terapêutica e de atendimento à saúde da criança (Azevedo & Aragão, 2001; Carvalho & Begnis, 2006; Gariépy & Howe, 2003; Motta & Enumo, 2004; Oliveira et al., 2003; Sikilero et al., 1997; Soares & Zamberlan, 2003). Após a elaboração do referido programa, ele foi implementado na instituição de saúde. Por fim, foi realizada sua avaliação, sendo uma de aprendizagem e outra de reação.

O programa foi organizado em cinco módulos, abordando, entre outras, as seguintes temáticas: humanização do atendimento hospitalar, brincar e desenvolvimento humano na infância e brincar no contexto hospitalar. Neste artigo, serão apresentados os itens referentes aos módulos 3, 4 e 5, uma vez que os dados obtidos com os demais módulos constituem objeto de outro estudo ainda em desenvolvimento. Os módulos apresentados aos profissionais de saúde tiveram a seguinte estruturação:

- (1) *Humanização do Atendimento Hospitalar – HumanizaSUS*: explanação acerca do conceito de humanização e do que se trata o projeto HumanizaSUS, além de discutir o conceito de saúde, tendo como referência aquele proposto pela OMS;
- (2) *O Desenvolvimento Infantil e o Brincar*: apresentação de uma concepção de desenvolvimento humano baseada na teoria piagetiana, sinalizando variações no brincar em função dos diferentes estágios do desenvolvimento infantil;

(3) *A Importância do Brincar no Ambiente Hospitalar*: exposição de teorias sobre o brincar a partir de diferentes autores da psicologia (e.g. Wallon, Piaget, Winnicott, Vigotski) e de perspectivas que salientam a importância do brincar durante a hospitalização;

(4) *Repensando a Rotina Hospitalar*: tendo como referência os assuntos abordados nos módulos anteriores, foi realizado um levantamento, junto aos profissionais, de práticas que poderiam ser alteradas nas rotinas da internação pediátrica, adequando-as ao conceito de humanização, mediada, sobretudo, pelo brincar; e

(5) *A Inserção de Técnicas Lúdicas na Rotina Hospitalar*: discussão e exposição de formas de utilização do brincar como instrumento terapêutico (cantigas de roda, livro infantil/contar histórias, relaxamento/fantasia e brincar de faz-de-conta), de fácil inserção e baixíssimo custo.

O programa foi implementado de acordo com a disponibilidade dos profissionais que aceitaram o convite e contou com carga horária de oito horas. Como os participantes compareciam ao programa durante seu turno de trabalho, cada módulo foi apresentado, em média, em dois horários diferentes durante três dias. Os módulos foram ministrados ao longo de seis semanas em uma sala cedida pela instituição de saúde, situada próxima à brinquedoteca do hospital. Os responsáveis pela confecção dos módulos e apresentação do programa foram quatro estudantes de graduação em psicologia. Foi utilizado, durante todo o programa, um computador em que foram exibidas apresentações em *Microsoft Power Point* sobre cada um dos temas abordados, desenvolvidas pelo referido grupo de estudantes. No quinto módulo, houve acréscimo de brinquedos para a exposição de formas de utilização do brincar como instrumento terapêutico. Dentre os brinquedos, encontravam-se *kits* de médico (e.g. seringa, estetoscópio e maleta médica), bonecas e livros infantis.

Conforme mencionado anteriormente, foram realizadas duas formas de avaliação: uma de aprendizagem e outra de reação. A primeira buscava averiguar as mudanças de concepção sobre o brincar e a internação pediátrica ocasionadas pela implementação do programa. Ela foi realizada ao final de cada módulo (parciais) e ao

final de todo o programa (final). As avaliações parciais eram compostas por duas perguntas dissertativas. A avaliação final, por sua vez, continha nove perguntas abertas que abrangiam todos os cinco módulos. As perguntas que compunham essas avaliações podem ser observadas no Anexo I.

