CÁSSIA APARECIDA ANDRADE BONATO

ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES DE CRIANÇAS INTERNADAS EM HOSPITAL SOBRE O ADOECIMENTO E A HOSPITALIZAÇÃO EM UMA ABORDAGEM PIAGETIANA

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae.*

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2011

Ficha catalográfica preparada pela Seção de Catalogação e Classificação da Biblioteca Central da UFV

T
B699e
2011

Bonato, Cássia Aparecida Andrade, 1984-
Estudo das representações de crianças internadas em hospital sobre o adoecimento e a hospitalização em uma abordagem piagetiana / Cássia Aparecida Andrade Bonato. – Viçosa, MG, 2011.
xvi, 149f. : il. (algumas col.) ; 29cm.

Inclui apêndices.
Orientador: Maria de Lourdes Mattos Barreto.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.
Inclui bibliografia.

1. Piaget, Jean, 1836-1980. 2. Pacientes hospitalizados - Psicologia. 3. Crianças - Desenvolvimento. 4. Humanização dos serviços de saúde. 4. Crianças - Assistência hospitalar. I. Universidade Federal de Viçosa. II. Título.

CDD 22. ed. 362.11

CÁSSIA APARECIDA ANDRADE BONATO

ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES DE CRIANÇAS INTERNADAS EM HOSPITAL SOBRE O ADOECIMENTO E A HOSPITALIZAÇÃO EM UMA ABORDAGEM PIAGETIANA

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae.*

APROVADA: 6 de julho de 2011.

Profa. Gisele Maria Costa Souza

Profa. Neuza Maria da Silva

Profa. Maria de Lourdes Mattos Barreto
(Orientadora)

Dedico este trabalho às crianças que me ajudaram
a construir este trabalho e a minha criança mais amada
que me deu forças para concluí-lo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às crianças e às suas famílias por terem me recebido em suas casas e por ter tornado este trabalho possível. Agradeço ao carinho e a troca de saberes e experiências, hoje sou uma pessoa melhor, e sei que neste curto período de convivência as crianças me ensinaram mais sobre a vida do que qualquer outra pessoa. Saint Exupéry disse há muito tempo que "As pessoas grandes não compreendem nada sozinhas, e é cansativo, para as crianças, estar toda hora explicando". Mas, foi necessário neste trabalho perguntar às crianças muitas e muitas vezes o que elas sentiam, o que elas pensavam. Agradeço a indulgência das crianças por me explicar e a confiança por compartilhar comigo momentos tão intensos e pessoais.

BIOGRAFIA

CÁSSIA APARECIDA ANDRADE BONATO, filha de João Francisco Andrade e Vera Lúcia de Souza, nasceu em Coimbra, estado de Minas Gerais, em 11 de outubro de 1984.

Iniciou seus estudos na Escola Estadual Emílio Jardim, onde cursou desde as séries iniciais até o fim do Ensino Médio.

Em novembro de 2002, iniciou o Curso de Psicologia na Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ), graduando-se em agosto de 2008.

Em março de 2009, ingressou no Programa de Pós-Graduação, em nível de Mestrado, em Economia Doméstica da UFV, submetendo-se à defesa da Dissertação em junho de 2011.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS viii
LISTA DE FIGURAS ix
LISTA DE TABELAS xi
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS xii
RESUMO xiii
ABSTRACT xv
1. INTRODUÇÃO 1
1.1. Contextualização do Problema e Justificativa 2
1.2. Objetivo 5
1.2.1. Objetivo Geral 5
1.2.2. Objetivos Específicos 5
1.3. Hipótese 5
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 6
2.1. Local de Estudo 6
2.2. Unidade Empírica de Análise 7
2.3. População e Amostra 8
2.3.1. População 9
2.3.2. Amostra 12
2.4. Método para Coleta de Dados 15
2.4.1. O Método Clínico Piagetiano 16
2.4.2. O Estudo Piloto 17
2.4.3. Coleta de Dados 18
2.5. Procedimentos para Análise dos Dados 20
2.5.1. Tratamento dos dados 21
2.5.2. Análise dos dados 21

3. REFERÊNCIAS 23

II. ARTIGO 1 – REPRESENTAÇOES DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS SOBRE A DOENÇA E A HOSPITALIZAÇÃO 25

RESUMO 26

ABSTRACT 28

1. INTRODUÇÃO 30

2. MARCO TEÓRICO 31

2.1 Corporeidade e o Processo de Adoecimento e Cura 31

2.2. Hospital: Ambiente Físico e Humano 35

2.3. Tipos de Conhecimento na Teoria Piagetiana 41

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 43

3.1. População e Amostra 43

3.2. Coleta de Dados 46

3.3. Procedimentos para Análise dos Dados 46

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO 48

4.1. Hospital: Ambiente Físico 48

4.2. Hospital: Ambiente Humano 59

4.3. Procedimentos e Rotina Hospitalar 65

4.4. Adoecimento e Cura 72

5. CONCLUSÕES 78

6. REFERÊNCIAS 82

III. ARTIGO 2 – REPRESENTAÇÕES DE CRIANÇAS SOBRE OS RECURSOS LÚDICOS E INFERÊNCIAS SOBRE A RELAÇÃO DESTES COM A HUMANIZAÇÃO DO TRATAMENTO HOSPITALAR 86

RESUMO 87

ABSTRACT 89

1. INTRODUÇÃO 91

2. MARCO TEÓRICO 94

2.1 Considerações Sobre Família e Infância 94

2.2. O Lúdico no Ambiente Hospitalar 100

2.3. Construção do Conhecimento na Teoria Piagetiana 103

2.4. A Representação do Mundo na Criança 106

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 107
3.1. População e Amostra 107
3.2. Coleta dos Dados 109
3.3. Procedimentos para Análise dos Dados 110
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO 112
4.1. Atividades Lúdicas 112
4.2. Brinquedoteca Hospitalar 120
5. CONCLUSÕES 126
6. REFERÊNCIAS 129
IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS 133
APÊNDICES 135
Apêndice A 136
Apêndice B 138
Apêndice C 147
Apêndice D 149

LISTA DE QUADROS

I. A TEMÁTICA E SUA ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Quadro 1 - Frequência de sujeitos por tipo de pensamento 13

Quadro 2 - Caracterização das crianças selecionadas para a amostra – Viçosa / MG, 2010 14

Quadro 3 - Descrição dos Níveis de Análise 22

II. ARTIGO 1 – REPRESENTAÇÕES DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS SOBRE A DOENÇA E A HOSPITALIZAÇÃO

Quadro 1 - Frequência de sujeitos por tipo de pensamento 44

Quadro 2 - Caracterização das crianças selecionadas para a amostra..... 45

Quadro 3 - Descrição dos Níveis de Análise 47

III. ARTIGO 2 – REPRESENTAÇÕES DAS CRIANÇAS SOBRE OS RECURSOS LÚDICOS E SUA RELAÇÃO COM A HUMANIZAÇÃO DO TRATAMENTO HOSPITALAR

Quadro 1 - Distribuição de sujeitos por tipo de pensamento 108

Quadro 2 - Caracterização das crianças selecionadas para a amostra..... 108

Quadro 3 - Descrição dos Níveis de Análise 111

LISTA DE FIGURAS

II. ARTIGO 1 – REPRESENTAÇÕES DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS SOBRE A DOENÇA E A HOSPITALIZAÇÃO

Figura 1 - O conceito de hospital de acordo com as crianças hospitalizadas – Viçosa/MG, 2011 49

Figura 2 - A utilidade do hospital de acordo com as crianças hospitalizadas, Viçosa/MG - 2011 51

Figura 3 - A relevância do hospital de acordo com as crianças hospitalizadas, Viçosa/MG - 2011 54

Figura 4 - Soluções para melhorar o ambiente físico hospitalar na concepção das crianças hospitalizadas – Viçosa/MG, 2011 55

Figura 5 - O conceito das crianças hospitalizadas sobre quais tipos de pessoas há em um hospital – Viçosa/MG, 2011 60

Figura 6 - A concepção das crianças hospitalizadas sobre o trabalho no hospital – Viçosa/MG, 2011 62

Figura 7 - Soluções para melhorar o ambiente humano hospitalar na concepção das crianças hospitalizadas – Viçosa/MG, 2011 64

Figura 8 - Impressões das crianças hospitalizadas sobre a Rotina Hospitalar – Viçosa/MG, 2011 66

Figura 9 - Concepções das crianças hospitalizadas sobre o que se pode fazer em um hospital – Viçosa/MG, 2011 68

Figura 10 - Concepções das crianças hospitalizadas sobre o que não se pode fazer em um hospital – Viçosa/MG, 2011 70

Figura 11 - O conceito das crianças hospitalizadas sobre doença– Viçosa/MG, 2011 73

Figura 12 - Considerações das crianças hospitalizadas acerca de como se sente uma criança doente – Viçosa/MG, 2011 74

Figura 13 - Percepção das crianças hospitalizadas sobre as mudanças decorrentes do processo de adoecimento e cura – Viçosa/MG, 2011 76

III. ARTIGO 2 – REPRESENTAÇÕES DAS CRIANÇAS SOBRE OS RECURSOS LÚDICOS E INFERÊNCIAS SOBRE A RELAÇÃO DESTES COM A HUMANIZAÇÃO DO TRATAMENTO HOSPITALAR

Figura 1 - Concepções das crianças hospitalizadas sobre o brincar no hospital – Viçosa/MG, 2011 113

Figura 2 - Impressões das crianças hospitalizadas sobre a experiência de brincar no hospital – Viçosa/MG, 2011 115

Figura 3 - Impressões das crianças hospitalizadas sobre a experiência de não brincar no hospital – Viçosa/MG, 2011 117

Figura 4 - Percepção das crianças hospitalizadas sobre as diferenças no brincar no ambiente hospitalar e fora do ambiente hospitalar - Viçosa/MG, 2011 119

Figura 5 - O conceito das crianças hospitalizadas sobre Brinquedoteca Hospitalar – Viçosa/MG, 2011 121

Figura 6 - Importância da Brinquedoteca Hospitalar de acordo com a percepção das crianças hospitalizadas – Viçosa/MG, 2011 123

Figura 7 - Soluções para melhoria da brinquedoteca na opinião das crianças hospitalizadas – Viçosa/MG, 2011 125

LISTA DE TABELAS

I. A TEMÁTICA E SUA ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Tabela 1 - Caracterização das crianças hospitalizadas no Hospital São Sebastião entre setembro/2010 a janeiro/2011 – Viçosa/MG 10

Tabela 2 - Quantidade de crianças hospitalizadas no Hospital São Sebastião de acordo com a faixa etária, entre setembro/2010 a janeiro/2011 – Viçosa/MG 11

II. ARTIGO 1 – REPRESENTAÇÕES DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS SOBRE A DOENÇA E A HOSPITALIZAÇÃO

Tabela 1 - Freqüência de crianças em cada nível de desenvolvimento, segundo a categoria Hospital: Ambiente Físico – Viçosa/MG, 2011 49

Tabela 2 - Percentuais de crianças em cada nível, segundo a categoria Hospital: Ambiente Humano 59

Tabela 3 - Percentuais de crianças em cada nível, segundo a categoria Procedimentos e Rotina Hospitalar 65

Tabela 4 - Percentuais de crianças em cada nível, segundo a categoria Processo de Adoecimento e Cura 72

III. ARTIGO 2 – REPRESENTAÇÕES DAS CRIANÇAS SOBRE OS RECURSOS LÚDICOS E INFERÊNCIAS SOBRE A RELAÇÃO DESTES COM A HUMANIZAÇÃO DO TRATAMENTO HOSPITALAR

Tabela 1 - Percentuais de crianças em cada nível, segundo a categoria Atividades Lúdicas – Viçosa/MG, 2011. 112

Tabela 2 - Percentuais de crianças em cada nível, segundo a categoria Brinquedoteca Hospitalar – Viçosa/MG, 2011. 121

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

OMS – Organização Mundial da Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

RESUMO

BONATO, Cássia Aparecida Andrade, D. Sc., Universidade Federal de Viçosa, julho de 2012. **Estudo das representações de crianças internadas em hospital sobre o adoecimento e a hospitalização em uma abordagem piagetiana**. Orientadora: Maria de Lourdes Mattos Barreto. Coorientadora: Maria das Dores Saraiva de Loreto.

A construção do conhecimento por crianças e adolescentes tem instigado pesquisas nas mais variadas áreas. O conhecimento social é construído na interação entre o sujeito e o meio em que vive; assim, crianças e adolescentes que passam por uma experiência de hospitalização constroem conhecimento a partir de sua vivência. Quando hospitalizada, a criança é afastada de seu meio e sua realidade sofre alterações e transformações. Desta forma, além do sofrimento físico advindo da doença, a criança sofre por estar separada dos familiares, das atividades cotidianas e pelo desconhecimento do que está acontecendo consigo. Para minimizar este sofrimento são utilizadas estratégias de humanização hospitalar, como a brinquedoteca hospitalar, uma vez que a função do hospital não é apenas curar doenças, mas também promover bem-estar e qualidade de vida aos pacientes. Assim, ao buscar conhecer o que crianças hospitalizadas pensam sobre o processo de adoecimento e internação hospitalar, surgem algumas questões: Quais são as representações sobre o adoecimento e hospitalização de crianças que participam de atividades lúdicas no ambiente hospitalar? O que estas crianças pensam e sentem ao estar doentes e hospitalizadas? A fim de responder a estas questões, o objetivo desta pesquisa foi analisar as representações sobre o adoecimento e a hospitalização pela perspectiva de crianças, de 4 a 12 anos, hospitalizadas em uma instituição hospitalar que possui atividades lúdicas. Diante da natureza do problema abordado, utilizamos o Método Clínico Piagetiano, como método de coleta e análise dos dados, visando

alcançar o objetivo proposto. Para isso empreendemos uma coleta de dados através das seguintes etapas: construção do instrumento de coleta de dados e realizaçao do estudo piloto, e, coleta de dados por meio da entrevista clínica. Após realizadas as entrevistas, realizamos o tratamento dos dados elaborando seis categorias: ambiente físico hospitalar, ambiente humano hospitalar, procedimentos e rotina hospitalar, adoecimento e cura, práticas lúdicas e brinquedoteca hospitalar. Posteriormente realizamos a análise dos dados, de acordo com os níveis de respostas em que os sujeitos se encontram, de acordo com a teoria piagetiana. Os resultados apontaram que a construção do conhecimento social passa por fases evolutivas, indo de níveis mais simples até os mais complexos. Nossa hipótese de que as crianças desenvolvem representações sobre o processo de adoecimento e cura, desde muito jovens, foi corroborada. Mas é importante ressaltar que uma mesma criança possui representações e diferentes níveis de compreensão, de acordo com as categorias estabelecidas. Categorias que traziam aspectos vivenciados mais negativos, como dor, espera por atendimento e más condições de instalação física, alcançaram níveis maiores de compreensão, do que categorias que não estavam relacionadas com sofrimento, por exemplo, em relação ao brincar no hospital. Conclui-se que é importante conhecer as representações das crianças para que possamos rever os procedimentos hospitalares e até mesmo as práticas humanizadoras já desenvolvidas. Ouvindo as crianças percebemos que o ambiente hospitalar não é preparado para receber crianças, pois o ambiente e a prática hospitalar refletem as necessidades adultas, sem atentar-se que as crianças têm outras necessidades tanto em relação ao espaço físico e mobiliário, quanto à forma de tratamento humano: as crianças têm direito a ser ouvidas, tem direito de saber o que está acontecendo consigo e tem de ter suas necessidades infantis respeitadas. A brinquedoteca hospitalar é um avanço, pois permite que as crianças brinquem, tenham sua auto-estima aumentada e vivenciem momentos prazerosos no hospital. Entretanto são necessárias mudanças e maiores investimentos nos programas de humanização hospitalar, para que ocorra aumento do bem-estar e qualidade de vida das crianças hospitalizadas e de suas famílias.

ABSTRACT

BONATO, Cássia Aparecida Andrade, D. Sc., Universidade Federal de Viçosa, july, 2012. **Study of representations of children admitted to hospital on illness and hospitalization in Piagetian Theory**. Adviser: Maria de Lourdes Mattos Barreto. Co-Adviser: Maria das Dores Saraiva de Loreto.

The construction of knowledge by children and teenagers has instigated research in various areas. The social knowledge is constructed in the interaction between subject and the environment. Thus, children and teenagers having an experience of hospitalization construct knowledge from their experience. While hospitalized, the child is removed from its environment and its reality is suddenly transformed. Therefore, in addition to physical suffering arising from the disease, the child suffers from being separated from family, from his daily activities and the lack of what is happening with him. As a humanization strategy, the hospital playroom is used to minimize this suffering since the function of the hospital is not only cure diseases, but also to promote well-being and quality of life for patients. Thus, seeking to know what the hospitalized children think about the process of illness and hospitalization, some questions arise: What are the representations of illness and hospitalization that children who participate in recreational activities have in the hospital? What do these children think and feel to be sick and hospitalized? Thus, the aim of this study was to analyze the representations of illness and hospitalization from the perspective of children, 4-12 years, hospitalized in a medical institution that has recreational activities. The Piagetian clinical method was used as a technique for collecting and analyzing data. This way, we made a collection of data through the following steps: a) construction of the instrument for data collection and pilot study and b) data collection by clinical interview. Subsequently, the data were processed

such that they were divided in six categories: hospital's physical environment, hospital's human environment, procedures and hospital routines, illness and healing, recreational practices and playroom. The analysis was performed after a joint study relating the categorized answers and the levels of responses in which subjects are in agreement with Piagetian theory. The results indicated that the construction of social knowledge goes through evolutionary stages, with the levels ranging from simple to complex. Our hypothesis that children develop representations of the process of illness and healing since very early was corroborated. However, it is important to emphasize that the same child has different levels of understanding according to the categories established. The categories that brought more negative aspects of experience as pain, waiting for service and better conditions of physical installation achieved higher levels of understanding hen compared with categories that were not related to suffering, e.g. to play in the hospital. It is important to know the representations of the subject so that we can review hospital procedures and even humanizing practices already developed. When we listened to the children, we realize that the hospital environment is not prepared to receive children, because the environment and the hospital practice only reflect the needs of adults, without regard that children have other needs in terms of both space, furniture and human treatment: children have the right to be heard, are entitled to know what's going on with you and must have their children's needs respected. The possibility of playing is a step forward that enables the hospital to be not merely an entirely bad reminiscence in his memoirs.

1. INTRODUÇÃO

Ao refletir sobre a infância, percebemos que é comum, em nossa sociedade, desconsiderar a opinião da criança por crer que é o adulto que sabe o que é importante, considerando que ela é incapaz de saber o que é melhor para si. Tanto que comumente ouvimos expressões, como: “Criança não tem querer!”, “Criança tem cada uma...” ou “Isso é coisa de criança, deixa pra lá...”.

Desta forma, a opinião infantil é, em grande parte das vezes desmerecida, como se as crianças não fossem competentes para dizerem o que pensam e sentem. Estas crenças não permeiam apenas o senso comum, mas também o campo científico, que, na maioria das áreas de conhecimento, privilegia o pensamento dos adultos em detrimento das representações infantis.

Em contrapartida a essas crenças, acreditamos que a criança deve ser vista como um ser importante, que merece ser cuidada, amada, educada e ouvida, para que possa se desenvolver e tornar-se um adulto pleno, que, com suas ações, percepções e sentimentos, contribuirá para nossa sociedade. Além disso, as crianças devem ser ouvidas porque, mesmo quando pequenas, possuem conhecimento social. Piaget propõe que o conhecimento social deriva das trocas entre indivíduos por meio das interações sociais no decorrer de sua vida. Assim, as crianças ao interagir possuem representações sobre o seu meio social e têm o direito de expressá-las. Quando inseridas no ambiente hospitalar, mesmo vivenciando situações fisicamente e psicologicamente dolorosas, isso não é diferente.

A partir do exposto, acreditamos que as crianças constroem representações sobre o ambiente hospitalar e o adoecimento. Por isso, é importante ouvir dessas crianças o que pensam e sentem sobre o adoecimento e o processo de hospitalização, sendo este nosso objetivo de trabalho. No decorrer deste trabalho, buscamos ouvir o que as crianças tinham a dizer sobre si, tomando-as enquanto sujeitos de sua própria

existência. Desta forma, nos direcionamos de modo a captar as representações construídas pelas crianças em relação à hospitalização por elas vivenciada.