A segunda forma de avaliação, a de reação, foi realizada ao final do programa, tendo como objetivo investigar o grau de satisfação dos participantes frente ao programa e à equipe que o ministrou. Essa avaliação era composta por 17 perguntas, sendo que 13 delas foram elaboradas com respostas em escala tipo *Likert*, por esta ser uma escala que trabalha com a mensuração de atitudes de um grupo de uma forma intrarrelacional (Richardson, 1985). As demais quatro perguntas eram questões abertas direcionadas, basicamente, para conhecer a opinião dos participantes sobre o programa e sobre as pessoas que o ministraram. Essa avaliação pode ser observada no Anexo II.

As respostas às questões dissertativas foram classificadas em itens congruentes ou incongruentes, sendo atribuídos, respectivamente, os códigos 1 e 0. Para tal classificação, foi utilizado um modelo de resposta padrão que foi desenvolvido a partir dos módulos apresentados, acrescido de dados levantados a partir da leitura das avaliações respondidas pelos participantes. Assim, as respostas consideradas congruentes eram aquelas que mais se aproximavam da resposta padrão, enquanto que as incongruentes eram as que guardavam menor grau de semelhança com o modelo de resposta. As respostas-modelo podem ser observadas junto ao Anexo I, em que constam as questões dissertativas. Além dessa forma de classificação, que forneceu dados para uma análise quantitativa, as questões abertas foram ainda analisadas de acordo com seu conteúdo. Essa análise do conteúdo permitiu verificar o que os profissionais haviam aprendido. Uma vez que a avaliação final de reação era composta por 13 perguntas construídas com escala *Likert*, foi feita também uma análise quantitativa das respostas apresentadas. Essas respostas foram objeto de duas análises: uma para cada grupo de respostas e outra em relação ao escore bruto obtido por participante. Os dados obtidos com essas questões foram

analisados por meio do programa estatístico SPSS versão 13.0. As quatro questões abertas foram analisadas a partir do seu conteúdo (Machado, 1994) e as respostas apresentadas foram agrupadas pelo seu grau de similaridade, possibilitando a criação de categorias. As categorias de análise utilizadas podem ser observadas no Anexo III.

Resultados e discussão

Os resultados obtidos referem-se aos dados levantados com as avaliações de aprendizagem parciais ao final de cada módulo, da avaliação final de aprendizagem e da avaliação de reação. Primeiramente, é apresentada a análise quantitativa dos dados, de forma a expor o que foi obtido com o estudo das questões fechadas. Em seguida, são apresentados os resultados provenientes das questões abertas.

Na análise das respostas consideradas congruentes e incongruentes, referentes às avaliações parciais dos profissionais dos módulos 3, 4 e 5, observou-se que elas apresentaram, respectivamente, médias de 0,47; 0,87 e 0,87; e desvio-padrão de 0,516; 0,352 e 0,352. Ainda nesse sentido, verificou-se que havia semelhanças entre os módulos 4 e 5, enquanto havia diferenças entre o módulo 3 e os demais ($7,2 = \chi$, $p < .05$). A semelhança entre os módulos 4 e 5 encontrava-se nos valores apresentados nas respostas consideradas congruentes e incongruentes, respectivamente 2/13 e 2/14. Aquilo que diferenciava o módulo 3 dos demais era a diferença significativa entre o número de respostas congruentes/incongruentes esperadas e aquelas obtidas, sendo 16/14. O fato de o módulo 3 contar com 30 respostas, enquanto o módulo 4 com 15 e o 5 com 16, foi levado em consideração. Sendo assim, esses dois últimos módulos apresentaram *missing values* de 15 e 14. O número maior de respostas ao módulo 3 não se tornou, portanto, um item relevante para a análise das diferenças encontradas entre esse e os demais módulos.

A maior frequência de respostas julgadas incongruentes do que congruentes no módulo 3 deveu-se ao fato de que seu conteúdo era preponderantemente conceitual, uma vez que esse módulo elencava os fatores que tornam o brincar indispensável durante a hospitalização pediátrica. Tal frequência de respostas consideradas

incongruentes possivelmente demonstrou uma dificuldade de compreensão da efetividade do brincar como uma ferramenta de trabalho para otimização e melhora do atendimento hospitalar. Essa interpretação dos dados foi ao encontro daquilo que é apresentado pela literatura da área, que pontua uma prevalência por parte das equipes de profissionais de saúde em focar na recuperação do órgão debilitado, deixando em segundo plano os demais aspectos envolvidos no adoecimento (e.g. Soares, 2001; Oliveira et al., 2003). Nesse sentido, os 53,3% de respostas julgadas incongruentes provavelmente se deveram ao fato de que, de certa forma, os profissionais mantêm a compreensão de que o brincar possui somente aspectos de entretenimento, não contribuindo na terapêutica durante a internação pediátrica.

Os módulos 4 e 5, por sua vez, eram de cunho primariamente prático. Eles eram constituídos por discussões acerca daquilo que poderia ser feito para inserir o lúdico na rotina da internação pediátrica. Esses módulos também eram compostos pela demonstração de técnicas a serem utilizadas. Dessa forma, tais módulos teriam tido maior incidência de respostas consideradas congruentes do que incongruentes em decorrência de trazerem à tona práticas que fazem parte do cotidiano dos profissionais de saúde que atuam na pediatria. Assim sendo, a diferença encontrada entre os módulos 3, 4 e 5 residiria no fato de que o módulo 3 divergiria daquilo que é concebido pela maioria dos profissionais da instituição acerca do brincar e de sua efetividade. A similaridade entre os módulos 4 e 5, por sua vez, estaria relacionada ao fato de esses módulos apresentarem formas de pôr em prática o brincar como instrumento terapêutico. Embora os participantes não partilhassem dessa concepção sobre a atividade lúdica, conforme as respostas ao módulo 3 sugerem, eles já utilizavam o brincar como recreação para as crianças internadas. Assim, algumas das brincadeiras apresentadas durante os módulos 4 e 5 já eram de conhecimento dos participantes.

No que se refere à análise quantitativa das respostas apresentadas pelos participantes na avaliação de reação, verificou-se que os desvios-padrões oscilaram entre 0,25 e 0,77 ($p < 1,0$) nas questões que se referiam à avaliação da equipe e do programa como um todo. Todavia, houve uma

diferença nos desvios apresentados nas questões 1 e 3, que, respectivamente, verificavam o grau de conhecimento *a priori* sobre os assuntos tratados e a facilidade com que haviam compreendido aquilo que foi disposto ao longo do programa. Dessa maneira, a fim de se avaliar o motivo pelo qual tal fato ocorreu, realizou-se uma análise de correlação entre as questões 1 e 3. A correlação apresentada foi $r = -,494$ ($p < .05$), indicando que as questões estavam relacionadas no sentido de como a compreensão do lúdico pelos participantes divergia daquela apresentada pelos pesquisadores. Consequentemente, haveria dificuldade de compreensão sobre o brincar como um instrumento de intervenção terapêutica que estava sendo abordada durante o programa.

Essa diferença de resultados se deveu, possivelmente, à dispersão de respostas apresentadas por esse grupo. Dessa maneira, pôde-se verificar, pelas respostas apresentadas, que os participantes concebiam o brincar só como um recurso paliativo no pré e no pós-operatório, concepção divergente daquela que foi apresentada pelo grupo que ministrou o programa. Isso porque o brincar foi apresentado como detentor de inúmeras potencialidades terapêuticas, tais como: estabelecimento de vínculos afetivos (Junqueira, 2003) e redutor de raiva, tensão e ansiedade (Gariépy & Howe, 2003; Soares, 2003).

Com relação à análise qualitativa da avaliação de reação, um primeiro elemento já chamou a atenção. Iniciaram o programa 42 participantes, mas somente 16 o concluíram. Dos que o concluíram, apenas 18,7% apontaram o tema do brincar na internação pediátrica como um tópico importante e 12,5% indicaram o lúdico como uma ferramenta importante na melhora do atendimento às crianças. Esses resultados foram ao encontro das indicações de Soares (2001) e Oliveira et al. (2003), que afirmam que a ênfase das equipes de saúde nesse contexto encontra-se na recuperação do órgão debilitado, deixando de lado os demais aspectos da saúde da criança, como o seu desenvolvimento cognitivo e emocional.