1.1. Contextualização do Problema e Justificativa

Adoecer, requerer cuidados médicos e permanecer em hospital são processos dolorosos para qualquer ser humano, já que, além do sofrimento físico, há também um grande sofrimento psicológico. A pessoa é afastada de suas atividades cotidianas, de seus entes queridos e ainda há dúvidas sobre a reabilitação e o processo de cura. Se este processo é difícil para um adulto é ainda mais para uma criança.

Quando hospitalizada, a criança é afastada de seu meio e sua realidade é transformada bruscamente. Assim, seu sentimento de cotidiano é extirpado, pois fica longe de suas referências: os pais, a casa, os irmãos, a escola, os amigos, os animais de estimação, os brinquedos. A criança não entende o que está se passando com ela, sofre com procedimentos terapêuticos invasivos ou dolorosos, tem medo do novo ambiente, angustia-se pela falta de referências afetivas, além de culpar-se por estar doente e longe da família.

Este cenário foi vivenciado pela pesquisadora ao ser hospitalizada repetidas vezes, aos 7 anos, devido a alterações renais. Nesse período pode vivenciar o adoecimento e a realidade hospitalar, e esta experiência foi significante e difícil de ser esquecida: as dores freqüentes; a internação prolongada em uma enfermaria de hospital fria e bege; os leitos iguais e o tratamento desumanizado; as outras muitas crianças chorando; a falta de perspectiva de ir para casa; os procedimentos invasivos, como o soro e as várias injeções; o não reconhecimento do meu próprio corpo inchado pela retenção de líquido; a separação dos meus familiares, escola e amigos, entre tantas outras coisas. Essas experiências instigaram o desejo de aprofundar sobre essa questão, especificamente sobre as representações infantes, no ambiente hospitalar.

O hospital é um lugar onde doença e morte são enfrentadas a partir de conhecimentos e técnicas especializadas, em favor da saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como *um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não meramente como ausência de doenças* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). A partir dessa definição pode-se entender a doença não apenas como o

antônimo de saúde, mas também como uma desestabilização e um confronto com o incontrolável e o inesperado, característicos da vida.

Assim, é função do hospital não apenas curar doenças, mas também promover bem-estar e qualidade de vida aos pacientes. As estratégias de humanização hospitalar, tais como, as atividades lúdicas dirigidas às crianças têm esses objetivos, e a brinquedoteca hospitalar assume enorme importância na humanização do tratamento da criança hospitalizada.

Segundo Cunha (2008), as brinquedotecas surgiram no Brasil na década de 80 e consiste em um espaço criado com o objetivo de proporcionar estímulos para que a criança possa brincar livremente. A brinquedoteca resgata o direito à infância, já que valoriza a atividade lúdica, promovendo o respeito à necessidade infantil de brincar.

A palavra lúdico significa brincar, estando incluídos no brincar os jogos, os brinquedos e as brincadeiras e a conduta daquele que brinca e se diverte (SANTOS, 2000). Brincar é uma necessidade infantil tão reconhecida que se tornou lei, com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei nº 8.069/90). O ECA reconhece a importância do brincar para o desenvolvimento da criança e assegura que esta tenha o direito de brincar em diversos ambientes, entre eles, o hospitalar.

Toda atividade lúdica requer o enfrentamento do inesperado, exigindo capacidade de enfrentá-lo e ensinando como fazê-lo (PEDROSA, 2007). Deste modo, brincar no hospital promove a saúde, especialmente se a saúde for concebida como afirmação da vida. Pedrosa (2007) defende a ideia de que privar uma criança de brincar significa privá-la do prazer de viver, portanto, propiciar o brincar equivale a reforçar o prazer de viver.

Através do brincar a criança experimenta e ensaia o que aprende e vivencia. Além disso, o brincar exprime tanto a realidade externa da criança quanto a sua realidade interna. Assim, as ações lúdicas desenvolvidas no hospital fazem com que as crianças possam externalizar seus sentimentos em relação ao adoecimento e a hospitalização. Observa-se que, além das dificuldades que a própria doença traz, as condições de hospitalização podem afetar a totalidade da criança, de forma que o seu desenvolvimento físico, emocional e intelectual fique comprometido (PEDROSA, 2007).

A hospitalização compromete o desenvolvimento normal da criança que, além da doença, sofre devido a sua quebra de rotina anterior e ao processo de adaptação a sua nova realidade, podendo acarretar alterações físicas e psicológicas.

Durante longas internações ou, no curso de doenças crônicas, são comuns manifestações da criança através de regressões (por exemplo, crianças que já possuiam controle dos esfíncteres podem voltar a usar fraldas e crianças maiores podem utilizar uma linguagem própria de crianças maiores), diminuição no ritmo do desenvolvimento, desordens do sono e da alimentação, dependência, agressividade, apatia, negativismo e uma variedade de transtornos e disfunções (BAR-MOR, 1997, *apud* CARVALHO, 2006).

Todas as questões citadas são extremamente relevantes, pois tratam do sofrimento advindo da hospitalização. Porém, nota-se que muitas destas observações foram feitas a partir da perspectiva dos adultos. Os pesquisadores, pais e profissionais de saúde observam que nas situações de hospitalização as crianças manifestam alterações físicas e psicológicas (BAR-MOR, 1997, *apud* CARVALHO, 2006; PEDROSA, 2007; PACIANELLO, 2008) e que em hospitais onde a humanização se faz presente, através de atividades lúdicas, as crianças tem melhor desenvolvimento no processo de reabilitação (ISAYAMA, 2005; FONTES, 2005; FRANÇANI, 1998; PEDROSA, 2007; SILVA, 2005).

Ressaltamos aqui que é importante também ouvir *a* criança. Ouvir o que ela pensa sobre estar doente e hospitalizada. Há muitas pesquisas *sobre* crianças hospitalizadas, mas faz-se necessário realizar pesquisas *com* estas crianças, conhecer o que elas têm a dizer sobre si, sobre seus medos e anseios, suas experiências, através de suas representações sobre a hospitalização. Esta outra perspectiva é interessante na medida em que retira a criança de um papel passivo para reconhecê-la como sujeito de sua própria história.

A ênfase em conhecer o que as crianças têm a dizer justifica-se pelo reconhecimento das crianças como agentes sociais, que possuem competência para a ação, comunicação e troca cultura. De acordo com Rocha (2008, p. 46), *as crianças não só reproduzem, mas produzem significações acerca de sua própria vida e das possibilidades de construção da sua existência*. Ao ouvir as crianças somos capazes de conhecer um ponto de vista diferente do que se analisássemos nosso objeto somente através de olhares adultos.

Assim, ao buscar conhecer o olhar das crianças hospitalizadas sobre o processo de adoecimento e internação hospitalar, surgem algumas questões: Quais são as representações sobre o adoecimento e hospitalização de crianças que participam de atividades lúdicas no ambiente hospitalar? O que estas crianças pensam e sentem ao

estar doentes e hospitalizadas? O que as crianças hospitalizadas pensam e sentem sobre as atividades lúdicas desenvolvidas no hospital?

Estas questões nortearam este trabalho e nesse sentido, justificaram as reflexões desenvolvidas nessa pesquisa. Ao ser hospitalizada, alterações repentinas ocorrem na vida da criança e de sua família, assim, são importantes projetos que incluam uma assistência de maior qualidade e mais humanizada e que visem minimizar os efeitos da hospitalização e o sofrimento psicológico. Porém é também importante e necessário conhecer o que as crianças pensam e sentem ao vivenciar uma hospitalização e os projetos de humanização que foram participantes.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo Geral

O objetivo deste trabalho é analisar as representações de crianças internadas em hospital sobre o adoecimento e a hospitalização, pela perspectiva de crianças, de 5 a 12 anos, hospitalizadas em uma instituição hospitalar, que desenvolve atividades lúdicas, fundamentada em uma perspectiva piagetiana.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Identificar quais as representações das crianças sobre a doença e o processo de hospitalização;
- Analisar as representações das crianças sobre a doença e a hospitalização;
- Inferir as relações entre o uso de recursos lúdicos e a humanização do tratamento hospitalar;

1.3. Hipótese

A proposta em questão tem embasamento teórico na teoria piagetiana, sendo que nesta concepção conhecimentos sobre o mundo são construídos ativamente pelos indivíduos, através de estruturas de assimilação, que são sucessivamente melhoradas, de acordo com o desenvolvimento do sujeito, a partir do estágio em que se encontra. Deste modo, entende-se que o conhecimento é construído pela criança, ou seja, não é uma cópia do que é transmitido às crianças, mas sim produto das interações, evoluindo na medida em que novas situações são vivenciadas e novas interações

ocorrem. As crianças podem construir representações sobre adoecer e sobre o hospital através dos meios de comunicação, da interação com adultos e outras crianças, através da própria experiência e também nas brincadeiras. Assim, ao tratar do conhecimento das crianças sobre o adoecimento e hospitalização, a principal hipótese que norteia este trabalho é:

- As crianças e adolescentes, hospitalizados em uma instituição que realiza atividades lúdicas, criam representações sobre o adoecimento e a experiência da hospitalização desde muito cedo, sendo que estas representações se modificam progressivamente ao longo de seu desenvolvimento. Este percurso não é linear, crianças de uma mesma faixa etária podem transitar em diferentes níveis de construção do conhecimento social.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para alcançar os objetivos propostos utilizamos como referencial metodológico o Método Clínico Piagetiano. Os procedimentos metodológicos podem ser divididos em seis fases: definição do local de estudo; delimitação da população e composição da amostra; construção do instrumento de pesquisa; coleta e análise dos dados.

2.1. Local de Estudo

A população que constitui este estudo foi composta por crianças hospitalizadas na enfermaria pediátrica do Hospital São Sebastião, em Viçosa-MG, no período de setembro de 2010 a meados de janeiro de 2011.

Viçosa localiza-se na mesorregião da Zona da Mata de Minas Gerais. Em 2007, possuía população estimada de 70 mil habitantes, sendo que a sua população infantil é de mais de 17 mil menores de 15 anos. A população é predominantemente urbana, e tem como atividades principais o comércio e a prestação de serviços, já que é uma cidade essencialmente universitária, com destaque para a Universidade Federal de Viçosa (IBGE, 2008).

A cidade de Viçosa possui dois hospitais: o Hospital São João Batista e a Casa de Caridade de Viçosa Hospital são Sebastião (que chamaremos daqui em diante de Hospital São Sebastião), sendo este último selecionado para a realização da

pesquisa. Além de ser uma referência regional no cuidado da saúde através do tratamento de várias doenças, o hospital possui um amplo espaço destinado ao desenvolvimento de atividades lúdicas e programas específicos para humanização hospitalar através de recursos lúdicos, o que o diferencia de grande parte dos hospitais; assim, por sua excelência em relação ao trabalho lúdico com as crianças hospitalizadas o Hospital São Sebastião se mostrou um local adequado para a realização do estudo.

2.2. Unidade Empírica da Análise

O Hospital São Sebastião foi fundado em 1908 e é uma associação civil de direito privado, de caráter assistencial, sem fins lucrativos, e tem por finalidade a prestação de assistência médico-hospitalar. Atende casos de doenças crônicas, emergências, entre outras, sendo procurado por pessoas de diferentes classes sociais e de toda microrregião de Viçosa. Este hospital tem por missão promover a saúde por meio do exercício da medicina e da geração de conhecimento, com excelência e qualidade. A ala de enfermaria pediátrica conta com 11 leitos, sendo que crianças também ocupam, além deste ambiente, quartos particulares (HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO, 2009).

A Brinquedoteca Hospitalar "Doce Brincar" foi fundada em 1993 para atender crianças internadas pelo SUS, e contava com a participação de funcionários do hospital e estagiários. Atualmente, dois projetos de extensão universitária dos cursos da UFV veiculados aos cursos de Educação Infantil e de Economia Doméstica são desenvolvidos na brinquedoteca hospitalar, são eles respectivamente: *Brinquedoteca hospitalar: uma estratégia de humanização junto às famílias e crianças atendidas no Hospital São Sebastião em Viçosa, MG*, que teve início em 2005, e, *A família inserida no contexto hospitalar enquanto acompanhante de crianças internadas na pediatria do Hospital São Sebastião em Viçosa- MG,* que iniciou em 2008. A equipe envolvida nos projetos é constituída por profissionais do hospital, bolsistas de extensão, docentes e discentes dos cursos de Economia Doméstica e de Educação Infantil.

A parceria com estes projetos de extensão universitária é indispensável para que a Brinquedoteca do Hospital São Sebastião de Viçosa - MG possa se manter em funcionamento e, dessa forma, continue desenvolvendo atividades lúdicas com as

crianças hospitalizadas. Os principais objetivos destes projetos são: manter uma equipe de estagiários para garantir a viabilidade do atendimento às crianças internadas e suas respectivas famílias; produzir materiais lúdicos; planejar, organizar e desenvolver atividades com as crianças internadas no espaço da Brinquedoteca, na pediatria e leitos particulares; tornar as crianças elementos ativos dentro do processo de recuperação de suas enfermidades; intensificar contato com os acompanhantes da criança com o intuito de minimizar o sofrimento de ambos; implementar o desenvolvimento das estratégias de ações, junto à comunidade, para melhorar o acervo de livros e brinquedos e ainda, possibilitar a aquisição de equipamentos e mobiliários necessários ao funcionamento da brinquedoteca; divulgar as ações desenvolvidas na Brinquedoteca do Hospital São Sebastião, na comunidade local; desenvolver estratégias junto à comunidade hospitalar de forma a contribuir com o reconhecimento dos profissionais da saúde, quanto à importância de um espaço para o desenvolvimento de atividades lúdicas dentro de uma unidade hospitalar; dentre outros (DADOS DO RELATÓRIO DE EXTENSÃO, 2010).

A partir de 2007, a brinquedoteca estendeu seu atendimento a todas as crianças hospitalizadas, assim o público-alvo deixou de ser apenas as crianças internadas na pediatria e estendeu-se a todas as crianças hospitalizadas. Os responsáveis pelos projetos de extensão universitária acreditam que as atividades lúdicas desenvolvidas contribuem para a melhor recuperação da saúde das crianças, já que desde a criação do projeto em 2006, notou-se uma gradativa queda do índice de reincidência de internação (DADOS DO RELATÓRIO DE EXTENSÃO, 2010). No ano de 2008, a brinquedoteca hospitalar recebeu um prêmio do Ministério da Cultura em reconhecimento às atividades lúdicas desenvolvidas, este prêmio permitiu uma reforma no espaço físico e no acervo da brinquedoteca.

2.3. População e Amostra

Ao falar da população do estudo buscamos caracterizar as crianças hospitalizadas no setor pediátrico do Hospital São Sebastião. Consideramos como amostra do nosso estudo um subconjunto das crianças do hospital, que atendiam aos pré-requisitos que estabelecemos em nosso objetivo: ter de 4 a 12 anos, ter participado de atividades lúdicas e estar internado pelo SUS.

2.3.1. População

O Hospital São Sebastião atende no setor pediátrico crianças de 0 a 12 anos, com público de faixa etária predominante entre 0 a 4 anos, portadores de variadas enfermidades que requerem tanto internações curtas quanto prolongadas. O hospital possui uma enfermaria pediátrica com 11 leitos e quartos particulares, onde as crianças podem permanecer hospitalizadas, e não há uma estimativa possível de ocupação.

Durante o período de setembro de 2010 a janeiro de 2011, ficaram internadas no hospital 159 crianças, sendo que 56,6% eram meninos e 43,4% meninas. As crianças eram oriundas do município de Viçosa (55,3%) e das cidades vizinhas: Araponga, Canaã, Coimbra, Ervália, Paula Cândido, Pedra do Anta, Porto Firme, São Miguel do Anta, Sericita e Teixeiras. A maioria das crianças (62,7%) residia na zona urbana de seus municípios, enquanto parte delas vivia na zona rural (37.3%).

Os pais destas crianças têm baixo nível de instrução, sendo que 70% têm apenas o ensino fundamental incompleto, ou seja, não chegaram a completar a antiga 8ª série, atual 9º ano. Alguns pais, principalmente da zona rural, são analfabetos (6%) e apenas 2 mães tinham curso superior. A renda das famílias é baixa, em torno de 0 a 2 salários mínimos por mês, sendo que os pais citam que os programas sociais, como Bolsa Família, são importantes para o sustento da família, sendo em algumas ocasiões a única fonte fixa de dinheiro que possuem.

As famílias da zona rural, em sua maioria, trabalham como lavradores e não têm um emprego formal ou renda fixa, já que trabalham "por dia". A possibilidade de trabalho destas famílias aumenta na época de colheitas, principalmente a de café, nas regiões de Araponga, Ervália e Paula Candido, quando as mulheres também passam a trabalhar nas colheitas. Nas famílias da zona urbana é grande o número de desempregados e de pessoas sem renda fixa (75%). Nessas famílias, as mães têm grande papel na geração de renda da família, já que a maioria (86%) trabalha, principalmente como empregada doméstica ou diarista. As crianças da cidade, em sua maioria, ficam em creches ou com parentes; as da zona rural ficam com as mães, que, em sua maioria, trabalham fora apenas em épocas de safra.

Duas características desta população são marcantes e dificultaram a seleção da amostra: a quantidade e a idade das crianças internadas da pediatria do Hospital São Sebastião. Tratando-se de hospitais não há como se prever quantos e quais serão

os doentes. No período do estudo, a quantidade de crianças internadas variou muito, não sendo possível fazer uma previsão de ocupação dos leitos. Assim, em algumas semanas, a pediatria estava superlotada e as crianças doentes que chegavam tinham que aguardar uma vaga na emergência, e em outras épocas, como na semana de 24/12 a 28/12, não havia nenhuma criança internada na pediatria. Esta característica prejudicou muito a formação da amostra, atrasando a pesquisa.

Tabela 1 - Caracterização das crianças hospitalizadas no Hospital São Sebastião entre setembro/2010 a janeiro/2011 – Viçosa/MG

Mês	Quantidade de crianças hospitalizadas	Idades
Set/10	50	0 a 3 (20 crianças), 4 a 6 (16 crianças), 7 a 9 (8 crianças) e 10 a 12 (6 crianças)
Out/10	39	0 a 3 (19 crianças), 4 a 6 (9 crianças), 7 a 9 (6 crianças) e 10 a 12 (5 crianças)
Nov/10	32	0 a 3 (18 crianças), 4 a 6 (9 crianças), 7 a 9 (3 crianças) e 10 a 12 (2 crianças)
Dez/10	28	0 a 3 (16 crianças), 4 a 6 (6 crianças), 7 a 9 (2 crianças) e 10 a 12 (4 crianças)
Jan[1]/11	10	0 a 3 (6 crianças), 4 a 6 (2 crianças), 7 a 9 (0 crianças) e 10 a 12 (2 crianças)
TOTAL	159	0 a 3 (79 crianças), 4 a 6 (42 crianças), 7 a 9 (19 crianças) e 10 a 12 (19 crianças)

Fonte: Dados da pesquisa, 2011.

Apesar da quantidade de crianças ser uma característica relevante, o fator que mais dificultou a formação da amostra foi a idade das crianças internadas. De acordo com o método utilizado para coleta e análise de dados, definimos que nossa amostra seria composta por crianças de 4 a 12 anos de idade internadas na pediatria e que participaram de atividades lúdicas. Assim, apenas 52,4% das crianças das crianças hospitalizadas no período de setembro a janeiro atendiam as exigências para compor a amostra de nosso estudo, sendo que a proporção de crianças menores de 4 anos hospitalizadas no período foi de 47.6%. Ou seja, apenas pouco mais da metade das crianças hospitalizadas tinha entre 4 e 12 anos.

Dados semelhantes são observados nos relatórios dos projetos de extensão "*Brinquedoteca hospitalar: uma estratégia de humanização junto às famílias e*

[1] Foram coletados dados até o dia 14/01/11, portanto, o número de crianças internadas no Hospital São Sebastião não representa todo o mês.

crianças atendidas no Hospital São Sebastião em Viçosa, MG", e, "*A família inserida no contexto hospitalar enquanto acompanhante de crianças internadas na pediatria do Hospital São Sebastião em Viçosa- MG*". Os dados destes projetos demonstram que, em 2009, 75% das crianças hospitalizadas tinham até 4 anos de idade, e, em 2010, este número foi de 55%.

Na tabela 2, pode-se visualizar a distribuição de crianças hospitalizadas de acordo com a idade, nos meses de setembro de 2010 a janeiro de 2011.

Tabela 2 - Quantidade de crianças hospitalizadas no Hospital São Sebastião de acordo com a faixa etária, entre setembro/2010 a janeiro/2011 – Viçosa/MG

Mês	Quantidade de crianças de 0-3 anos	Quantidade de crianças de 4-6 anos	Quantidade de crianças de 7-9 anos	Quantidade de crianças de 10-12 anos
Set/2010	20	16	9	6
Out/2010	19	9	6	5
Nov/2010	18	9	3	2
Dez/2010	16	6	2	4
Jan/2011	6	2	0	2
Total de crianças hospitalizadas no período estudado	79	42	20	19

Fonte: Dados da pesquisa

O mês de setembro foi o que teve maior lotação na pediatria, com 50 crianças hospitalizadas no período. Uma explicação plausível para este fato é que na maior parte deste mês ainda é inverno e nas temperaturas mais baixas as crianças ficam mais susceptíveis a adquirirem doenças respiratórias, como, por exemplo, pneumonia, foram as maiores causas de hospitalização infantil observadas.

O segundo diagnóstico de maior incidência foram as doenças gastroentestinais, como gastroenterite e desidratação. As crianças menores de 0 a 6 anos são as que mais sofrem os efeitos das mudanças drásticas de temperatura e clima, pois têm menos defesas naturais, correndo maior risco de adoecer que as crianças maiores. Isto pode ser observado na figura 1, que mostra que nos mês de setembro de 2010, de 50 crianças internadas, 36 tinham até 6 anos, ou seja, 72% das crianças hospitalizadas no período.

Em outubro houve uma queda no número de crianças hospitalizadas, de 50 para 39, o que pode ser atribuído a mudança de temperatura com a chegada da primavera. Porém, o número de crianças menores de 3 anos continua maior em relação às outras faixas etárias, sendo que das 39 crianças hospitalizadas 19 tinham até 3 anos de idade.

Com relação ao mês de novembro, 32 crianças foram hospitalizadas, sendo que metade das crianças hospitalizadas (18) tinham menos de 4 anos. Neste mês não houve grandes oscilações de temperatura, o que pode ter contribuído para uma baixa taxa de ocupação no setor pediátrico.

No mês de dezembro 28 crianças foram hospitalizadas, sendo que 57% das crianças tinham até 3 anos. Um fato relevante para composição da amostra é que o mês de dezembro foi o mês com maior quantidade de crianças hospitalizadas, com 10 anos ou mais, que aceitaram participar da pesquisa.

No mês de janeiro, o número de crianças referiu-se à quantidade de crianças internadas até 14 de janeiro de 2011, quando foi possível conseguir a autorização da 30ª criança para participar da pesquisa. Novamente pode-se observar que grande parte das crianças hospitalizadas tinha menos de 4 anos (60%). Outra observação importante que retrata bem a variação de idades nesta população é que, na primeira quinzena de janeiro de 201,1 nenhuma criança com idade entre 7 e 9 anos permaneceu internada na pediatria.

2.3.2. Amostra

Para compor a amostra foram utilizados dois critérios: as crianças deveriam obrigatoriamente ter participado das atividades lúdicas desenvolvidas no hospital, tanto na brinquedoteca quanto no leito, em caso de crianças impossibilitadas de se locomoverem e a internação ter ocorrido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Assim sendo, foram considerados sujeitos adequados à pesquisa crianças de quatro a doze anos de idade de ambos os sexos, que estavam internadas no hospital pelo SUS e que participaram de atividades lúdicas, durante o período de coleta de dados.

As crianças que compuseram a amostra foram divididas em três grupos: de 4 a 6 anos, de 7 a 9 anos e de 10 a 12 anos. Esta divisão foi feita de modo a abranger, teoricamente, três estágios de desenvolvimento mental propostos por Piaget, sendo eles: **Pensamento Pré-Operatório** – as crianças de 4 anos estariam na segunda fase

do estagio pré-operatório e as de 6 anos no final deste estágio; **Pensamento Operatório-Concreto,** as crianças de 7 estariam no início deste estagio e as de 9 no fim deste estágio; e **Operatório-Formal,** as crianças de 10 anos estariam na transição do estagio anterior para este e as de 11 e 12 anos estariam iniciando o estágio formal. É importante ressaltar que se pressupõe que as crianças destas idades encontrem-se nestes estágios, de acordo com a literatura estudada, já que não foram realizadas provas piagetianas para confirmar o estágio de cada criança.

Para a escolha do número de sujeitos a amostra não foi dividida por idade, mas utilizou-se como base 10 sujeitos por categoria, já que não era de interesse saber o que as crianças de determinada idade pensam, mas como crianças, com o mesmo tipo de pensamento, constroem representações sobre a hospitalização e a doença.

Assim sendo, a amostra foi delimitada, como pode ser observado no Quadro 1:

Quadro 1 - Frequência de sujeitos por tipo de pensamento

Tipo de Pensa-mento	Pré-Operatório			Operatório-Concreto			Operatório Formal		
Faixa etária	4 anos	5 anos	6 anos	7 anos	8 anos	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos
	0 crianças	5 crianças	5 crianças	3 crianças	3 crianças	4 crianças	2 crianças	5 crianças	3 crianças
Número de sujeitos por categoria	10 crianças			10 crianças			10 crianças		

Dentro das perspectivas possíveis em nosso ambiente de estudo, tentou-se equilibrar a amostra em relação às idades em cada subgrupo e ao sexo dos sujeitos, o que não foi totalmente possível devido à natureza da população, discutida anteriormente.

Um dado importante a ser destacado é a diferença entre a porcentagem de meninos e meninas da população e os que compuseram a amostra. A população era composta por 56.6% de crianças do sexo masculino e 43.4% do sexo feminino, ou seja, as crianças internadas no período eram em sua maioria meninos. Na amostra ocorreu o contrário, 70% foram meninas e 30% meninos. A diferença entre os sexos é menor na faixa até 9 anos, mas acentua-se na última faixa etária de 10 a 12 anos. Alguns meninos desta faixa etária recusaram-se a participar das atividades da brinquedoteca, como se brincar os fizesse "crianças", e eles rejeitavam ser nomeados como crianças,

pois em suas falas percebeu-se que se sentiam adolescentes e acreditavam que deixar de brincar é uma das coisas que diferencia ser criança e ser adolescente. A adesão das meninas foi muito maior, elas gostavam muito de ir à brinquedoteca, sendo que as maiores gostavam principalmente de jogos de tabuleiro e livros.

A caracterização dos sujeitos que compuseram a amostra é apresentada no Quadro 2. Não foi realizada nenhuma entrevista com crianças de 4 anos, já que a única criança de 4 anos que aceitou participar do estudo tinha completado 5 anos na época da entrevista. A média de idade no grupo de crianças do pré-operatório foi de 5;98 anos, sendo que a criança mais nova tinha 5 anos recém completados e a mais velha 6 anos e 11 meses. No grupo do estágio operatório concreto a média de idade foi de 8;54 anos, tendo a criança mais nova 7;1 anos e a mais velha 9;6 anos. A criança mais nova do grupo do estágio operatório formal tinha 10;4 anos e a mais velha, 12;10 anos, neste estágio a média de idade foi de 11;3 anos.

Quadro 2 - Caracterização das crianças selecionadas para a amostra – Viçosa / MG, 2010

Estágio do Desenvolvimento	Criança	Idade	Diagnóstico
Pré-operatório (4 a 6 anos)	1	5;0	Catapora
	2	5;1	Pneumonia
	3	5;2	Amidalite
	4	5;4	Infecção Intestinal
	5	5;9	Amputação dedo pé
	6	6;3	Problemas cardíacos
	7	6;5	Pneumonia
	8	6;5	Pneumonia
	9	6;8	Suspeita de infecção
	10	6;11	Pneumonia
Operatório Concreto (7 a 9 anos)	11	7;1	Gastrenterite
	12	7; 6	Queda/ Traumatismo Craniano Leve
	13	7; 10	Pneumonia
	14	8;1	Dores abdominais, Falta de apetite
	15	8;4	Suspeita de Alergia
	16	8; 9	Fratura Fêmur
	17	9;4	Pneumonia

Continua...

Quadro 2 – Cont.

Estágio do Desenvolvimento	Criança	Idade	Diagnóstico
Operatório Concreto (7 a 9 anos)	18	9;6	Anemia falciforme
	19	9; 6	Desidratação
	20	9;6	Fratura Braço
Operatório Formal (10 a 12 anos)	21	10; 4	Gastroenterite
	22	10;10	Pneumonia
	23	11; 2	Suspeita Apendicite/ dor abdominal
	24	11; 3	Apendicite
	25	11; 4	Nefrite
	26	11; 10	Dor nas costas
	27	11;11	Infecção renal – má formação renal
	28	12; 1	Diabetes
	29	12; 4	Anemia falciforme
	30	12; 10	Hipoglicemia

O período médio de internação das crianças da amostra foi de 5,9 dias. O período médio de internação dos grupos dos estágios Pré-operatório, Operatório-concreto e Operatório Formal foram de, respectivamente: 6,3 dias, 4,9 dias e 6,5 dias. As crianças que demandaram maior tempo de hospitalização foram aquelas que tinham doenças crônicas ou de maior gravidade, como: anemia falciforme, problemas cardíacos, pneumonia, nefrite e catapora. As que tinham doenças gastroentestinais permaneceram menor tempo no hospital.

Das 30 crianças que compuseram a amostra 17 residiam em Viçosa, estando a maioria (15) em bairros periféricos e na zona rural, e 13 nas cidades vizinhas de: Araponga, Canaã, Coimbra, Ervália, Paula Cândido, Pedra do Anta, Porto Firme, São Miguel do Anta e Teixeiras. Assim, a amostra foi composta de 22 crianças da zona urbana e 8 da zona rural.

2.4. Método para Coleta de Dados

Como referencial metodológico para realizar a coleta de dados foi utilizado o Método Clínico Piagetiano. Pode-se dividir a coleta de dados em duas etapas: o Estudo Piloto, onde foi desenvolvido e testado o instrumento utilizado para a coleta de dados e a coleta de dados propriamente dita.

2.4.1. O Método Clínico Piagetiano

Para alcançar os objetivos propostos esta pesquisa foi fundamentada no Método Clínico Piagetiano, a fim de investigar os pensamentos, percepções e sentimentos das crianças acerca da hospitalização, da doença, dos procedimentos submetidos e das atividades lúdicas.

Piaget, desde os seus primeiros estudos com crianças em 1920, utilizou sistematicamente um método de investigação que chamou de **método clínico**. Este método possibilitou a descoberta de fatos novos, proporcionando a exploração de aspectos do desenvolvimento infantil que eram desconhecidos. O método clínico consiste em um procedimento de coleta e análise de dados para o estudo do pensamento da criança, podendo ser também utilizado com adultos. Para a coleta dos dados foram realizadas entrevistas compostas de perguntas básicas e complementares, que variam de acordo com o que o sujeito diz e/ou o interesse do pesquisador, que realiza uma intervenção sistemática visando acompanhar o pensamento do sujeito (DELVAL, 2002).

Desta forma, o método clínico foi desenvolvido visando apreender como as crianças pensam, agem, percebem e sentem, e procura descobrir o que ainda não é evidente no que os sujeitos fazem ou dizem, trazendo a tona uma reflexão que muitas vezes ainda não é consciente para o sujeito. O método baseia-se no pressuposto de que as crianças têm uma estrutura de pensamento coerente, de acordo com o estágio de desenvolvimento em que se encontram, constroem representações da realidade e revelam isso no decorrer da entrevista e/ou de suas ações (DELVAL, 2002).

O método clínico foi desenvolvido em etapas por Piaget no decorrer de sua obra, sendo adaptado aos novos problemas e interesses que adotava. As etapas podem ser divididas em: a **elaboração do método**, subdividido em **primeiros esboços** (de 1920 a 1926), onde Piaget realiza trabalhos baseados na observação e em pequenas experiências e a **constituição do método** (de 1926 a 1932), onde há a formulação explícita do método e a utilização de entrevistas para estudar os conteúdos do pensamento; o **método não-verbal** (1932-1940), onde Piaget utilizou o método clínico com sujeitos que ainda não dominavam a fala; **manipulação e formalização** (1940-1955), onde o sujeito resolve tarefas mediante sua ação e há uma explicação como complemento a ação; e, **desenvolvimentos posteriores** (a partir de 1955), onde houve o aparecimento de novos problemas devido ao

intercâmbio com outras disciplinas e um uso mais intenso de dados estatísticos (DELVAL, 2002).

A principal novidade que Piaget traz ao introduzir o método clínico consiste na possibilidade de estudar crianças normais em evolução, investigando o caminho que percorrem para chegar a uma determinada explicação, podendo então apreender como um sujeito normal resolve problemas, produz conhecimentos (DELVAL, 2002).

Por estas peculiaridades, consideramos o método clínico o método ideal para estudar o problema que nos propusemos. Considerando que a literatura é parca, tratando-se da investigação do pensamento infantil acerca das temáticas que abordamos, o método clínico tornou-se o método ideal de estudo de acordo com o referencial teórico adotado, já que possibilita tanto estudar temáticas já discutidas quanto novos campos - como é o caso das representações de crianças hospitalizadas sobre o adoecimento e a hospitalização. O método clínico possibilita a investigação de categorias que podem ser novas para as crianças, já que possibilita investigar problemas sobre os quais as crianças ainda não receberam instrução formal, visto que busca conhecer como se constroem as representações, mesmo que estas sejam compostas de crenças espontâneas.

2.4.2. O Estudo Piloto

O estudo piloto é uma fase indispensável ao se utilizar o método clínico. Segundo Delval (2002), é necessário ter muito cuidado ao se elaborar uma entrevista clínica, principalmente quando se trata de um problema pouco explorado, por estes motivos é essencial realizar um estudo piloto. Nesta fase é realizado um estudo preliminar com um menor número de sujeitos, cujo objetivo consiste em testar os procedimentos de pesquisa, como a entrevista clínica e os materiais de apoio, antes da realização do trabalho definitivo. Como não havia um instrumento específico sobre os temas pesquisados, foi necessário desenvolver um instrumento de pesquisa que permitisse explorar a hipótese que norteava este trabalho e assim alcançar os objetivos propostos. (Apêndice A).

O estudo piloto foi feito nos meses de julho e agosto de 2010, com cinco crianças de 6 a 8 anos, de ambos os sexos, com o objetivo de construir e testar o instrumento de pesquisa. Nesta proposta inicial foram feitas perguntas abertas as crianças, complementadas por outras, que levaram as crianças a explicar suas

repostas. As entrevistas do piloto duraram em média 35 minutos. À medida que o instrumento foi aperfeiçoado as perguntas ficaram mais claras, com mais fácil entendimento e as respostas das crianças foram mais diretas, reduzindo, o tempo médio das entrevistas.

O material de apoio (Apêndice B) também foi testado no piloto. Foram mostradas às crianças diferentes grupos de figuras que tratavam de: expressão de sentimentos, procedimentos hospitalares, ambiente hospitalar físico e humano, brinquedoteca hospitalar, brinquedos e brincadeiras, e, atividades comuns ao cotidiano infantil. No piloto foi verificado se aquelas figuras representavam as ideias presentes nas perguntas, ou seja, se as crianças não compreendessem as perguntas aquele material concreto ajudaria sua reflexão sobre as questões feitas. Foram feitas as modificações necessárias até que se julgou ter conseguido figuras que representassem as situações da entrevista, e que podiam servir de apoio ao pensamento das crianças. Delval (2002) defende que o material de apoio é bem útil, principalmente para crianças menores, que podem não saber do que estamos falando.

Foram feitas cinco versões da entrevista piloto, testadas em 5 crianças que permitiram avaliar se o instrumento estava ou não adequado ao nosso objetivo; ou seja, as perguntas feitas levariam a respostas que nos fariam compreender as representações das crianças hospitalizadas sobre o adoecimento, a hospitalização e as possibilidades lúdicas dentro do hospital.

As entrevistas foram individuais, quatro foram realizadas na casa das crianças e uma na instituição de Educação infantil freqüentada pela criança. As crianças que participaram do piloto foram escolhidas de forma aleatória, mas elas tinham em comum o fato de terem vivenciado a experiência de hospitalização. Nenhuma delas tinha sido internada no Hospital São Sebastião, e nos hospitais em que ficaram não havia nenhum projeto de valorização do lúdico.

2.4.3. A Coleta de Dados

Antes de iniciar a pesquisa foi encaminhada ao diretor administrativo do hospital uma solicitação para realização da pesquisa (Apêndice C). Após a autorização da direção do hospital, entramos em contato com os pais ou responsáveis das crianças e com as próprias crianças solicitando permissão para a realização das entrevistas (Apêndice D). No documento de autorização dos responsáveis deixamos

explícitas preocupações éticas, como à preservação da identidade do sujeito e de sua família e o cuidado com as informações obtidas através das entrevistas, que foram gravadas, mas após a transcrição e análise dos dados, foram destruídas.

A experimentação pode causar danos aos sujeitos, no caso sofrimento psicológico, assim procurou-se assegurar de que os efeitos da pesquisa não fossem negativos para as crianças, nem implicassem riscos. As crianças consentiram voluntariamente em participar da pesquisa, não sendo suficiente apenas a permissão dos responsáveis, desta forma quando a criança demonstrava alguma insatisfação ou cansaço no decorrer da entrevista, esta era interrompida. Desta forma, muitas das crianças que aceitaram participar da pesquisa, na hora da entrevista não quiseram falar e sua posição em desistir de sua participação foi respeitada.

Os dados obtidos na entrevista são confidenciais, assim foi preservado o anonimato dos sujeitos durante a divulgação da pesquisa, os nomes das crianças não foram citados em nenhuma situação, as crianças sujeitos da pesquisa foram ordenadas de acordo com a idade, e identificadas de 1 a 30, sendo um a criança mais jovem e 30 a criança mais velha, isto foi feito para facilitar a análise dos dados.

No período de coleta de dados foi feita inicialmente uma triagem no hospital visando conhecer as crianças hospitalizadas e selecionar as que seriam consideradas sujeitos ideais para a amostra, conforme já discutido anteriormente. Após a triagem e consentimento das crianças e dos seus responsáveis em participar da pesquisa, aguardamos que as crianças recebessem alta hospitalar e, assim, partimos para a próxima etapa: a entrevista clínica.

A entrevista clínica é um tipo de entrevista na qual se busca conhecer a explicação do sujeito sobre aspectos básicos de seu pensamento, os quais estão relacionados com a categoria estudada. As perguntas da entrevista clínica devem ser abertas, pois as respostas diferem no grau de vinculação com suas representações, e na medida em que as respostas são obtidas pode-se realizar outras perguntas, visando deixar mais claro o pensamento do sujeito (DELVAL, 2002).

A entrevista clínica consiste de um núcleo básico de perguntas, a partir de um roteiro pré-estabelecido e de perguntas complementares, que foram utilizadas de acordo com as respostas do sujeito, para maior compreensão da fala destes sujeitos, variando assim de acordo com as respostas de cada criança. As entrevistas foram gravadas, mas após a transcrição e análise dos dados as gravações foram destruídas visando maior segurança do pesquisador e dos sujeitos pesquisados.

Desta forma, os dados foram obtidos através de entrevista clínica realizada com as crianças consideradas sujeitos da pesquisa, a fim de conhecer seu pensamento e suas representações sobre as categorias doença, hospital, procedimentos clínicos e atividades lúdicas.

Duas entrevistas foram realizadas no hospital e ambas foram descartadas por que as crianças não conseguiam se concentrar na entrevista devido as várias interrupções pelos profissionais do hospital (quando a entrevista foi na tentada cozinha e sala de TV da pediatria) e porque a criança estava mais interessada em brincar do que em responder as perguntas (quando se tentou a entrevista na brinquedoteca).

Após estas tentativas de entrevista clínica concluiu-se que a entrevista deveria ser realizada apenas na residência das crianças. Assim, a coleta de dados foi realizada na residência das crianças, que consideramos ser um ambiente mais tranqüilo e acolhedor para elas, onde poderiam expressar mais facilmente as representações da sua vivência no período de hospitalização. Algumas vezes o fato de ir à casa dos sujeitos gerou também desistência em participar da pesquisa, pois alguns pais não permitiam a realização da entrevista em sua residência, sendo que a maioria justificava-se pelo fato de terem um baixo poder aquisitivo e não gostar de receber pessoas estranhas em casa.