Na avaliação de reação, 25% dos participantes responderam que o programa trouxe a possibilidade de desenvolvimento de habilidades e competências úteis para o trato com as crianças internadas. Paralelamente, 31,25% o indicaram

como um momento importante para a aprendizagem dessas novas habilidades ao responderem aos motivos pelos quais gostariam de ter contato com outros programas de mesma natureza. Nessa direção, 80% dos participantes disseram que esse era um espaço para abordar outros assuntos e para o desenvolvimento de criatividade. Do total de participantes que concluíram o programa, 60% apontaram que ele trouxe uma visão do brincar como uma forma de serem mais amáveis com as pessoas que são atendidas, assim como tornar o ambiente hospitalar mais humanizado. Aproximadamente 45,45% dos participantes apontaram o programa como um momento de ver a importância do brincar dentro do hospital como um mediador do processo de humanização. A equipe que ministrou o programa foi avaliada por 38,46% dos participantes como ótima, tendo boa didática e formada por pessoas atenciosas.

Considerações finais

Os dados aqui analisados apontaram para uma divergência de concepções acerca do brincar entre os participantes e os responsáveis pelo programa/literatura especializada. As respostas dos participantes às questões relacionadas ao módulo 3 das avaliações de aprendizagem mostraram baixa congruência aos conhecimentos trazidos pelo programa, tendo como referência as respostas-modelo. No que tange às respostas relacionadas aos módulos 4 e 5, indicaram uma facilidade de aceitação aos itens pragmáticos. Conforme alguns relatos dos participantes, isso se deveu, possivelmente, ao fato de que várias das brincadeiras expostas já estavam inseridas na rotina da instituição. Com relação à avaliação de reação, observou-se que o programa foi apreciado como um importante espaço de formação e de reflexão sobre as práticas de atendimento na unidade pediátrica da instituição. Todavia, a interpretação das respostas apresentadas à luz da literatura na área sugeriu que essa aceitação não estava atrelada a mudanças de concepção sobre o brincar, ou seja, o brincar como um instrumento de intervenção terapêutica e o contexto de internação pediátrica.

Dessa forma, a implementação do programa, associada à análise dos dados, indicou falta de conhecimento dos participantes acerca das

potencialidades do brincar. A interpretação dos dados sugeriu que os participantes usualmente consideram o brincar somente como um recurso paliativo no atendimento a crianças internadas. Ademais, observou-se que os participantes não concebem o contexto de internação pediátrica como um gerador de estresse e que, via de regra, eles enfatizam os aspectos orgânicos do tratamento. Essas análises são condizentes com os resultados encontrados por outros estudos anteriormente realizados (e.g. Mitre & Gomes, 2007; Carvalho & Begnis, 2006). Por conseguinte, foi corroborado o elemento que impulsionou o presente estudo: a necessidade de se subsidiarem novas práticas de atendimento pediátrico, tendo em vista a humanização do atendimento hospitalar.

Tal afirmação é feita tendo em vista o alto índice de respostas consideradas incongruentes que foram apresentadas pelos participantes. Essas respostas estavam relacionadas às perguntas de cunho preponderantemente teórico, que apontavam as adversidades da internação hospitalar e as potencialidades do lúdico como um elemento a otimizar o tratamento e a recuperação. Mesmo que alguns participantes afirmassem utilizar o lúdico em seu cotidiano, sobretudo de maneira que requeiram um baixo custo de implementação e manutenção, elemento imperativo em uma instituição hospitalar pública, ainda se percebeu a necessidade de outros programas que visem à humanização do atendimento hospitalar. Isso se deveu ao fato de que são poucos os profissionais de saúde que concebem a internação como elemento gerador de estresse e medo.

Esses resultados sugerem que, apesar de a importância do lúdico no contexto hospitalar ser bastante reiterada na literatura especializada, ainda há um longo caminho a ser percorrido até a sua efetiva implantação e valorização nas instituições hospitalares.

Referências

Azevedo, M. R. Z. S., & Aragão, R. M. (2001). O brincar no hospital: Análise de estratégias e recursos lúdicos utilizados com crianças. *Estudos de Psicologia, 18*(3), 33-42.

Carvalho, A. M., & Begnis, J. G. (2006). Brincar em Unidades de Atendimento Pediátrico: Aplicações e perspectivas. *Psicologia em Estudo, 11*(1), 109-117.