2.5. Procedimentos para Análise dos Dados

A análise dos dados pode ser dividida em duas etapas. Inicialmente procurou-se dividir os protocolos, com as respostas das crianças por faixa etária. Em seguida, os protocolos referentes a cada faixa etária foram organizados da menor idade para a maior idade, e numeradas de 1 a 30 – 1 para a criança mais nova e assim sucessivamente. Após esta etapa realizou-se o tratamento dos dados, onde as respostas das crianças foram classificadas e categorizadas de acordo com os tipos de respostas propostos por Piaget (1947): Não-importismo, fabulação, crença sugerida, crença desencadeada e crença espontânea. Na segunda parte da análise, foram separadas as respostas, já divididas em tipo, em **níveis**, de acordo com a proposta de Delval (2002).

2.5.1. Tratamento dos Dados

Após a transcrição da entrevista as respostas das crianças foram categorizadas de acordo com os tipos de respostas propostos por Piaget: Não-importismo, fabulação, crença sugerida, crença desencadeada e crença espontânea. Cada tipo de resposta foi colorida de uma cor, escolhida aleatoriamente. Após este trabalho ter sido realizado em todas as entrevistas, as respostas foram categorizadas não individualmente, mas de acordo com os tópicos presente na modelo de entrevista clínica proposto por Delval (2002): Descrição inicial, auto-caracterização, aspectos, extensão, mudança, justificativa e soluções. Desta forma, analisou-se o conjunto de respostas de um mesmo tópico, podendo ter assim uma melhor compreensão de como era construída a representação da criança sobre um determinado assunto.

2.5.2. Análise dos Dados

Após o tratamento dos dados, as respostas foram categorizadas em níveis, baseado na descrição do trabalho de Delval (2002), ao relatar sua pesquisa sobre as representações sobre mobilidade social e no trabalho de Silva (2009), que analisou as representações sobre trabalho. Delval (2002) divide as representações sobre mobilidade social em três níveis de construção do conhecimento social: Nível I, nível II e nível III. Silva (2009) acrescenta o nível Pré-I, pois trabalha com crianças a partir de 4 anos que não estão incluídas no estudo anterior de Delval. Desta forma, também consideraremos o nível Pré I, assim, as respostas não-importistas e fabuladas foram consideradas nível Pré I.

Para verificar em qual nível cada grupo de respostas das crianças se encontrava foram construídas as seguintes categorias de análise: Hospital – ambiente físico; hospital - ambiente humano; adoecimento e cura; procedimentos e rotina hospitalar; brinquedoteca; e, atividades lúdicas. Foi elaborado um quadro (Quadro 3) para cada faixa etária, onde cada categoria foi relacionada com o respectivo nível.

Para analisar as representações das crianças hospitalizadas sobre a hospitalização e as atividades lúdicas no hospital, utilizou-se a comparação entre os diferentes níveis de análise. Desta forma, foi analisada uma categoria de resposta das crianças das faixas etárias estudadas, encaixando-se as respostas nos níveis descritos acima. Após ter realizado este procedimento, foram comparadas as respostas encontradas em cada nível, o que permitiu conhecer as concepções sobre as temáticas

pesquisadas. Foi realizada uma análise qualitativa dos protocolos, onde foi possível estabelecer relações entre as respostas de diferentes crianças, mas que possuíam mesmo tipo de raciocínio. Posteriormente os dados foram quantificados através de calculo porcentual, considerando a freqüência das categorias e conceitos apareceram na entrevista.

Quadro 3 - Descrição dos Níveis de Análise

Nível Pré I: • Respostas não importistas e fabuladas
Nível I: • Explicações baseadas em aspectos aparentes e facilmente observáveis, sem que existam referencias a processos internos. • Explicações concretas sobre o adoecimento e a hospitalização, baseadas na própria experiência. • Existência de aspectos opostos e contraditórios. • Impossibilidade ou extrema dificuldade de expressar sentimentos verbalmente. • Incompreensão do processo de adoecimento/cura e dos procedimentos médicos. • Incapacidade de propor soluções viáveis ou realistas
Nível II: • Começa a compreender os papéis ocupados pelos profissionais do hospital. • Começam a compreender os processos temporais que levam ao adoecimento e a cura. • Atenta-se para diferença entre grupos dentro da pediatria. • Expressão verbal de sentimento restrita, mas eficiente. • Maior compreensão dos procedimentos médicos, do adoecimento e do processo de cura. • Maior capacidade de propor soluções viáveis ou mais realistas.
Nível III: • Início de pensamento operatório formal. • Capacidade de diferenciação de distintos papéis ocupados pelos profissionais do hospital. • Compreensão dos processos temporais que levam ao adoecimento e a cura. • Boa capacidade de expressão verbal dos sentimentos. • Compreensão dos procedimentos médicos, do adoecimento e do processo de cura. • Capacidade de propor soluções viáveis e realistas, condizentes com a realidade vivenciada.

3. REFERÊNCIAS

CARVALHO, Alysson M. Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 11, n. 1, jan./abr. 2006.

CHIATTONE, Heloisa Benevides Carvalho. **A criança e a hospitalização.** 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

CRUZ, S. H. V. **A criança fala: a escuta de crianças em pesquisa**. São Paulo: Cortez, 2008.

CUNHA, Nylse**. A Brinquedoteca brasileira**. Em: Brinquedoteca: O lúdico em diferentes contextos. CUNHA, Santa Marli Pires (org.). Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2008.

DELVAL, Juan. **Introdução à prática do método clínico: descobrindo o pensamento das crianças.** Porto Alegre: Artmed, 2002.

FONTES, Rejane de S. A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital. **Revista Brasileira de Educação.** n. 29. Maio /Jun /Jul /Ago 2005.

FRANÇANI, Giovana Müler. Prescrição do dia: infusão de alegria. Utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. **Rev. latinoam. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, dezembro 1998.

OLIVEIRA, Indira Caldas Cunha; FRANCISCHINI, Rosângela. Direito de brincar: as (im)possibilidades no contexto de trabalho infantil produtivo. **Psico-USF**, v. 14, n. 1, p. 59-70, jan./abr. 2009

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

PEDROSA, Arli M. Diversão em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, 7 (1), jan. / mar., 2007.

PEDROZA, Regina Lúcia Sucupira. Aprendizagem e subjetividade: uma construção a partir do brincar. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF,** v. 17 - n. 2, p. 61-76, Jul./Dez. 2005.

PIAGET, Jean. **A representação do mundo na criança.** São Paulo: Idéias & Letras, 1947 .

RELATÓRIO DE EXTENSAO UNIVERSITÁRIA. Projeto "**Brinquedoteca hospitalar: uma estratégia de humanização junto às famílias e crianças atendidas no Hospital São Sebastião em Viçosa, MG",** 2010.

SANTOS, Santa Marli Pires. **A brinquedoteca, a criança, o adulto e o lúdico**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2000.

SILVA, Léa Stahlschmidt P. O brincar como portador de significados e práticas sociais. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF**, v. 17 - n. 2, p. 77-87, Jul./Dez. 2005.

Sites utilizados:
www.ministeriodasaude.gov.br, acesso em 22/10/09
http://www.hssvicosa.com.br/principal, acesso em 03/02/2010

CAPÍTULO II

ARTIGO 1

REPRESENTAÇÕES DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS SOBRE A DOENÇA E A HOSPITALIZAÇÃO

RESUMO

Diversos autores tem se dedicado a estudar a evolução do conhecimento social, utilizando para isso o método clínico piagetiano. O estudo evolutivo busca apreender as mudanças nas concepções dos sujeitos no decorrer do tempo, verificando como se formam e como são modificados os conhecimentos e as condutas. No que se refere a compreensão das representações das crianças de uma instituição hospitalar com atividades lúdicas, a temática ainda é pouco explorada. Sendo assim, objetivou-se e examinou como as crianças, de 4 a 12 anos, constroem suas representações sobre a hospitalização e o processo de adoecimento e cura. A hipótese era de que as crianças desenvolvem representações sobre o processo de adoecimento e cura, desde muito jovens, e que estas representações se modificam de acordo com o desenvolvimento da criança. Como estratégia metodológica para coleta e análise de dados foi utilizado o Método Clínico Piagetiano, pois este método permite o estudo de questões pouco exploradas. A coleta de dados ocorreu através das seguintes etapas: construção do instrumento de coleta de dados, estudo piloto, e, coleta de dados por meio da entrevista clínica. As entrevistas foram tratadas considerando quatro categorias: Hospital: ambiente físico, Hospital: ambiente humano, Procedimentos e rotina hospitalar, e, Processo de adoecimento e cura. A análise foi feita após relacionar as respostas categorizadas com os níveis de respostas em que os sujeitos se encontram de acordo com a teoria piagetiana. Os resultados confirmaram a hipótese, já que foram encontradas respostas em vários níveis de pensamento (Pré-I, I, II e III), e uma mesma criança apresentou níveis de compreensão, de acordo com o tema. Percebeu-se que temas que acarretam maior sofrimento para a criança são melhores elaborados por elas; contudo é importante frisar que o sofrimento não se refere apenas ao sofrimento físico. O sofrimento

psicológico é bastante visível a partir da fala das crianças: a dor da incerteza do que está acontecendo consigo, da falta de individualização do tratamento, da espera longa em filas de hospitais, de ter suas necessidades infantis desrespeitadas, ferem estas crianças. São necessárias mudanças no sistema hospitalar, para que o sofrimento das crianças hospitalizadas seja minimizado. Além de um sistema de saúde pública mais eficiente é importante elaborar estratégias de humanização hospitalar que realmente atinjam o objetivo de melhorar a qualidade de vida das crianças hospitalizadas.

ABSTRACT

The Piagetian clinical method has been used by several authors to study the evolution of social knowledge. The evolutionary study seeks to understand the changes in the conceptions of the subject over time, verifying how the knowledge and behaviors are formed and modified. Regarding the understanding of representations of hospitalized children, one may say that the theme is not fully explored. Thus, we seek to determine how children construct knowledge about the process of illness and hospitalization and healing. We hypothesized that children develop representations of the process of illness and healing very early and that these representations are modified according to the children's development. The purpose of this study was to analyze the representations of illness and hospitalization from the perspective of 4-12 years children hospitalized in an institution that has recreational activities. The Piagetian clinical method was used as a technique for collecting and analyzing data since this method allows the study of unexplored issues. Data collection occurred through the following steps: construction of the instrument for data collection, pilot study, and data collection by clinical interview. The interviews were analyzed and distributed in four categories: Hospital: physical environment, Hospital: human environment, hospital procedures and routines, and, Process of illness and healing. The analysis was performed after a joint study relating the categorized answers and the levels of responses in which subjects are in agreement with Piagetian theory. The results confirmed our hypothesis since we have found answers in various levels of thinking (Pre-I, I, II and III), and one child has showed the same levels of understanding in accordance with the theme. We realize that most issues that cause suffering to children are better prepared for them, but it is important to note that the suffering does not refer only to physical pain. The psychological

distress is quite visible from the speech of children: the pain of uncertainty of what is happening to themselves, the lack of individualization of treatment, the waiting in long queues in hospitals, the disrespecting of their children's needs – all of this hurt these children. Thus, changes in the hospital system are required so that the suffering of hospitalized children could be minimized. In addition to a more efficient health public system, it is important to develop humanization strategies that really reach the goal of improving the quality of life of hospitalized children.

1. INTRODUÇÃO

A palavra doença vem do latim *dolentia*, que significa padecimento, sofrimento. Estar doente significa estar sofrendo, em maior ou menor grau. A doença decorre da perda de homeostasia de um ser vivo, quando alguma função fica comprometida por algum fator e assim nos tornamos doentes. O adoecimento pode ser causado por fatores externos, como infecções por vírus ou bactérias, ou por fatores internos, como disfunções ou más-formações.

Quando se pensa em doença, comumente se pensa em doença física, contudo, o conceito de doença é amplo e até mesmo controverso. Estar doente não é apenas o contrário de estar saudável, pois, saúde e doença são conceitos muito amplos, que tem de ser compreendidos em suas diferentes facetas para assim serem comparados. Ficar saudável é, sim, o objetivo de quem está doente[2], mas o que é estar doente? O que é estar saudável?

Quando se pensa em doença como um desequilíbrio de alguma função que causa sofrimento, não há como restringir o adoecimento ao desequilíbrio de funções físicas. Dentro desta concepção podemos compreender a doença como um desequilíbrio de ordem biopsicossocial. Assim podemos dizer que há doenças físicas, como a pneumonia e o diabetes; doenças mentais, como a depressão e a esquizofrenia; e ainda há doenças sociais, que se referem a condições que podem ser consideradas doenças em algumas épocas e culturas, mas não em outras, por exemplo, a obesidade.

[2] De acordo com Kaplan e Sadock (1997), o conceito de doença compõe-se de dois componentes básicos: O distúrbio de funções, grupos de funções ou de sistemas interpessoais e o estado não é proposital. Assim, segundo a definição ninguém fica doente porque deseja. Porém, apesar da doença não ser um estado opcional, é fato que algumas pessoas utilizam-se do fato de estar doentes para conseguirem benefícios, como atenção ou possibilidade de não participar de alguma atividade social. Feito este apontamento, ressaltamos que nossa posição é de que quem está doente deseja, na grande maioria dos casos, estar saudável.

Em nossa sociedade o hospital é o lugar onde a doença é enfrentada, a partir de conhecimentos e técnicas especializadas, em favor da saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como *um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não meramente como ausência de doenças físicas* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). A partir dessa definição pode-se entender a doença não apenas como o antônimo de saúde, como diz o senso-comum, mas também como uma desestabilização e um confronto com o incontrolável e o inesperado, característicos da vida.

Dentro desta proposição nos questionamos: como as crianças se sentem quando estão doentes? Que representações elas constroem da experiência da doença e da hospitalização? Como o sofrimento – físico, psicológico e social- inerente ao processo de adoecimento é percebido pelas crianças? Como são as representações de crianças sobre a hospitalização em diferentes estágios do desenvolvimento?

Há algumas décadas estas questões seriam tomadas como irrelevantes porque o pensamento e a fala das crianças não eram considerados importantes. Mas devemos considerar que a criança tem muito a dizer e que ela constrói representações dos vários aspectos da realidade desde muito pequena, sendo estas concepções fruto de elaborações ativas dos sujeitos. Assim, este estudo busca conhecer as representações que as crianças hospitalizadas têm sobre a doença e a hospitalização, dentro de uma perspectiva piagetiana.

2. MARCO TEÓRICO

Visando compreender como as crianças compreendem o processo de adoecimento e a hospitalização utilizaremos como referencial teórico a teoria piagetiana, trazendo anteriormente uma discussão acerca da corporeidade e do processo de adoecimento e cura, e também sobre o hospital – âmbito físico e humano.

2.1. Corporeidade e o Processo de Adoecimento e Cura

Pensar sobre adoecimento e cura é refletir sobre a pessoa que sofre estes processos. Hoje é consenso considerar que há doenças tanto físicas quanto psicológicas. Porém, as práticas hospitalares continuam a reproduzir o dualismo mente vs. corpo, através de práticas que não consideram o indivíduo como um todo

indivisível, e o adoecer como um processo multifatorial. Para compreender como esta questão é tratada, atualmente, tentaremos entender como esse dualismo foi formado e tratado no decorrer do tempo. Já que não há como pensar em corpo e mente, sem pensar no contexto histórico-cultural em que se desenvolveram, as concepções que culminaram nas representações que hoje temos sobre esta temática, assim como a relação do corpo vs. mente com o processo de adoecimento e cura.

Durante toda história ocidental o corpo sempre foi um tema de destaque. Na Grécia Antiga o corpo era cultuado. Os cuidados com os doentes eram raros e ligados a magia, não havia ainda a concepção de medicina. Corpos fortes e saudáveis não eram apenas sinônimos de virilidade e fertilidade, mas interesse do Estado. As cidades-estado gregas precisavam de guerreiros fortes e viris para estender e manter seus domínios. Os homens deveriam ser fortes para serem bons guerreiros e as mulheres deveriam ser fortes para gerarem bons guerreiros no futuro.

Mas é fato que nem todas as pessoas se encaixavam neste padrão. Contudo, neste ambiente os corpos fracos e/ou doentes contrariavam não só a estética, mas os interesses do Estado. Por esta razão, em cidades, como Esparta, crianças deficientes e os doentes eram sacrificados, pois não representariam/contribuiriam em nada para a sociedade na qual estavam inseridos. O que hoje causa repulsa era natural para aquela cultura, já ainda não havia no ocidente a dicotomia corpo vs. mente, por que ainda não existia a concepção de mente tal como é compreendido atualmente. O homem era apenas seu corpo e tudo que seu corpo podia fazer e, no caso de pessoas doentes, o corpo não alcançaria as expectativas sociais, devendo assim ser eliminado para o melhor funcionamento daquela sociedade (DANTAS, 2006).

A concepção do processo de adoecimento e cura muda radicalmente após Hipócrates (460–377 a.C.), sendo que este é considerado como parte importantíssima da história da saúde. Hipócrates era membro de uma família que durante várias gerações praticara os cuidados em saúde, contudo, em suas obras rejeita a superstição e as práticas mágicas da "saúde" primitiva, direcionando os conhecimentos em saúde no caminho científico. Hipocrates buscou conhecer como funcionava o organismo humano, seus escritos sobre anatomia contêm descrições claras de instrumentos de dissecação e de procedimentos práticos. Também acreditava que muitas doenças relacionavam-se com fatores climáticos, raciais, dietéticos e do meio onde as pessoas viviam. Sua teoria sobre os quatro humores corporais (sangue, fleugma, bílis amarela e bílis negra) que, de acordo com as quantidades relativas presentes no corpo,

levariam a estados de equilíbrio ou de doença, influenciou outros autores, como Galeno, que desenvolveu a teoria dos humores que foi a metodologia dominante usada para compreender o processo de adoecimento até o século XVIII (ALVES, 2003).

Ainda na Idade Clássica é que as primeiras ideias sobre o dualismo corpo vs. mente foram concebidas. Filósofos importantes, como Sócrates, voltam sua atenção para o humano e discutem a questão corpo-mente. Contudo, é no pensamento de Platão que a ruptura corpo-mente será mais expressiva. Para Platão existiam dois tipos de alma, uma superior e outra inferior, e o conflito humano estava inserido nesse jogo de forças que determinaria qual das duas iria dominar o homem. Para este filósofo, a alma é divina e sede de todo conhecimento, e contrapunha-se ao corpo: mortal, ávido por paixões desnecessárias e desprovido de inteligência (ALVES, 2003).

No período Medieval, o dualismo corpo vs. mente, aqui concebido como corpo x alma, tem status de discussão primordial. A grande dominância da Igreja Católica construiu este modelo de pensamento; onde a alma era o sopro vital dado por Deus aos homens e contrapunha-se ao corpo, percebido como fonte do pecado, manipulado pelo Demônio e fonte de toda decadência humana.

Assim, como a alma era a parte do homem que cabia à Deus e o corpo ao diabo, as doenças eram percebidas como ação direta do diabo ou como castigo divino, por algum pecado cometido. No caso de crianças doentes, a culpa era atribuída aos pais, cujo pecado deveria ser tão grande que ultrapassou o limite das gerações. Nesta época castigar o corpo era um meio de purificá-lo, o uso de cilícios, chicotes e automutilações eram comuns, como forma de alcançar as graças e o perdão divino (FOUCALT, 1987).

O Período Medieval é considerado um período de baixíssimo desenvolvimento científico e filosófico, e foi um período terrível para a medicina. A Igreja Católica era a referência mais forte neste período e o homem era visto como sagrado, já que tinha sido feito a imagem e semelhança de Deus e, desta forma, não poderia ser maculado por médicos, cirurgias, e, principalmente, pela análise de cadáveres. As pessoas que se atrevessem a questionar os dogmas impostos deveriam sofrer no corpo para que sua alma pudesse ser salva, “assim” cabia à Igreja decidir quais castigos o corpo profano deveria receber através do processo da Santa Inquisição (FOUCALT, 1987).

No período do Renascimento (1300 e 1650, sobretudo no século XVI) há uma retomada de alguns ideais clássicos. Além de reviver a antiga cultura greco-romana, ocorreram nesse período muitos progressos e incontáveis realizações no campo das artes, da literatura e das ciências, que superaram a herança clássica. O principal ideal do Renascimento era o humanismo, que em um sentido amplo, pode ser entendido como a valorização do homem e da natureza, em oposição ao divino e ao sobrenatural, conceitos que haviam impregnado a cultura da Idade Média. Neste período há um movimento de valorização do corpo, as formas fortes e robustas são destacadas nas obras de pintores, como Botticelli, Tiziano e Michelangelo, por exemplo.

Na Idade Moderna lança-se sobre o homem uma nova ótica, um novo entendimento, uma forma mais racional e menos religiosa. O corpo deixa de ser sagrado e torna-se objeto da ciência. O Racionalismo de Descartes coloca novo fôlego as discussões sobre o dualismo corpo-mente. René Descartes definiu o corpo como algo divisível, quantificável, mensurável, localizável, ao contrário da alma que teria a sua existência de forma indivisível e não quantificável, cuja função seria o pensamento, e seria ainda a sede das emoções. Pelo método analítico, proposto por Descartes, o todo deveria ser dividido em partes para ser bem interpretado. Assim sendo, o corpo é divisível e para ser melhor estudado deve ser dividido, os fragmentos do corpo vão requerer diferentes especialistas. Porém, quanto mais cada parte do organismo é mais detalhadamente estudada, há um distanciamento do sujeito em sua integralidade, sendo que esta concepção ainda é válida atualmente no cuidado da saúde (ALVES, 2003).

Com a valorização dos corpos surge a necessidade de corrigir os corpos para que eles se tornem perfeitos, sendo comuns os aparelhos de correção, corpetes e espartilhos. No século XVII, as cirurgias e as aparelhagens corretivas multiplicam-se e, desde a infância, a forma do corpo era disciplinada por aparelhos. Em “Vigiar e Punir”, Foucault (1987) trata da questão da disciplinarização e normalização dos corpos. Este autor não trata da dicotomia corpo-mente, mas da relação entre o corpo ativo e o corpo passivo. Ao falar sobre poder, diz que os procedimentos de dominação interditam, bloqueiam as iniciativas e as forças do corpo. O corpo é ativo e torna-se preciso dimensionar a criação “disciplinar” de potências corporais e de atitudes, para isso, torna-se necessário que as práticas disciplinares, para serem eficazes, sejam invisíveis. O corpo normalizado é um corpo corrigido. A mão

invisível do poder guia todo deslocamento, corrige todo gesto, torna o corpo ativo num corpo passivo, docilizado. Este autor traz que instituições, como as escolas e os hospitais se utilizam de ferramentas de poder, para tornar os corpos ativos em passivos.

O século XIX é marcado pelo pensamento marxista, e o corpo é um corpo o qual questiona o mundo ideal, situando o homem no contexto histórico-social. *O corpo do homem em Marx é um corpo que se torna humano por sua atividade produtiva, isto é, pelo trabalho*, afirma Alves (2003). Considerando as relações de trabalho no capitalismo, esse corpo não se humanizou no trabalho, pelo contrário, tornou-se automatizado e cada vez mais exigido, o corpo se torna uma máquina. E o corpo enquanto máquina pode e deve ser consertado de acordo com as exigências da sociedade na qual se insere.

Na pós-modernidade, a dicotomia corpo-mente ainda não foi superada. Atualmente é evidenciada a exacerbação do culto ao corpo, a busca desenfreada de beleza, saúde e imortalidade. O corpo aumenta seu valor de troca à medida que se aproxima da juventude, saúde, boa forma e beleza.

Dos gregos aos contemporâneos, assistimos à fragmentação do homem em corpo e mente e à objetivação do corpo. Essa dicotomia ainda hoje repercute na saúde. Assim, na tentativa de ampliar os limites de visão de homem para além da dicotomia corpo-mente, torna-se relevante compreender como as pessoas doentes se sentem, no caso desta pesquisa, conhecer as representações que as crianças hospitalizadas têm sobre a hospitalização e sobre o adoecimento.

2.2. Hospital: Ambiente Físico e Humano

O hospital, de acordo com Eduardo (1998), pode ser definido como:

> *Hospital é todo estabelecimento dedicado a prestar assistência médica a uma determinada clientela, em regime de internação, podendo contar com atendimento ambulatorial e outros serviços. Pode ser privado ou público, de complexidade baixa ou alta, com atendimento a uma comunidade aberta ou restrita a setores, que concentra uma grande quantidade de recursos para diagnósticos e tratamento, com profissionais generalistas e especializados, com o objetivo de reintegrar o paciente em seu meio no menor tempo possível.* (EDUARDO, 1998, p. 77)

A palavra hospital vem da raiz latina *hospit* que significa estranho, estrangeiro, da qual também provem a palavra *hospitium*, local onde os monges alojavam os enfermos itinerantes que lhes vinham lhes pedir abrigo. Ao retomar a história dos hospitais, percebe-se que no Ocidente, por muito tempo, os hospitais consistiam em locais onde eram abrigados doentes e não onde estes eram tratados, tal como atualmente. Foucault (1995), ao tratar sobre o surgimento dos hospitais, diz que estes nascem como instrumento terapêutico apenas no fim do século XVIII, ou seja, é por volta de 1780 que a noção do hospital, como ambiente de intervenção sobre a doença e o doente se consolida, passando o hospital a ser concebido enquanto instrumento que pode e deve ser destinado a curar.

Embora curar pareça ser uma característica fundamental e óbvia do hospital, não era o que ocorria até este momento histórico, isto porque os cuidados médico e hospitalar não estavam necessariamente ligados. O hospital no Ocidente, desde a Idade Média, não era uma instituição médica, assim como a medicina era uma prática não hospitalar. Apenas quando o conceito de hospital é reformulado é que os dois tipos de cuidado convergem visando construir um ambiente de cura.

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos grupos excluídos socialmente, como doentes pobres, mendigos, doentes mentais e prostitutas. No entanto, a assistência não representava cuidados especiais, mas principalmente separação e exclusão. O pobre doente representava um perigo à sociedade, já que podia transmitir sua enfermidade a outras pessoas e, por esta razão, julgava-se necessário separá-lo do seu grupo social. Desta forma, até o século XVIII, o hospital não reunia pessoas que era necessário curar, mas abrigava pessoas que estavam ali esperando a morte. Assim, o papel do hospital era assistir material e espiritualmente os enfermos, inclusive os hospitais nessa época eram vinculados a alguma instituição religiosa ou a sociedades beneficentes, como exemplo, pode-se citar o primeiro hospital brasileiro, a Santa Casa de Misericórdia de Santos, fundada por iniciativa de Brás Cubas, em 1543.

No final do século XVIII o hospital sofreu modificações: o ambiente confuso e assistencialista sofreu uma disciplinarização dos espaços e dos saberes, o que permitiu a sua medicalização. O poder disciplinar do hospital foi confiado ao médico, a partir de uma transformação no saber médico e nas práticas hospitalares. Assim, de acordo com Foucault:

> *A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, â transformação, nesta época, do saber e da prática médicas (...) Desse modo, a cura passa a ser dirigida por uma intervenção médica que se endereça, não mais à doença propriamente dita, como na medicina da crise, mas ao que a circunda: o ar, a água, a temperatura ambiente, o regime, a alimentação, etc (...) A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna−se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar (...) o indivíduo emerge como objeto do saber e da prática dos médicos.* (FOUCAULT, 1995, p. 63, 64)

A partir destas transformações o saber médico no ambiente hospitalar tornou-se inquestionável. Apesar do grande aumento do número de remédios e da tecnologia hospitalar durante o século XX, a situação das pessoas que necessitavam de cuidado médico hospitalar ainda era permeada pela discriminação, exclusão e, principalmente, submissão às práticas e saberes médicos, que mantinham os pacientes como *objeto do saber e da prática dos médicos* (FOUCAULT, 1995).

Corroborando com estas colocações, Deslandes (2004) afirma que o hospital moderno teve como principais características a imposição do saber médico e o isolamento dos pacientes. O autor atenta que estas características geram a despersonalização e a submissão disciplinar dos corpos e subjetividade dos pacientes hospitalizados, que muitas vezes são submetidos a procedimentos que não compreendem, são afastados do seu cotidiano e do convívio familiar e social e que não tem reconhecidos seus sentimentos e sua competência para tomar decisões.

As práticas hospitalares, em geral, desumanizam os pacientes ao tratá-los de forma idêntica, fragmentada e especializada, uniformizando e numerando os procedimentos e as pessoas. Na maioria das instituições hospitalares, o atendimento é despersonalizado e desumanizado em nome da tecnologia e da competência científica. Tudo isto instaura um processo de destituição subjetiva dos pacientes cujo efeito é paradoxal: ao mesmo tempo em que cura acaba, também, por fazer adoecer (SILVA, 2005).

A criança no seu processo de desenvolvimento passa por distintos estágios que visam tanto conhecer o mundo quanto formar sua personalidade (WALLON, 1995). Quando adoece e é hospitalizada a criança separa-se da família, dos amigos, dos brinquedos, da escola, enfim, de tudo que tem de referência, que tem como seu e que usa para se identificar e subjetivar-se. Segundo Chiattone (2003), as alterações corporais derivadas dos efeitos dos medicamentos, das mutilações sofridas por procedimentos invasivos e as alterações decorrentes da própria doença podem gerar

uma desintegração da identidade da criança. A hospitalização representa também uma interrupção em sua rotina de alimentação, sono, brincadeira e escola e a exigência de adaptação a outros ritmos. Com isso, demanda atenção a estímulos diferentes daqueles recebidos em casa, constituindo-se ora em hipoestimulação, ora em hiperestimulação (SANTA ROZA,1997; *apud* SILVA, 2005).

A hospitalização impõe a necessidade de confiar em desconhecidos, e o desconhecido causa medo e angústia. A doença às vezes determina limitações físicas – dor, fraqueza, imobilização- requerendo passividade nos procedimentos médicos. Quando hospitalizada a criança defronta-se com vários sentimentos: culpa por estar doente e por fazer a família sofrer; medo e fantasias das intervenções médicas, que muitas vezes são dolorosas e invasivas e, até mesmo, da morte; desvalorização em relação às outras crianças; carência afetiva; solidão, entre outros (CARVALHO, 2006).

Estes sentimentos e as emoções envolvidas neste contexto estimulam uma modificação subjetiva e orgânica, que podem desencadear efeitos nocivos advindos da hospitalização e do tratamento hospitalar. Assim, a hospitalização prolongada pode causar prejuízos no desenvolvimento da criança, sendo comuns sintomas, como: vômitos, insônia, depressões, regressões, apatia, inibição ou agitação psicomotoras, fobias, agressividade, perda de apetite, perda de peso, parada do desenvolvimento e crescimento, dermatoses, manifestações psicossomáticas, incapacidade de fazer contatos e tomar iniciativas, personalidade instável, carência afetiva, sentimentos de vingança, desorientação, distúrbios do comportamento, enfraquecimento das funções fisiológicas, estando mais susceptíveis a contrair infecções, e ausência de aquisição das aprendizagens normais ou, até mesmo, a perda daquelas que já existiam, como exemplo: fala e controle dos esfíncteres (CARVALHO, 2006; CHIATTONE, 2003; PARCIANELLO, 2008, entre outros). Estes efeitos criam um círculo vicioso, já que a criança hospitalizada fica mais doente, o que aumenta sua dor, medo e tristeza (CARVALHO, 2006).

No decorrer da hospitalização, a criança experimenta situações de sucessivo enfrentamento com a morte e com o luto, convivendo diretamente com a aproximação da morte em relação a si e aos demais internados. A morte e o sofrimento, geralmente, são temas negados às crianças, sendo citados apenas de forma metafórica. Quando a criança adoece e permanece internada ela se depara diretamente com estas questões que desconhece, o que gera medo e fantasias. Deste

modo, a criança experimenta além do medo da morte, o medo do sofrimento causado pelos procedimentos invasivos e pela separação de seus familiares, podendo temer ser abandonada por eles no hospital, não deixando isto de representar uma forma de morte (PARCIANELLO, 2008).

Segundo Parcianello (2008), o modo que a criança se adapta ao processo de hospitalização depende de vários fatores, como: o tipo de doença que está sendo tratada; a idade da criança; a freqüência de visita dos familiares; as estratégias de enfrentamento; ou seja, o conjunto de estratégias utilizadas pelos indivíduos para adaptarem-se às circunstâncias estressantes ou adversas. Adaptação, nesse caso, não se trata de uma postura de aceitação passiva e submissa em relação à hospitalização, mas, sim, como uma atitude equilibrada do paciente, entendendo o processo que vivencia, podendo aceitar suas limitações, superar os obstáculos e readaptar-se ao mundo de forma positiva. Para Chiattone (2003), a adaptação ao processo de hospitalização depende também se a patologia que a criança possui implica em dor física. Se a criança sente dor, por mais que sofra procedimentos invasivos, como injeções, seu sofrimento de certo modo será minimizado. Contudo, se a criança não sente dor provavelmente ela não se adapta a hospitalização, pois não compreende o porquê de estar no hospital e, geralmente, se culpa, e/ou culpa seus pais, e/ou a equipe pelo seu sofrimento.

A partir de 1960, a realidade do ambiente hospitalar começou a modificar-se já que se percebeu a necessidade de melhorar a qualidade e, posteriormente, a humanização dos serviços de saúde. Não existe um único conceito para a humanização hospitalar, mas a humanização pode ser considerada como uma forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico e ético, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais (DESLANDES, 2004).

Estudos, como os de Martins (2004) e Mazzetti (2005), demonstraram que em hospitais onde foram desenvolvidas práticas humanizadoras houve uma melhora significativa no ambiente hospitalar, diminuição do tempo de internação, aumento do bem-estar geral dos pacientes e funcionários, diminuição das faltas de trabalho entre a equipe de saúde e dos gastos hospitalares. Segundo esses autores, a humanização hospitalar colabora com o processo terapêutico do paciente, assim como, contribui para a qualidade dos serviços de saúde prestados pelos profissionais envolvidos.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, uma das principais metas do novo sistema de saúde era a humanização do ambiente hospitalar, tanto no ambiente físico quanto do ambiente humano. Visando alcançar a humanização dos serviços, o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em maio de 2000. Em 2003, este programa foi substituído por uma política de assistência chamada de PNH - "HumanizaSUS", de diretriz transversal, na qual os esforços e ações humanizadoras constituem um conjunto de ações sobre diversas práticas de serviços de saúde, assim como, em diferentes níveis do Sistema, formando uma construção coletiva, onde todos os atores estão envolvidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Dentro desta perspectiva de humanização do ambiente hospitalar, vários programas têm sido elaborados visando diminuir os impactos negativos da hospitalização, permitindo uma permanência mais acolhedora e confortável, de modo a aumentar a qualidade de vida dos pacientes. Em relação à saúde das crianças, estão sendo desenvolvidos vários programas de humanização, garantidos pela Lei 8069 – Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990, como: mamãe-canguru para recém-nascidos prematuros, arteterapia, classes hospitalares, mãe participante, brinquedoteca hospitalar, dentre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Como consequência do contexto discutido anteriormente, torna-se legítimo e necessário estabelecer estratégias para humanização do tratamento e para a manutenção da identidade destas crianças, através da manifestação de sua subjetividade. Para tanto, a possibilidade de brincar tem se demonstrado um instrumento eficaz para alcançar os objetivos citados (FONTES, 2005; FRANÇANI, 1998; PEDROSA, 2007; SILVA, 2005). Isto porque a criança hospitalizada continua a ser criança, e a possibilidade de ser o que se é garante seu equilíbrio físico, motor, social, afetivo, cognitivo e moral. Através do brincar, sua condição de criança - e não apenas de paciente - é reafirmada.

A brinquedoteca hospitalar é um direito das crianças hospitalizadas assegurado pela lei 11.104/2005, que tornou obrigatória a instalação de brinquedotecas, em hospitais públicos e privados, que possuem unidades pediátricas no Brasil.

As brinquedotecas representam o reconhecimento da importância das atividades lúdicas para o desenvolvimento infantil, o direito ao lazer e um direito a cidadania da criança (PAULA, 2009). A brinquedoteca hospitalar é um espaço que promove a interação entre as crianças e adolescentes hospitalizados, garantindo

momentos de lazer, socialização com parceiros de idades variadas, resgate da auto-estima, da alegria e da vontade de viver, funcionando, também, como atividade terapêutica. Todas estas questões são importantes, mas no Brasil, não encontramos referências de pesquisas sobre o que as crianças pensam sobre as práticas de humanização hospitalar, principalmente a brinquedoteca hospitalar. Esta é mais uma razão para conhecer o conhecimento que as crianças construíram acerca da experiência da hospitalização.

2.3. Tipos de Conhecimento na Teoria Piagetiana

Uma das preocupações centrais de Jean Piaget foi responder à questão de como se constrói o conhecimento. Por isso, Piaget voltou-se para o estudo da gênese do conhecimento, com o intuito de compreender como um conhecimento mais elementar progride até o pensamento mais abstrato e elaborado.

Piaget considera que o sujeito é ativo em todo processo de construção do conhecimento. Ao tratar da origem do conhecimento, Piaget estabelece três fatores para o desenvolvimento mental do individuo: biológico, psicológico e social. O homem seria, assim, físico, mental e social, sendo que todas estas funções encontram-se envolvidas.

O processo de construção do conhecimento envolve continuas transformações, cujo conteúdo se renova constantemente por meio de trocas com o mundo físico e social. Assim, a criança constrói e estrutura o conhecimento agindo sobre o mundo que a rodeia; desta forma o conhecimento é construído pela ação sobre os objetos e a interação com as pessoas. A partir do nascimento da função simbólica, as crianças elaboram suas próprias representações sobre o mundo, baseadas em transmissões diretas, indiretas ou mediante sua própria experiência.

Em sua teoria, Piaget propôs a existência de três tipos de conhecimento: físico, lógico-matemático e social (WADSWORTH, 1999). O conhecimento físico é o conhecimento das propriedades físicas de objetos e eventos: tamanho, forma, textura, peso e outras. O conhecimento lógico-matemático é construído a partir do pensar sobre as experiências com objetos e eventos. Sobre o conhecimento social, Piaget diz que este tipo de conhecimento não pode ser extraído das ações sobre os objetos, mas sim da interação com outras pessoas.

O conhecimento social se origina na cultura e pode ser diferente de um grupo para outro. Desta forma, culturas diferentes propiciaram experiências sociais diferentes e uma mesma temática pode ser comum em grupo, mas desconhecida para outro. Barreto (2010) diz que o conhecimento social é o conhecimento sobre o qual os grupos sociais e culturais chegam a um acordo por convenção.

Assim, o conhecimento social é construído pela criança quando interage com outras crianças e com os adultos e, ao contrário do conhecimento físico e lógico-matemático, não pode ser extraído das ações sobre os objetos. O conhecimento social sobre a hospitalização, por exemplo, é construído pelas crianças não no momento em que se inserem na instituição hospitalar. Este conhecimento é construído pelas informações de amigos e parentes que já ficaram hospitalizados ou pelas "ameaças" paternas, que muitas vezes usam a imagem do hospital e da doença como símbolo de castigo, pelas traquinagens infantis cometidas.

Piaget propôs quatro fatores gerais do desenvolvimento mental: **maturação e hereditariedade, exercício e experiência, interações e transmissões sociais e equilibração.**

A **maturação e hereditariedade** são condições necessárias, já que possibilitam o aparecimento de certas condutas, mas não são suficientes para o desenvolvimento. A **experiência** pode ser de dois tipos: física, que está relacionada a conteúdos assimilados, consiste em agir sobre os objetos para abstrair suas propriedades, partindo dos próprios objetos; e lógico-matemática, que consiste em agir sobre os objetos para abstrair suas propriedades. A **transmissão social** ocorre pela linguagem, contatos educacionais ou sociais, é um fator necessário, contudo insuficiente para promover o desenvolvimento, já que uma criança só assimilará informações que estiverem de acordo com o conjunto de estruturas relativas ao seu nível de pensamento. A **equilibração** é considerada por Piaget como o principal fator, já que para este autor a evolução ocorre sempre na direção de um equilíbrio, sendo que este depende da ação do sujeito ativo sobre os eventos externos e, ao mesmo tempo, da ação desses sobre aquele (BARRETO, 2010).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1. População e Amostra

A população alvo deste estudo foi composta por crianças hospitalizadas na enfermaria pediátrica do Hospital São Sebastião, em Viçosa-MG, no período de setembro de 2010 a meados de janeiro de 2011. O Hospital São Sebastião atende no setor pediátrico crianças de 0 a 12 anos, com público de faixa etária predominante entre 0 a 4 anos, portadores de variadas enfermidades, que requerem tanto internações curtas quanto prolongadas. O hospital possui uma enfermaria pediátrica com 11 leitos e quartos particulares, onde as crianças podem permanecer hospitalizadas, e não há uma estimativa possível de ocupação.