Gariépy, N., & Howe, N. (2003). The therapeutic power of play: Examining the play of young children with leukaemia. *Child: Care, Health and Development, 9*(6), 523-537.

Haiat, H., Bar-Mor, G., & Shochat, M. (2003). The world of the child: A world of play even in the hospital. *Journal of Pediatric Nursing, 18*(3), 209-214.

Junqueira, M. F. P. S. (2003). A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: Um relato de experiência. *Estudos de Psicologia, 8*(1), 193-197.

Lewis, I. C. (1983). Humanizing pediatric care. *Child Abuse e Neglect, 7*, 413-419.

Lindquist, I. (1993). *A criança no hospital: Terapia pelo brinquedo*. São Paulo: Scritta.

Machado, M. L. A. (1994, dezembro). *Proposta de critérios de análise e avaliação de projetos educacionais-pedagógicos para a educação infantil no Brasil* (Mimeo). São Paulo.

Mitre, R. M. A., & Gomes, R. (2007). A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. *Ciência & Saúde Coletiva, 12*(5), 1277-1284.

Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2004). Brincar no hospital: Estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo, 9*(1), 1-28.

Organização Mundial de Saúde, OMS (1978). *The Alma-Ata declaration: The international conference on Primary Health Care*.

Oliveira, S. S. G., Dias, M. G. B., & Roazzi, A. (2003). O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia, Reflexão e Crítica, 16*(1), 1-13.

Rennick, J. E., Johnston, C. C., Dougherty, G.; Platt, R., & Ritchie, J. A. (2002). Children's psychological responses after critical illness and exposure to invasive technology. *Developmental and Behavior Pediatrics, 23*(3), 133-144.

Richardson, R. J. (1985). *Pesquisa social: Métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.

Sikilero, R., Morselli, R., & Duarte, G. (1997). Recreação: Uma proposta terapêutica. In R. Ceccim, & P. Carvalho (Eds.). *Criança hospitalizada: Atenção integral como escuta à vida* (pp. 59-65). Porto Alegre, RS: Editora da UFRS.

Silva, M. R. S., Elsen, I., & Lacharité, C. (2003). Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. *Paidéia, 13*(26), 147-156.

Soares, M. R. Z. (2001). Hospitalização Infantil: Análise do comportamento da criança e do papel da psicologia da saúde. *Psicologia em Pediatria: Pediatria Moderna, 37*(11), 630-632.

Soares, M. R. Z. (2003). Estratégias lúdicas na intervenção com crianças hospitalizadas. In C. G. Almeida (Ed.). *Intervenções em grupo: Estratégias psicológicas para a melhoria da qualidade de vida* (pp. 23-36). São Paulo: Papirus.

Soares, M. R. Z., & Zamberlan, M. A. T. (2001). A inclusão do brincar na hospitalização infantil. *Estudos de Psicologia, 18*(2), 64-69.

Soares, M. R. Z., & Zamberlan, M. A. T. (2003). Brincar no hospital. In M. A. T. Zamberlan (Ed.). *Psicologia e prevenção: Modelos de intervenção na infância e adolescência* (pp. 193-207). Londrina, PR: Editora da UEL.

Streisand, R., Rodrigues, J. R., Houck, C., Graham-Pole, J., & Berlant, N. (2002). Brief report: Parents of Children undergoing bone marrow transplantation: Documenting stress and Piloting a Psychological intervention program. *Journal of Pediatric Psychology, 25*(5), 331-337.

Vila, V. S. C., & Rossi, L. A. (2002). O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “Muito falado e pouco vivido”. *Revista Latino-americana de Enfermagem, 10*(2), 137-144.

Recebido em: 30/08/10

Aceito em: 28/02/11

Anexos

Anexo I – Questões dissertativas componentes das avaliações de aprendizagem (parciais e final) e respostas-padrão referentes aos módulos 3 a 5

- Questões dissertativas componentes das avaliações parciais de aprendizagem e respectivas respostas-padrão

Módulo 3

1) A inserção do brincar implica em reações positivas nas crianças, sendo elas físicas, comportamentais e emocionais. Quais são essas reações?

As vivências agradáveis ocasionadas pelo brincar permitem a ocorrência de sentimentos positivos (p. ex.: alegria e satisfação) e de comportamentos cooperativos, tais como: facilitar a ingestão de medicamentos e uso dos procedimentos, reduzir o número de “birras”, maior quantidade de sorrisos, melhora na socialização *etc.* Além disso, possibilita o relaxamento muscular por meio da liberação de substâncias e diminui a frequência, a intensidade e a duração da dor.

2) Por que o brincar no hospital?

O brincar permite a aquisição de informações sobre as práticas hospitalares, media o desenvolvimento de novas habilidades motoras, emocionais e sociais. Nesse sentido, estreita os relacionamentos entre as crianças, pais e responsáveis. Faz com que a criança esqueça-se da situação de doença e de hospitalização,

compreendendo melhor o ambiente. O brincar também ajuda a criança a expressar e mudar seus sentimentos.

Módulo 4

1) Alguns autores relatam os possíveis prejuízos advindos de uma internação prolongada e a necessidade de trabalhos que promovam a humanização da instituição hospitalar. Qual a sua opinião a esse respeito?

Pontua como adequada independente da resposta devido à construção da pergunta.

2) Com base nos temas discutidos durante este módulo, como o brincar pode contribuir para a adaptação e recuperação da criança hospitalizada?

O brincar permite o relaxamento das crianças e, por conseguinte, dos responsáveis. Possibilita que a criança saia da posição de sujeito passivo para o de ativo durante seu processo de internação, sendo uma estratégia efetiva para diminuir o estresse, o medo e a ansiedade relacionada a tal situação.

Módulo 5

1) Quais são as possíveis formas de intervenção lúdica no ambiente hospitalar?

Dentre as existentes, pode-se citar: livros infantis, cantigas de roda, brincar de médico e relaxamento e fantasia.

2) Quais são os possíveis ganhos que podem acompanhar a criança fora do ambiente hospitalar?

Concepção menos aversiva sobre o ambiente hospitalar, incluindo seus profissionais e o desenvolvimento de habilidades emocionais, sociais e comportamentais, sobretudo as de enfrentamento.

- Questões dissertativas componentes da avaliação final de aprendizagem e respectivas respostas-padrão

1) Quais mudanças no atendimento hospitalar poderiam torná-lo mais humanizado?

Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população e entre profissionais e administração. Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo um ambiente acolhedor e confortável. Utilizar o brincar como estratégia para a recuperação.

2) O que você entendeu sobre o desenvolvimento humano?

Processo contínuo que ocorre ao longo da vida, influenciado pelos fatores biológicos e sociais. Curso de vida, Piaget, estágios, crescimento, declínio, desenvolvimento de habilidades, regressão *etc.*

3) Quais brinquedos seriam indicados para crianças de 0 a 2 anos de idade?

Qualquer citação que envolvia brinquedos coloridos, de fácil manuseio, sem regras, com sons, próprios para o estágio sensório-motor de Piaget.

4) Quais são os sentimentos e sensações “negativas” que a criança pode vivenciar durante a

hospitalização?

Dor, sofrimento, ansiedade, medo e frustração, raiva, culpa, tristeza. (outros sentimentos negativos).

5) De que forma os profissionais da saúde podem trabalhar com os sentimentos “negativos” a fim de amenizá-los?

Permitindo maior frequência de visitas dos familiares, explicando às crianças e aos acompanhantes os procedimentos médico-hospitalares, brincando com a criança e permitindo melhor interação entre as crianças, profissionais e acompanhantes.

6) Com base nos temas discutidos durante os módulos, como o brincar pode contribuir para a adaptação e recuperação da criança hospitalizada?

O brincar permite o relaxamento das crianças e, por conseguinte, dos responsáveis e profissionais. Possibilita que a criança saia da posição de sujeito passivo para o de ativo durante seu processo de internação, sendo uma estratégia efetiva para diminuir o estresse, o medo e a ansiedade relacionada a tal situação. O brincar possibilita a aquisição de informações sobre as práticas hospitalares, media o desenvolvimento de novas habilidades motoras, emocionais e sociais. Nesse sentido, estreita os relacionamentos entre as crianças, pais e responsáveis. Faz com que a criança esqueça-se da situação de doença e de hospitalização, compreendendo melhor o ambiente. O brincar também ajuda a criança a expressar e mudar seus sentimentos.