Durante o período de setembro de 2010 a janeiro de 2011, ficaram internadas no hospital 159 crianças, sendo que 56,6% eram meninos e 43,4% eram meninas. As crianças eram oriundas do município de Viçosa (55,3%) bem como das cidades vizinhas: Araponga, Canaã, Coimbra, Ervália, Paula Cândido, Pedra do Anta, Porto Firme, São Miguel do Anta, Sericita e Teixeiras (44,7%). A maioria das crianças residia na zona urbana de seus municípios, 62,7%, enquanto parte delas vivia na zona rural, 37,3%.

Para compor a amostra foram utilizados dois critérios: as crianças deveriam obrigatoriamente ter participado das atividades lúdicas desenvolvidas no hospital, tanto na brinquedoteca quanto no leito, em caso de crianças impossibilitadas de se locomoverem e a internação ter ocorrido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este último critério foi uma tentativa de estabelecer um recorte sócio-cultural, visando maior equilíbrio e homogeneidade na amostra. Assim sendo, foram considerados sujeitos adequados para a pesquisa crianças de quatro a doze anos de ambos os sexos, que estavam internadas no hospital pelo SUS e que participaram de atividades lúdicas, durante o período de coleta de dados.

As crianças que compuseram a amostra foram divididas em três grupos: de 4 a 6 anos, de 7 a 9 anos e de 10 a 12 anos. Esta divisão foi feita de modo a abranger três estágios de desenvolvimento mental propostos por Piaget, sendo eles: **Pensamento Pré-Operatório** – as crianças de 4 anos estariam na segunda fase do estagio pré-operatorio e as de 6 anos no final deste estágio; **Pensamento**

Operatório-Concreto, as crianças de 7 estariam no início deste estagio; e **Operatório-Formal,** as crianças de 10 anos estariam na transição do estagio anterior para este e as de 11 e 12 anos estariam iniciando o estágio formal. É importante ressaltar que pressupõe-se que as crianças destas idades encontrem-se nestes estágios de acordo com a literatura estudada, já que não foram realizadas provas para confirmar o estágio de cada criança.

Para a escolha do número de sujeitos a amostra não foi dividida por idade, mas utilizamos como base 10 sujeitos de cada estágio, já que não nos interessava saber o que as crianças de determinada idade pensam, mas como crianças, com o mesmo tipo de pensamento, constroem representações sobre a hospitalização e a doença.

Assim sendo, a amostra foi delimitada da seguinte forma:

Quadro 1 - Frequência de sujeitos por tipo de pensamento – Viçosa/MG, 2011.

Tipo de Pensa-mento	Pré-Operatório			Operatório-Concreto			Operatório Formal		
Faixa etária	4 anos	5 anos	6 anos	7 anos	8 anos	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos
	0 crianças	5 crianças	5 crianças	3 crianças	3 crianças	4 crianças	2 crianças	5 crianças	3 crianças
Número de sujeitos por categoria	10 crianças			10 crianças			10 crianças		

Apesar de considerarmos a primeira faixa etária entre 4-6 anos, não foi realizada nenhuma entrevista com crianças de 4 anos, já que a única criança nesta idade que aceitou participar do estudo tinha completado 5 anos na época da entrevista. A média de idade no grupo de crianças do Pré-operatório foi de 5;9 anos, sendo que a criança mais nova tinha 5 anos recém completados e a mais velha 6 anos e 11 meses. No grupo do estágio Operatório concreto, a média de idade foi de 8;5 anos, tendo a criança mais nova 7 anos e 1 mês e a mais velha 9 anos e 6 meses. A criança mais nova do grupo do estágio Operatório Formal tinha 10 anos e 4 meses e a mais velha, 12 anos e 10 meses, neste estágio a média de idade foi de 11;3 anos.

A distribuição dos sujeitos que compuseram a amostra, em relação a idade e a doença, pode ser evidenciada no Quadro 2.

Quadro 2 - Caracterização das crianças selecionadas para a amostra

Estágio do Desenvolvimento	Criança	Idade	Diagnostico
Pré-operatório (4 a 6 anos)	1	5;0	Catapora
	2	5;1	Pneumonia
	3	5;2	Amidalite
	4	5;4	Infecção Intestinal
	5	5;9	Amputação dedo pé
	6	6;3	Problemas cardíacos
	7	6;5	Pneumonia
	8	6;5	Pneumonia
	9	6;8	Suspeita de infecção
	10	6;11	Pneumonia
Operatório Concreto (7 a 9 anos)	11	7;1	Gastrenterite
	12	7; 6	Queda/ Traumatismo Craniano Leve
	13	7; 10	Pneumonia
	14	8;1	Dores abdominais, Falta de apetite
	15	8;4	Suspeita de Alergia
	16	8; 9	Fratura Fêmur
	17	9;4	Pneumonia
	18	9;6	Anemia falciforme
	19	9; 6	Desidratação
	20	9;6	Fratura Braço
Operatório Formal (10 a 12 anos)	21	10; 4	Gastroenterite
	22	10;10	Pneumonia
	23	11; 2	Suspeita Apendicite/ dor abdominal
	24	11; 3	Apendicite
	25	11; 4	Nefrite
	26	11; 10	Dor nas costas
	27	11;11	Infecção renal – má formação renal
	28	12; 1	Diabetes
	29	12; 4	Anemia falciforme
	30	12; 10	Hipoglicemia

O Período médio de internação das crianças da amostra foi de 5,9 dias. O período médio de internação dos grupos dos estágios Pré-operatório, Operatório-concreto e Operatório Formal foram de 6,3 dias, 4,9 dias e 6,5 dias, respectivamente. As crianças que demandaram maior tempo de hospitalização foram que possuíam doenças crônicas ou de maior gravidade, como: anemia falciforme, problemas

cardíacos, pneumonia, nefrite e catapora. As que tinham doenças gastroentestinais permaneceram menor tempo no hospital.

3.2. Coleta de Dados

Para alcançar os objetivos propostos esta pesquisa foi fundamentada no Método Clínico Piagetiano, a fim de investigar os pensamentos, percepções e sentimentos das crianças acerca da hospitalização, da doença, dos procedimentos submetidos e das atividades lúdicas.

Inicialmente foi feita uma triagem das fichas das crianças hospitalizadas, visando conhecer as crianças hospitalizadas e selecionar as que seriam consideradas sujeitos ideais para a amostra, conforme já discutido no item anterior. Após a triagem e consentimento das crianças e dos seus responsáveis em participar da pesquisa, foi aguardado que as crianças recebessem alta hospitalar e, assim, foi iniciada a próxima etapa: a entrevista clínica.

Na fase da coleta propriamente dita os dados foram obtidos através de entrevista clínica realizada com as crianças consideradas sujeitos da pesquisa, a fim de conhecer seu pensamento e suas representações sobre as categorias doença, hospital, procedimentos clínicos e atividades lúdicas.

3.3. Procedimentos para Análise dos Dados

A análise dos dados pode ser dividida em dois momentos: tratamento e análise dos dados. No tratamento dos dados, procurou-se dividir os protocolos com as respostas das crianças por faixa etária. Em seguida os protocolos referentes a cada faixa etária foram organizados da menor idade para a maior idade, e numeradas de 1 a 30 – 1 para a criança mais nova e assim sucessivamente. Após esta etapa realizou-se o tratamento dos dados, onde as respostas das crianças foram classificadas e categorizadas de acordo com os tipos de respostas propostos por Piaget: Não-importismo, fabulação, crença sugerida, crença desencadeada e crença espontânea. Na segunda parte da análise, as respostas já divididas foram separadas em tipo em **níveis**, de acordo com a proposta de Delval (2002).

Após o tratamento dos dados as respostas foram analisadas. Para efetuar a análise, as respostas foram categorizadas em níveis, conforme descrição do trabalho de Delval (2002), quando pesquisou sobre as representações sobre mobilidade social,

bem como no trabalho de Silva (2009), que analisou as representações sobre trabalho. Delval (2002) dividiu as representações sobre mobilidade social em três níveis de construção do conhecimento social: Nível I, nível II e nível III. Silva (2009) acrescentou o nível Pré-I, pois trabalhou com crianças a partir de 4 anos que não estão incluídas no estudo anterior de Delval. Desta forma, considerou-se o nível Pré I, sendo as respostas não-importistas e fabuladas consideradas nível Pré I.

Para verificar em qual nível cada grupo de respostas das crianças estavam foram levantadas as seguintes categorias de análise:

- Hospital – ambiente físico;
- Hospital - ambiente humano;
- Adoecimento e cura;
- Procedimentos e rotina hospitalar;

No Quadro 3, a seguir especificado, procurou-se relacionar cada categoria com o respectivo nível, calculando a porcentagens das crianças que se encontravam em cada nível.

Quadro 3 - Descrição dos Níveis de Análise

Nível Pré I: • Respostas não importistas e fabuladas.
Nível I: • Explicações baseadas em aspectos aparentes e facilmente observáveis, sem que existam referencias a processos internos. • Explicações concretas sobre o adoecimento e a hospitalização, baseadas na própria experiência. • Existência de aspectos opostos e contraditórios. • Impossibilidade ou extrema dificuldade de expressar sentimentos verbalmente. • Incompreensão do processo de adoecimento/cura e dos procedimentos médicos. • Incapacidade de propor soluções viáveis ou realistas
Nível II: • Começa a compreender os papéis ocupados pelos profissionais do hospital. • Começam a compreender os processos temporais que levam ao adoecimento e a cura. • Atenta-se para diferença entre grupos dentro da pediatria. • Expressão verbal de sentimento restrita, mas eficiente. • Maior compreensão dos procedimentos médicos, do adoecimento e do processo de cura. • Maior capacidade de propor soluções viáveis ou mais realistas.

Continua...

Quadro 3 - Cont.

Nível III:
• Início de pensamento operatório formal. • Capacidade de diferenciação de distintos papéis ocupados pelos profissionais do hospital. • Compreensão dos processos temporais que levam ao adoecimento e a cura. • Boa capacidade de expressão verbal dos sentimentos. • Compreensão dos procedimentos médicos, do adoecimento e do processo de cura. • Capacidade de propor soluções viáveis e realistas, condizentes com a realidade vivenciada.

Após definir os níveis, foram analisados vários conjuntos de respostas, buscando compreender as representações das crianças entrevistadas sobre um determinado tema. O conjunto de respostas era enquadrado em um dos níveis estabelecidos; logo após este procedimento, comparou-se as respostas encontradas em cada nível. Desta forma, foi possível relacionar os conteúdos obtidos nas entrevistas com a teoria piagetiana, o que permitiu conhecer as concepções sobre as temáticas pesquisadas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados discutidos neste tópico referem-se às representações de crianças hospitalizadas sobre as categorias "hospitalização" e "adoecimento", em distintos níveis de desenvolvimento. Como estas categorias geraram muitos desdobramentos, a categoria "hospitalização" foi dividida nas subcategorias: Ambiente físico, ambiente humano e procedimentos e rotina hospitalar. A categoria "adoecimento" abrangeu as concepções sobre o processo de adoecimento e cura.

4.1. Hospital: Ambiente Físico

O ambiente físico hospitalar se refere aquilo que as crianças acreditavam que fosse um hospital, para que serve um hospital, qual a importância do hospital e o que podia ser diferente ou melhor. Na tabela 1 são apresentados os percentuais das crianças encontrados em cada nível para o conceito de hospital.

Tabela 1 - Freqüência de crianças em cada nível de desenvolvimento, segundo a categoria Hospital: Ambiente Físico – Viçosa/MG, 2011

Hospital: Ambiente Físico																
Faixa Etária	Conceito: Hospital (%)				Justificativa: Utilidade do hospital (%)				Justificativa: Relevância do Hospital (%)				Soluções: Como poderia ser? (%)			
	PI	I	II	III	PI	I	II	III	PI	I	II	III	PI	I	II	III
4 a 6 anos	0	100.0	0	0	10.0	90.0	0	0	10.0	90.0	0	0	17.5	80.0	2.5	0
7 a 9 anos	0	20.0	80.0	0	0	40.0	60.0	0	0	50.0	50.0	0	7.5	37.5	52.5	2.5
10 a 12 anos	0	15.0	65.0	20.0	0	10.0	90.0	0	0	10.0	90.0	0	0	25.0	42.5	32.5

Legenda: PI: Nível pré I; I: Nível I; II: Nível II; eIII: Nível III
Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Como pode ser visto na figura 1, no que se refere ao conceito que as crianças tinham de hospital, foram encontradas no nível I 100% das crianças de 5 e 6 anos, 20% das crianças de 7 a 9 anos e 15% das crianças de 10 a 12 anos.

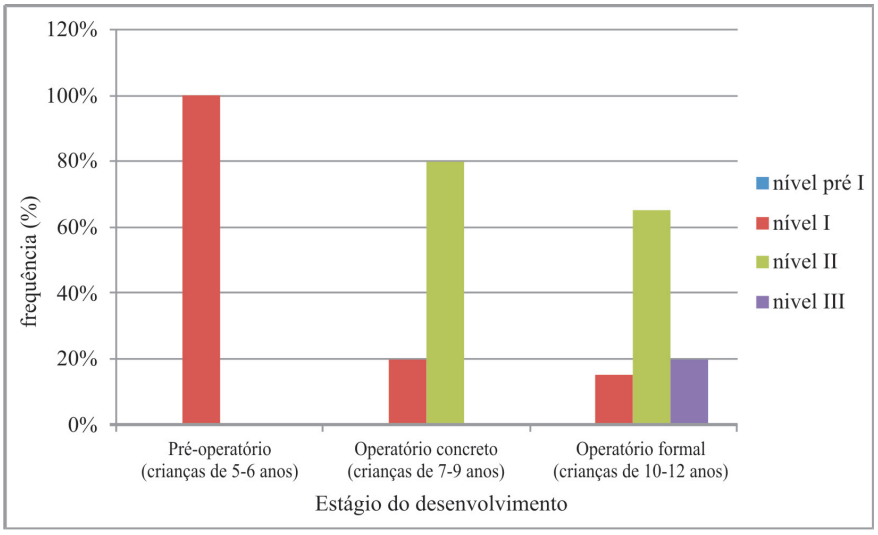

Figura 1 - O conceito de hospital de acordo com as crianças hospitalizadas – Viçosa/MG, 2011.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

O nível I indica explicações baseadas em aspectos aparentes e facilmente observáveis da realidade, assim há uma ausência de conceitos elaborados e uma visão prática ligada ao concreto. Quando questionadas sobre o conceito de hospital as crianças deste nível apresentaram ideias pouco elaboradas, com forte presença de finalismo. O hospital não é conceituado pelo que é, mas para o que serve. Apesar das

ideias serem finalistas e pré-conceituais percebe-se que já uma relação entra a palavra hospital e o que se faz no hospital, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: O que você acha que é um hospital? *C: É pra tratar das pessoas.* (Criança 5, de 5;[3]9 anos, nível I)
> E: O que você acha que é um hospital? *C: É pra ajudar as pessoas.* (Criança 12, de 7;6 anos, nível I)
> E: O que você acha que é um hospital? *C: Pra ir gente doente.* (Criança 25, de 11;4 anos, nível I)

Por volta dos 7 anos, as crianças iniciam a transição para o pensamento operatório concreto, desenvolvendo a capacidade de aplicar o pensamento lógico a problemas concretos. Desta forma, apesar de possuírem um pensamento lógico e mais organizado, este ainda é baseado nas percepções da realidade. Observou-se que 80% das crianças de 7-9 anos e 65% das crianças de 10-12 anos encontram-se no nível II

Assim, no nível II as frases são mais completas que no nível I, o vocabulário é mais extenso e as respostas mais coerentes, mas ainda se referem a sua própria experiência de hospitalização, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: O que você acha que é um hospital? *C: Como assim?* E: O que você acha que é um hospital? *C: O hospital é um lugar que fica quem tá passando mal, lá cuida dos doentes.* (Criança 14, de 8;1 anos, Nível II)
> E: O que você acha que é um hospital? *C: é um lugar pra curar as pessoas.* (Criança 28, de 12;1 anos, Nível II)

Quando delimitou-se o nível III para compor o quadro de níveis não se tratava do pensamento formal propriamente dito, mas sim na gênese do pensamento operatório formal. Neste estágio percebeu-se o início da capacidade de pensar sobre aspectos não visíveis da realidade e pode-se notar também que as respostas do nível III eram mais articuladas e elaboradas que nos outros níveis. Verificou-se que 20% das crianças de 10-12 tiveram suas respostas consideradas como nível III, pois expuseram seu pensamento de forma clara e articulada, sem que as respostas estivessem ligadas necessariamente a sua experiência, ao real, mas também ligadas ao possível, como pode ser percebido no extrato abaixo:

> E: O que você acha que é um hospital? *C: O hospital é um lugar onde os doentes podem ser medicados, passar por alguma cirurgia, ou fazer exames pra ver se tem algum problema* (Criança 24, de 11,3 anos, nível III).

[3] Piaget utilizou ponto e vírgula para separar o ano dos meses. Utilizamos neste estudo a mesma convenção.

Ao questionarmos as crianças sobre qual a utilidade do hospital (Figura 2), constatou-se que 10% das crianças de 5-6 anos no nível pré I. Este nível é caracterizado por respostas não importistas ou fabuladas . No caso desta pesquisa uma única resposta se enquadrou em fabulação, embora pareça se tratar de artificialismo imanente, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: Por que você acha que existe hospital? *C: Porque Deus fez.* E: Deus fez o que? *C: O hospital.* E: Deus fez o hospital para que? *C: Para curar as pessoas.* E: Deus é quem cura as pessoas? *C: Não, é os médico.* E: Então o que Deus faz? *C: O hospital.* E: Deus que fez o prédio do hospital? *C: Não, foi os homem.* E: Então o que Deus fez? *C: Deus só mandou os homem fazer.* (Criança 6, de 6;3 anos, nível pré I)

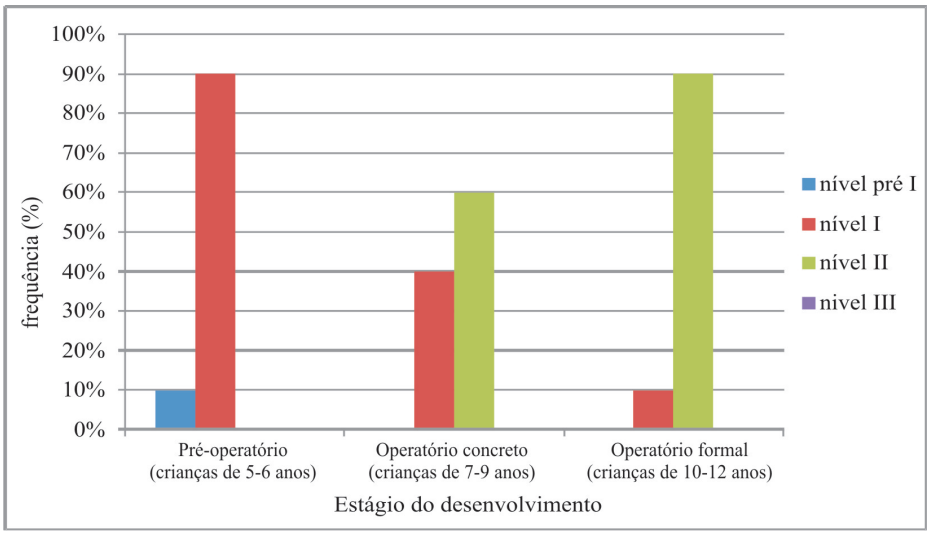

Figura 2 - A utilidade do hospital de acordo com as crianças hospitalizadas – Viçosa/MG – 2011.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

No caso de respostas onde se encontra o artificialismo, as coisas (como o sol, mar, montanha, entre outros) são resultado da fabricação humano ou, até mesmo, obra do divino. Porém, quando Piaget discute a significação e as origens do artificialismo infantil (PIAGET, 1947), este diz que há 3 critérios que distinguem o artificialismo infantil da fabulação:

> "Em primeiro lugar, as crianças de uma mesma idade dão as mesmas respostas. (...) por outro lado, as respostas artificialistas não são limitadas a uma só idade ou um só estágio dado, mas estendem-se por no mínimo dois estágios. Assiste-se assim a uma progressiva evolução das crenças, o que mostra efetivamente seu caráter parcialmente sistemático e exclui a hipótese da fabulação pura. Por outro lado – e este é o terceiro critério – a chegada à resposta justa tem caráter significativo. Com efeito, as crianças da fase superior não chegam de um só golpe à resposta correta ou a explicação natural,

> mas tateiam, verificando-se durante seus tateios numerosos vestígios das crenças dos estágios precedentes". (PIAGET, 1947, p. 283)

Observando estes critérios e analisando o momento da resposta no contexto da entrevista, pode-se dizer que esta resposta não atende os critérios para ser considerada como artificialista já que as outras crianças de idades semelhantes não deram respostas parecidas. Esta "crença" apareceu em um momento pontual da entrevista, onde a criança já se demonstrava cansada e, no decorrer da entrevista desta mesma criança, não houveram respostas semelhantes ou que indicassem que ela conduzia seu pensamento para este tipo de raciocínio.

Por estar cansada, inicialmente seria possível pensar em uma resposta não-importista, mas acreditamos que houve fabulação por parte da criança. Na fabulação a criança inventa uma historia na qual não acredita, mas adequada, a partir dos instrumentos que possui. Macedo (1994) diz que a fabulação é um avanço em relação ao não-importismo, porque naquela há uma preocupação com a atividade proposta, neste caso responder as perguntas da entrevista. Piaget (1947) diz que quando uma criança, sem reflexão, responde uma pergunta inventando uma história na qual não acredita, por simples exercício verbal, isto pode ser caracterizado como fabulação. Após esta questão, foi explicado à criança que a entrevista já estava no final e que era importante que ela respondesse o que realmente acreditava e, depois disso, não houve mais nenhum vestígio de fabulação ou não-importismo.

Ao se questionar a justificativa das crianças para existência do hospital, observou-se que 90% das crianças de 5-6 anos estavam no nível I, assim como 40% das crianças de 7-9 anos e 10% das crianças com idade entre 10 e 12 anos. Neste nível as crianças não fazem ainda referências a processos internos, e baseiam suas explicações nos aspectos facilmente observáveis de sua realidade, no caso, de sua experiência com o hospital. A maioria destas crianças disse que o hospital existia para que as crianças pudessem melhorar, pois é esta a expectativa que tinham quando estavam internadas: melhorar e ir embora. Para a maioria das crianças ouvidas esta é a única função do hospital, já que se curar e voltar para casa era o que esperavam que acontecesse consigo no período de internação. O nível I também é caracterizado pela dificuldade de expor as suas ideias de forma clara e coerente, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: Porque você acha que existe hospital? *C: Existe e é importante*.
> E: Importante para que? *C: Pra melhorar.* (Criança 7, de 6;5 anos, nível I)
> E: Por que você acha que existe hospital? *C: Pra cuidar da gente.* (Criança 14, de 8;1 anos, nível I)
> E: Porque você acha que existe hospital? *C: Porque tem pessoas doente, acontece acidente* (Criança 25, de 11;4 anos, nível I)

O nível II foi encontrado em 60% das respostas das crianças de 7 a 9 anos e em 90% das respostas das crianças de 10 a 12 anos. A principal diferença do nível I para o nível II é a qualidade das respostas, que são mais elaboradas e claras, e o hospital deixa de existir para cuidar apenas das crianças, como é comum no pensamento do nível anterior, e passar a existir para curar "todos os tipos de pessoas doentes", como pode ser observado nos seguintes trechos:

> E: Porque você acha que existe hospital? *C: pras pessoas que necessitam de ajuda e que tem alguma doença* (Criança 20, de 9;6 anos, nível II)
> E: Porque você acha que existe hospital? *C: Para os doentes consultar e tratar (Criança 21, de 10;4 anos, nível II)*

Conforme Figura 3, foram encontrados no nível I 100% das repostas das crianças de 5-6 anos, 50% das crianças de 7-9 anos e 10% das crianças de 10-12 anos. Nestas respostas fica evidente que as crianças não conseguem dar explicações sem que elas estejam relacionadas a aspectos concretos ligados a experiência da hospitalização. Para estas crianças o hospital é importante porque só através do hospital as pessoas doentes podem melhorar, mas é interessante apontar que para as crianças deste nível não são os procedimentos e nem os tratamentos feitos no hospital que as levam a cura/melhora, mas sim a permanência no hospital.

Nota-se também que nas respostas de nível I as crianças não percebem que no hospital ficam diferentes grupos de pessoas, como idosos, mulheres e homens adultos, as respostas normalmente centram-se nas crianças. Isto é clara representação do egocentrismo infantil, característico do período pré-operatório, já que elas são crianças e não conseguem refletir sobre os outros usuários e outras funções do hospital além de "sarar as crianças", como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: Você acha que sempre vai ter hospital? *C: Se tiver passando mal, uma coisa assim, tem que ir no hospital.* E: Por quê? *C: Pras crianças melhorar.* (Criança 3, de 5;2 anos, nível I)
> E: Você acha que sempre vai ter hospital? *C: Vai.* E: Por quê? *C: Porque se a criança ta doente precisa ir no hospital pra poder sarar.* (Criança 15, de 8;4 anos, nível I)

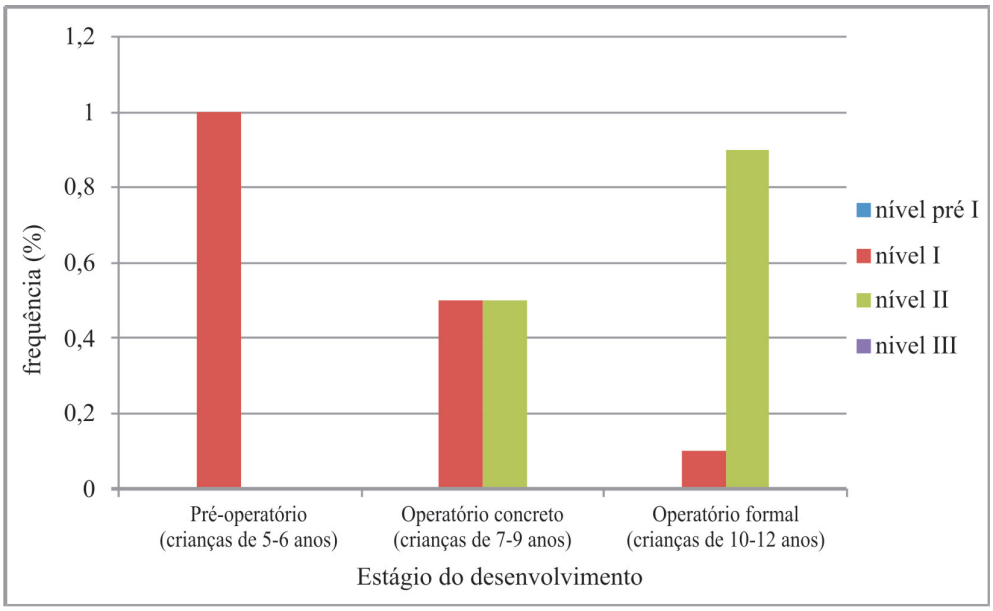

Figura 3 - A relevância do hospital de acordo com as crianças hospitalizadas, Viçosa/MG – 2011.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

Outra consideração importante sobre as respostas do nível I é que algumas crianças na faixa etária de 5 a 6 anos acreditam que o hospital não vai ser necessário para sempre, já que muitas vezes elas relacionam a doença com alguma arte[4] que fizeram, concepção que provavelmente baseia-se em sua experiência, nas muitas vezes que ouviu dos adultos que se continuassem a fazer arte ficariam doentes.

No decorrer da entrevista, ocorreu o que Piaget (1947) chama de crença desencadeada, onde uma criança diante de uma pergunta nova reflete sobre sua resposta, com base em sua experiência. Assim, ao serem questionadas sobre a importância do hospital, se o hospital era tão importante a ponto de ter que sempre existir, algumas crianças menores responderam que não. Isso porque relacionaram a existência do hospital com a existência da doença, que para elas era fruto de suas "artes", já que as experiências anteriores mostravam a elas que quem fazia arte ficava doente. Assim, se as crianças não fizerem arte não ficarão doentes e logo não haverá mais a necessidade de haverem hospitais.

> E: Você acha que sempre vai ter que existir hospital? *C: Não.* E: Por quê? *C: Porque se tomar remédio e não fazer arte, não fica doente e não vai pro hospital.* (Criança1, de 5;0 anos, nível I)

[4] Arte é um termo bastante utilizado pelas crianças e que na região onde ocorreu a pesquisa, zona da mata mineira, é o termo mais usual para designar travessura, traquinagem.

As principais diferenças entre as respostas do nível I para as do nível II se referem à capacidade das crianças, cujas respostas pertenciam ao segundo nível de diferenciar as situações hospitalares, como por exemplo, que o público do hospital não era composto apenas por crianças, mas por pessoas de todas as faixas etárias. Outra diferença é a qualidade das respostas: 60% das respostas de crianças de 7-9 anos e 90% de crianças de 10-12 anos enquadraram-se no nível II. Pode-se perceber essas questões observando o extrato abaixo:

> E: Você acha que sempre vai ter que existir hospital? *C: Sim.* E: Por quê? *C: Pra curar as pessoas que tão doente.* (Criança 16, de 8;9, nível II)
> E: Você acha que sempre vai ter que existir hospital? *C: Sim, o hospital é necessário.* E: Por que é necessário? *C: Para os doentes consultar, tomar medicamento.* (Criança 21, de 10;4 anos, nível II)

Foi questionado às crianças algumas soluções, que poderiam deixar o hospital um lugar melhor e mais agradável durante a internação. As respostas podem ser visualizadas na figura 4.

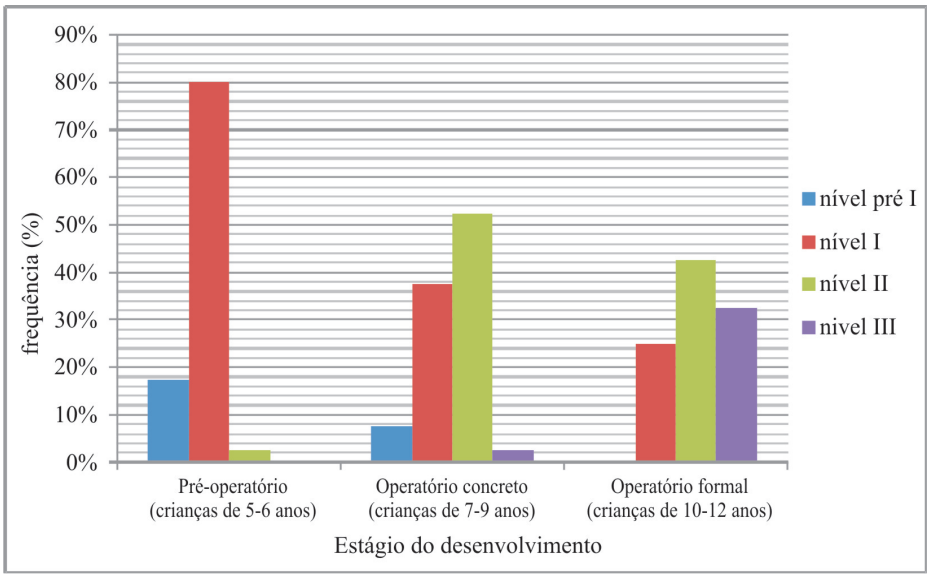

Figura 4 - Soluções para melhorar o ambiente físico hospitalar na concepção das crianças hospitalizadas – Viçosa/MG, 2011.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

No que diz respeito às soluções apresentadas pelas crianças, 17.5% das crianças de 5-6 anos e 7.5% das crianças de 7-9 anos tiveram respostas caracterizadas como de nível pré I. Estas respostas foram consideradas como não importistas, que são típicas de quando a criança está cansada da entrevista e dá qualquer tipo de resposta para se livrar do incomodo de responder. A grande quantidade de respostas não-importistas neste

tópico em comparação com os anteriores retrata o nível de desenvolvimento das crianças, sendo respostas típicas do período pré-operatório, pois neste nível ainda não há a capacidade de pensar sobre o possível, ou seja, elaborar soluções baseadas na reflexão. As crianças baseiam suas crenças na sua experiência prática e, diante da impossibilidade de pensar sobre o possível, fixam suas respostas em outros temas que lhe parecem mais interessantes, desviando a entrevista.

No exemplo descrito abaixo a criança já mostrava uma enorme agitação, se remexia na poltrona e quando fiz estas perguntas ela olhou para a árvore de natal que havia na sala e todas as respostas do tópico giraram em torno do Natal. Ela desviou sua atenção para outro objeto presente que ela considerou mais divertido falar, do que a própria entrevista, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: Que outras coisas você acha que poderia ter no hospital e que não tem? *C: Arvore de Natal.* E: A arvore de Natal já tem, o que mais podia ter? *C: Papai Noel. (...)* E: Se você ficasse doente de novo e precisasse ir pro hospital, como você queria que esse hospital fosse? *C: O hospital ia ter que ter arvore de Natal, e por uma coisa na porta e muita bola na arvore.* (Criança 7, de 6;5 anos, pré I)

No nível I, as respostas envolveram 80% das crianças de 5 e 6 anos, 37.5% das crianças de 7 a 9 anos e 25% das crianças de 10 a 12 anos. As respostas que se enquadraram neste nível tinham por principal característica a incapacidade de propor soluções viáveis ou realistas. As crianças focaram suas respostas em coisas que gostam, como bichos de estimação, sem refletir a viabilidade de ter um cachorro morando na enfermaria pediátrica. As respostas demonstravam que elas estavam presas a situação imediata – o que elas na sua casa e naquele momento achariam interessante/ gostoso- e que não conseguiam pensar sobre o futuro ou possibilidades futuras, o que para Piaget é típico do estagio pré-operatório. As soluções dadas por estas crianças objetivavam prazeres e desejos infantis, como doces, que não contribuiriam eficazmente para a maior qualidade de vida das pessoas hospitalizadas e o funcionamento do hospital, como pode ser visto no extrato abaixo:

> E: O que você acha que se poderia fazer para as crianças que estão no hospital ficarem mais felizes? *C: Eu acho que podia ter uma caixa de bombom e chiclete bubaloo.* (Criança 3, de 5;2 anos, nível I)
> E: Que outras coisas você acha que poderia ter no hospital e que não tem? *C: Um cachorrinho.* E: Um cachorro? Você gosta de cachorro? *C: Humhum.(...)* E: O que você acha que se poderia fazer para as crianças que estão no hospital ficarem mais felizes? *C: Podia ter cachorrinho, brinquedo, toddy, um monte de coisa.* E: Se você ficasse doente de novo e precisasse ir pro hospital,

> como você queria que esse hospital fosse? *C: Com muito brinquedo e com muitos bichos.* (Criança 1, de 5;0 anos, nível I)
> E: Se você ficasse doente de novo e precisasse ir pro hospital, como você queria que esse hospital fosse? *C: Ia ser sem soro, só ia ter as coisas boas. Era só brincar. Sem médico. (...) Ia ter um parque aberto, um jardim enorme.* (Criança 21, de 10;4 anos, nível I)

As respostas enquadradas no nível II mostravam soluções mais viáveis ou realistas, mas que ainda não afetariam diretamente na qualidade de vida dos pacientes e dos serviços, como um todo. Muitas dessas soluções se referiam à decoração do hospital, como pintá-lo, colocar enfeites, brinquedos, tapetes e flores nos ambientes, podendo-se inferir que para as crianças deste nível estes fatores estão relacionados com a humanização hospitalar. Um ambiente mais agradável representa um ambiente mais humanizado, mas de manutenção inviável pelo alto potencial de contaminação e disseminação de doenças.

As crianças cujas respostas se enquadram nesta categoria priorizam o seu bem-estar imediato através de um ambiente mais agradável, mas inadequado para os padrões hospitalares. Verificou-se que 2.5% das respostas de crianças de 5-6 anos, 52.5% das crianças de 7-9 anos e 42.5% das crianças de 10-12 foram de nível II, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: Que outras coisas você acha que poderia ter no hospital e que não tem? *C: Ser mais alegre.* E: O que podia ter pra ficar mais alegre? *C: Um pouco de vasos de flor, tapetes decorados, uma pintura bonita.* E: Como você acha que devia ser o hospital? *C: Assim, como eu falei.* (Criança 20, de 9;6 anos, nível II)

As crianças cujas soluções encaixaram-se no nível III tiveram capacidade de propor soluções realistas e viáveis para o contexto hospitalar, que condiziam com a realidade que vivenciaram. Estas crianças ao ter experimentado situações desagradáveis conseguiram propor soluções possíveis, sendo que avaliar as várias questões reais para conceber o possível é uma das características do pensamento operatório formal, como foi o caso de 2,5% das respostas das crianças de 7-9 anos e 32.5% das de 10-12.

As principais soluções apresentadas pelas crianças deste nível referem-se à necessidade de individualização dentro do coletivo, as crianças não querem ser mais um paciente, que ocupam um leito pré-determinado por outros numa enfermaria coletiva, se forem ficar na enfermaria querem pelo menos escolher onde. Outro elemento recorrente é o desejo pelo quarto individual, onde não precisem presenciar

o sofrimento alheio e que possam descansar. As crianças desejam ser tratadas de acordo com sua faixa etária, repudiando a infantilização que ocorre nos hospitais, não querem dormir em berços e tomar sopa em mesinhas e cadeirinhas próprias para uma criança de 5 anos. Elas querem berços e mesas pequenas para as crianças pequenas e camas, mesas e cadeiras adequadas a sua altura e idade.

Uma questão particularmente interessante é que as crianças vêem a necessidade de mais programas de humanização hospitalar, como: maior possibilidade de contato com as famílias através de um horário de visitas ampliado (ou ainda que não houvesse um horário de visitas definido, pois, assim os familiares teriam livre acesso às crianças), teatro e palhaços; as crianças ainda enfatizam a necessidade de aumentar o acervo e horário de funcionamento da brinquedoteca.

Apesar das soluções acima debatidas serem muito importantes, o que mais atraiu nossa atenção foi como estas crianças oriundas de famílias de baixa renda sofrem com o sistema de saúde pública e a maturidade das representações que tem sobre isso. As longas filas, a espera pelo atendimento, serviços de má qualidade são relatados de forma clara por estas crianças, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: Se você ficasse doente de novo e precisasse ir pro hospital, como você queria que esse hospital fosse? *C: Ia ter camas, e não berços. Ia ter agulhas menores do que aquelas do hospital. Ia ter um quarto pra cada um. Não ia ter horário de visita, podia entrar a pessoa quando quisesse e sair. E muitos brinquedos para brincar, só.* (Criança 28, de 12;1, nível III)
> E: Como você acha que devia ser o hospital? *C: Do jeito que ta assim, ou melhor.* E: Melhor como? *C: Com mais gente brincando, com mais brinquedo, com mais médico, pra não ter que ficar esperando tanto tempo na fila.* E: O que você acha que se poderia fazer para as crianças que estão no hospital ficarem mais felizes? *C: Ter tipo uns palhaços para alegrar as crianças. (...)* E: Se você ficasse doente de novo e precisasse ir pro hospital, como você queria que esse hospital fosse? *C: Ia ter muitos brinquedos, ia ter um monte de gente pra ficar alegrando as crianças que estão doentes e só.* (Criança 24, de 11;3 anos, nível III)
> E: Como você acha que devia ser o hospital? *C: É, como eu posso falar, podia ser organizado e atender todas as pessoas que estivessem necessitando.* E: E se um dia você ficasse doente de novo e precisasse ir pro hospital, como você queria que esse hospital fosse? *(...) C: Cada um com o seu quarto, e cada podia enfeitar do jeito que quisesse, por o que quiser. Não o que as outras pessoas querem, as enfermeiras. (...) Ah, um com a cama que não ficasse com o pé de fora.* E: A cama era pequenininha? *C: Era, tinha que ter camas com tamanhos diferentes, cada um com seu tamanho. Porque se chegasse uma criança grande ia pra uma cama grande também.* (Criança 22, de 10;10 anos, nível III)

4.2. Hospital: Ambiente Humano

O ambiente humano do hospital é composto pelos pacientes, acompanhantes, pelos visitantes, pelos diversos profissionais de saúde e os de apoio. Nessa categoria buscou-se compreender como as crianças enxergam o ambiente humano hospitalar, que pessoas elas pensam que há no hospital, como elas vêem os diferentes profissionais que trabalham no hospital e como avaliam seus trabalhos.