7) Pensando em sua rotina profissional, você acredita ser possível incluir o brincar em seu relacionamento com o paciente infantil? Se sim, como você faria isso?

Categorizar como adequado, pois se trata de opinião.

8) Quais são as vantagens das técnicas “Cantigas de Roda” e “Relaxamento e Fantasia”?

Redução do estresse e da ansiedade. No relaxamento muscular e psicológico, permite o estreitamento das relações entre os profissionais da saúde e os pacientes infantis. Diminuição do medo/ansiedade e aumento da frequência dos comportamentos cooperativos. São elementos de distração que podem auxiliar a execução do procedimento médico.

Não requerem ônus financeiro e podem ocorrer em qualquer espaço.

9) Em sua opinião, quais são as técnicas mais apropriadas ao cotidiano do hospital? Por quê?

Categorizar como adequado, pois se trata de opinião.

Anexo II – Avaliação de Reação

CARO PROFISSIONAL,

Estamos avaliando a qualidade do nosso trabalho e para isso a sua colaboração é imprescindível. Pedimos a gentileza de responder às questões deste roteiro pois, a partir das suas respostas, poderemos corrigir nossas eventuais falhas e nos aperfeiçoar. Para que você fique bem à vontade com suas opiniões, esclarecemos que você não será identificado.

Muito obrigado.

Equipe -----

Responsável: -----

Profissão: ----- Data: -----/-----/-----

Conhecimentos anteriores

1) Qual o grau do seu conhecimento sobre os assuntos que foram abordados nesse encontro?

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Nenhum

Conhecia todos os assuntos

Especifique os assuntos que eram do seu conhecimento: -----.

Conteúdo

2) Os assuntos abordados são úteis ao seu dia-a-dia?

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Nenhuma utilidade

Muita utilidade

3) Compreensão dos assuntos:

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Muito fácil

Muito difícil

A Equipe (continua)

4) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Não conhece muito bem o assunto

Conhece muito bem o assunto

5) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Não explicam de maneira fácil os assuntos

Explicam de maneira fácil os assuntos

6) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Não incentiva as pessoas a participar

Incentiva as pessoas a participarem

15) Com esta equipe?

() Sim

() Não

Por quê?

16) Você teria alguma sugestão?

() Sim

() Não

Quais?

17) A partir do conhecimento adquirido haverá modificações na maneira como você conduz suas atividades com as crianças? Quais?

.....

.....

.....

Anexo III – Categorias de análise das questões dissertativas da avaliação de reação

Questão

Especifique os assuntos que eram do seu conhecimento.

Categorias: A importância do brincar dentro do ambiente hospitalar.

Humanização do sistema de saúde.

Desenvolvimento infantil.

Todos os assuntos.

Outros.

Questão

Qual sua opinião sobre o local dos encontros? Especificar motivos.

Categorias: Não respondeu.

Faltam recursos.

Aspectos gerais.

Questão

Você gostaria de fazer outro trabalho desse tipo? Por quê?

Categorias: Ainda há o que aprender.

- Melhora o atendimento às crianças internadas.
- Porque trouxe crescimento e conhecimento.
- O curso é legal e dá satisfação, relaxa.
- O tema é importante.
- Treinamentos como esse são sempre úteis.
- Outros.

Questão

Você gostaria de fazer outro trabalho desse tipo com esta equipe? Por quê?

Categorias: Responsável.

- Empenhada / Interessada.
- Ótima.
- Bem preparada.
- Interage com o grupo.
- Outros.

Questão

Você teria alguma sugestão? Quais?

Categorias: Mais atividades práticas.

- Participação dos pacientes / crianças.
- Oferecer espaço para os profissionais sugerirem brincadeiras.
- Abordar outros assuntos.
- Outros.

Questão

A partir do conhecimento adquirido, haverá modificações na maneira como você conduz suas atividades com as crianças. Quais?

Categorias: Introduzir brincadeiras na rotina hospitalar.

- Ser mais amável com as pessoas atendidas.
- Sim.
- Não.
- Outros.