Para melhor compreender como a criança concebe o ambiente humano do hospital, esta categoria foi dividida de acordo com questões que se demonstraram relevantes. Avaliou-se o conceito de ambiente humano das crianças, perguntando a elas que pessoas elas achavam que haviam no hospital e o que elas faziam. Também perguntamos às crianças sobre os profissionais que trabalhavam no hospital e sobre as funções que elas acreditavam que estes profissionais desempenhavam. Por fim, foi solicitado às crianças que nos dessem soluções para melhorar o ambiente humano do hospital.

Na tabela 2 é possível visualizar as percentagens das respostas das crianças, em relação aos níveis de analise propostos neste estudo.

Tabela 2 - Percentuais de crianças em cada nível, segundo a categoria Hospital: Ambiente Humano. – Viçosa/MG, 2011.

Hospital: Ambiente Humano												
Faixa Etária	Conceito: Que pessoas há no hospital?				Trabalho: Quem trabalha no hospital? Em quais funções?				Soluções: Como poderia ser?			
	PI	I	II	III	PI	I	II	III	PI	I	II	III
5 a 6 anos		96.6%	3.4%			95%	5%			95%	5%	
7 a 9 anos		50%	45%	5%		25%	75%		20%	20%	50%	10%
10 a 12 anos		26.6%	56.6%	16.6%		25%	50%	25%		20%	60%	20%

Legenda: PI: Nível pré I; I: Nível I; II: Nível II; eIII: Nível III
Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Ao serem indagadas as crianças que tipo de pessoas havia no hospital, 96.6% das respostas das crianças de 5-6 anos encaixaram-se no nível I, assim como 50% das respostas das crianças de 7-9 anos e 26.6% das de 10-12 anos. A figura 5 demonstra os percentuais dos níveis de respostas por faixa etária.

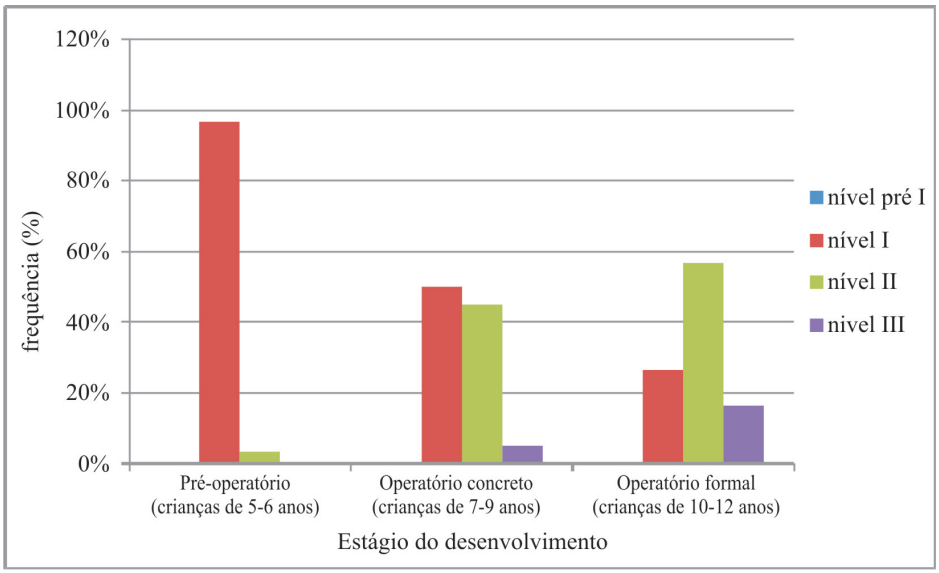

Figura 5 - O conceito das crianças hospitalizadas sobre quais tipos de pessoas há em um hospital – Viçosa/MG, 2011.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

As respostas de nível I demonstraram que estas crianças acreditam que há 2 tipos de pessoas no hospital: as crianças doentes e os médicos. As respostas deste nível não incluem pacientes de outras idades e nem acompanhantes, apenas as crianças e os bebês. No decorrer da entrevista os outros profissionais de saúde aparecem em segundo plano, assim como os profissionais de apoio. O médico é a profissão mais nomeada, com o enfermeiro aparecendo em um caso, mas as atividades que o médico faz são descritas vagamente pelas crianças "eles cuidam da gente", "eles tratam das crianças". Já as atividades dos outros profissionais, cuja profissão não é nomeada, são mais bem descritas pelas crianças "as que cuida da gente", "as que dá remédio", "as que brinca", "as que faz faxina", "as que dá almoço". As explicações sobre os profissionais são baseadas na experiência da criança, assim, suas respostas se baseiam na aparência do fato observado típica do pensamento pré-operatório, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: Além dessas pessoas doentes, há outras pessoas no hospital? Que tipo de pessoas? *C: Aquele bebezinho eu não podia tossir perto dele.* E: Mas aí tem outras pessoas além das doentes no hospital? *C: Tem os bebezinhos que ficam chorando, um monte. Tem um, dois lá.* E: Mas estes bebezinhos também estão doentes, não é verdade? *C: É.* E: Além das crianças e dos bebes doentes, tem outras pessoas no hospital? *C: Tem.* E: Quem? *C: Os médicos.* (Criança 2, de 5;1 anos, nível I)
>
> E: Além dessas pessoas doentes, há outras pessoas no hospital? *(SIM com a cabeça).* Quem? *C: Os médicos.* E: Algumas pessoas trabalham no hospital. O que você acha que elas fazem? *E: Cuida, dá remédio.* (Criança 11, de 7;1 anos, nível I)

> E: Além dessas pessoas doentes, há outras pessoas no hospital? *C: Humhum.* E: Que tipo de pessoas? *C: As enfermeiras.* E: Algumas pessoas trabalham no hospital. O que você acha que elas fazem? *C: Cuidam das crianças, dão remédio, põe soro.* (Criança 27, de 11;11 anos, nível I)

No nível II, foram encontradas respostas mais amplas, claras, e com maior compreensão dos diferentes papéis ocupados pelos profissionais do hospital. A partir deste nível as crianças deixam de enxergar apenas as crianças e os bebês enquanto pacientes, e atentando-se para existência de doentes de várias idades no hospital. Observou-se 3.4% das crianças de 5-6 anos, 45% de 7-9 anos e 56.6% das crianças de 10-12 anos tiveram suas respostas quanto ao ambiente humano hospitalar enquadradas neste nível de análise. Os extratos abaixo mostram respostas de nível II:

> E: Além dessas pessoas doentes, há outras pessoas no hospital? *C: Os enfermeiros, as enfermeiras, os médicos, as médicas.* E: Essas pessoas trabalham no hospital. O que você acha que elas fazem? *C: Passa medicamento, faz operação e cuida da saúde.* (Criança 20, de 9;6 anos, nível II)
>
> E: Além dessas pessoas doentes, há outras pessoas no hospital? *C: Tem.* E: Que tipo de pessoas? *C: Os enfermeiros, os "cirurgistas", como é que fala aquele negocio lá, esqueci o nome, igual vocês assim que brinca.* E: Depende, tem as estagiarias da brinquedoteca, tem eu que faço pesquisa. *C: É as pessoas da biblioteca.* E: Brinquedoteca, de brinquedo. *C: É, brinquedoteca.* E: Ta jóia. Algumas pessoas trabalham no hospital. *C: É.* E: O que você acha que elas fazem? *C: Muitas coisas. Lá tem cirurgia, montão de coisa lá, dá remédio, receita médica.* (Criança 17, de 9;4 anos, nível II)
>
> E: Além dessas pessoas doentes, há outras pessoas no hospital? *C: Sim.* E: Que tipo de pessoas? *C: Tem crianças, adultos, velhos, muita gente.* E: Algumas pessoas trabalham no hospital? *C: Hum hum.* E: O que você acha que elas fazem? *C: Ficam na cozinha, as enfermeiras.* (Criança 28, de 12;1 anos, nível II)

As respostas que se encaixaram no nível III, caracterizam-se pela capacidade das crianças de diferenciar os distintos papeis ocupados pelos profissionais do hospital, assim como nomear suas funções e atribuições. Verificou-se que 5% das respostas das crianças de 7-9 anos encontram-se neste nível, assim como 16% das respostas das crianças de 10-12 anos. Estas crianças incluem em suas respostas novos e importantes elementos humanos no hospital: os acompanhantes e as visitas. Estes são personagens importantíssimos já que constituem o elo entre o hospitalar e o familiar, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: Além dessas pessoas doentes, há outras pessoas no hospital? *C: Tem.* E: Que tipo de pessoas? *C: As que ficam junto com os pacientes.* E: Algumas pessoas trabalham no hospital. O que você acha que elas fazem? *C: Ah elas são legais, tem umas que são muito*

> *legais*. E: Mas que tipo de trabalho que as pessoas fazem no hospital? *C: Cuidam dos pacientes, quem vai fazer cirurgia. Que profissões que trabalham lá no hospital? Cirurgião, médico, enfermeiro, faxineira, um monte.* (Criança 24, de 11;3 anos, nível III)
> E: Além dessas pessoas doentes, há outras pessoas no hospital? *C: Tem*. E: Que tipo de pessoas? *C: Enfermeiros, psicólogos, estagiários, faxineiras, cozinheiras, tem muitos e eu não vou lembrar de todos*. E: Algumas pessoas trabalham no hospital. O que você acha que elas fazem? *C: O enfermeiro cuida da gente, o cozinheiro faz a comida na cozinha, faxineira limpa, as estagiárias da brinquedoteca vem aqui e levam a gente lá, contam historia pra gente.* (Criança 23, de 11;4 anos, nível III)

A figura 6 retrata as porcentagens das respostas em relação ao que as crianças conhecem dos diferentes profissionais que trabalham no hospital, onde pode-se observar que 95% das crianças de 5-6 anos, 25% das crianças de 7-9 anos e 25% das crianças de 10-12 têm suas respostas acerca do trabalho no hospital no nível I. No nível I as únicas profissões evidenciadas pelos entrevistados são as de médico e enfermeiro, sendo que as funções do médico não são claras para as crianças. Algumas crianças neste nível não conseguem definir nenhuma profissional, usando termos vagos e genéricos como "eles cuidam das crianças".

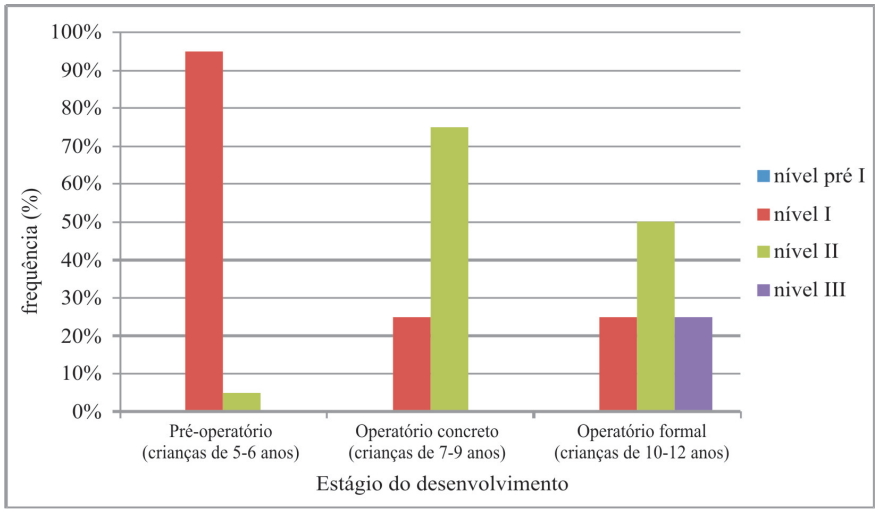

Figura 6 - A concepção das crianças hospitalizadas sobre o trabalho no hospital – Viçosa/MG, 2011.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

A maioria das crianças descreve as funções dos profissionais, mas não sabe definir o cargo, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: Além das pessoas doentes, há outras pessoas no hospital? *C: Não lembro*. E: Quando eu te mostro estas figuras, com estas pessoas, você lembra de outras pessoas que tem lá no hospital? *C: Humhum*. E: Que outras pessoas que tem? *C: As que cuida da gente*. E: Algumas pessoas trabalham no hospital, não é mesmo?

> O que você acha que elas fazem? *C: Dá remédio pra gente.* (Criança 1, de 5;0 anos, nível I)

Notou-se que 5% das respostas de crianças de 5-6 anos, 75% das de 7-9 anos e 50% das de 10-12 anos encontram-se no nível II. As respostas das crianças que compõe este nível se diferenciam das respostas do nível anterior na qualidade da resposta e também no conhecimento de um numero maior de profissões do que as que foram encontradas no nível I, como pode ser percebido no extrato abaixo:

> E: Além dessas pessoas doentes, há outras pessoas no hospital? *C: Tem.* E: Que tipo de pessoas? *C: Os médicos e as enfermeiras.* E: Algumas pessoas trabalham no hospital. O que você acha que elas fazem? *C: Cuidam das crianças, dá remédio, traz comida, limpa o chão.* (Criança 16, de 8;9 anos, nível II)
> E: Além dessas pessoas doentes, há outras pessoas no hospital? *C: Tem.* E: Que tipo de pessoas? *C: Têm os acompanhantes, os médicos, as enfermeiras.* E: Algumas pessoas trabalham no hospital. O que você acha que elas fazem? *C: Dão remédio, coloca o soro, vê se tá melhor ou se ainda ta mal, essas coisas.* (Criança 30, de 12;4 anos, nível II)

Apenas 25% das respostas de crianças de 10-12 foram consideradas de nível III. No nível III as respostas sobre os profissionais que trabalham no hospital são mais bem elaboradas e várias profissões são relatadas assim como suas funções no hospital, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: Além dessas pessoas doentes, há outras pessoas no hospital? *C: Tem.* E: Que tipo de pessoas? *C: Enfermeiros, psicólogos, estagiários, faxineiras, cozinheiras, tem muitos e eu não vou lembrar de todos.* E: Algumas pessoas trabalham no hospital. O que você acha que elas fazem? *C: O enfermeiro cuida da gente, o cozinheiro faz a comida na cozinha, faxineira limpa, as estagiárias da brinquedoteca vem aqui e levam a gente lá, contam historia pra gente.* (Criança 23, de 11;4 anos, nível III)

Conforme figura7, foi questionado às crianças o que poderia haver no hospital para que o ambiente humano pudesse ser melhor.

As respostas das crianças que se encontravam no nível pré I foram não importistas, 20% das crianças de 7-9 anos tiveram respostas deste tipo, demonstrando desinteresse em responder as perguntas, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: Como você acha que podiam ser as pessoas que trabalham no hospital? *C: Não sei.* E: E podiam melhorar? *C: Só um pouquinho*. E: No que? *C: Não sei.* (Criança 13, de 7;10 anos, pré I)

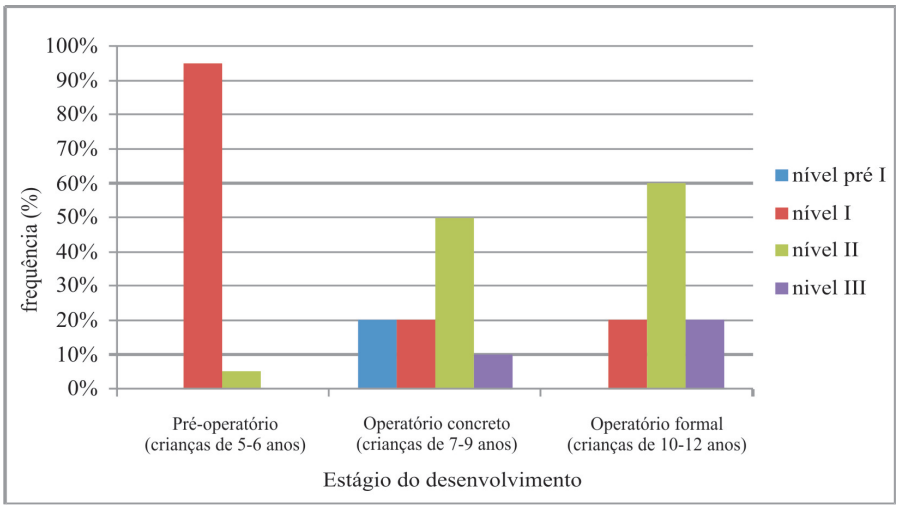

Figura 7 - Soluções para melhorar o ambiente humano hospitalar na concepção das crianças hospitalizadas – Viçosa/MG, 2011.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

As respostas que foram consideradas de nível I tinham como característica a falta de soluções para o ambiente humano, num certo conformismo. "As pessoas estavam boas do jeito que estavam", mas não conseguiam expor suas qualidades, no caso de satisfação com as pessoas, e nem fazer críticas, conforme reportado por 95% das crianças de 5 e 6 anos e 20% das de 7-9 e 10-12.

> E: Como você acha que podiam ser as pessoas que trabalham no hospital? *C: Ta bom.* (Criança 1, de 5;0 anos, nível I)
> E: Como você acha que podiam ser as pessoas que trabalham no hospital? Como elas podiam ser? *C: É... Tá bom, elas são boazinhas.* E: Boazinhas porque? *C: Não sei.* (Criança 14, de 8;1 anos, nível I)

No nível II as crianças conseguem expressar soluções para o ambiente humano, apesar que a forma da linguagem usada não é totalmente clara. Verificou-se que 5% das crianças de 5-6 anos, 50% das crianças de 7-9 anos e 60% das crianças de 10-12 anos tiveram respostas classificadas como de nível II. As soluções são condizentes com a realidade vivenciada, porém, há uma generalização: para as crianças deste nível ou todas as pessoas são boas ou todas são ruins. Como pode ser visto no extrato a seguir.

> E: Como você acha que podiam ser as pessoas que trabalham no hospital? *C: Elas podiam abrir mais a brinquedoteca.* E: Você acha que abre pouco? *C: Eu acho.* E: E o jeito das pessoas, podia mudar? *C: Não, ta bom assim.* (Criança 15, de 8;4 anos, nível II)

As respostas de nível III indicam capacidade de reflexão e abstração típicas do pensamento operatório formal. Verificou-se que 10% das crianças de 7-9 anos e

20% das crianças de 10-12 anos encontravam-se neste nível. As crianças que tiveram suas respostas neste nível conseguem distinguir características gerais das características individuais, ao contrario do nível anterior, indicando reversibilidade, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: Como você acha que deviam ser as pessoas que trabalham no hospital? *C: Ah sabe, tem umas que é legal, mas tem umas... (faz careta)*. E: Como assim, me explica melhor? *C: Tem umas boazinha, as lá de cima. Mas lá embaixo tem umas que não atende a gente quando a gente ta passando mal e a gente fica esperando, esperando lá embaixo um tempão até poder ir lá pra cima tomar remédio*. (Criança 26, de 11;10 anos, nível III)

4.3. Procedimentos e Rotina Hospitalar

Nesta seção buscou-se compreender como as crianças percebiam os procedimentos médicos aos quais foram submetidas durante a hospitalização, assim como suas concepções sobre a rotina hospitalar. Os dados sobre esta seção encontram-se na tabela 3:

Tabela 3 - Percentuais de crianças em cada nível, segundo a categoria Procedimentos e Rotina Hospitalar

Procedimentos e Rotina Hospitalar												
Faixa Etária	Rotina Hospitalar: O que uma criança doente faz?				O que é possível fazer no hospital?				O que não é possível fazer no hospital?			
	PI	I	II	III	PI	I	II	III	PI	I	II	III
5 a 6 anos		100%				100%				100%		
7 a 9 anos		60%	30%	10%		25%	75%			30%	70%	
10 a 12 anos		20%	70%	10%		10%	65%	25%		10%	60%	30%

Legenda: PI: Nível pré I; I: Nível I; II: Nível II; eIII: Nível III
Fonte: Dados da pesquisa (2011)

As impressões das crianças sobre a rotina hospitalar, no período que permaneceram hospitalizadas podem ser evidenciadas na figura 8, constatando-se que 100% das respostas de crianças de 5 e 6 anos, 60% de 7-9 e 20% de 10-12 anos foram de nível I.

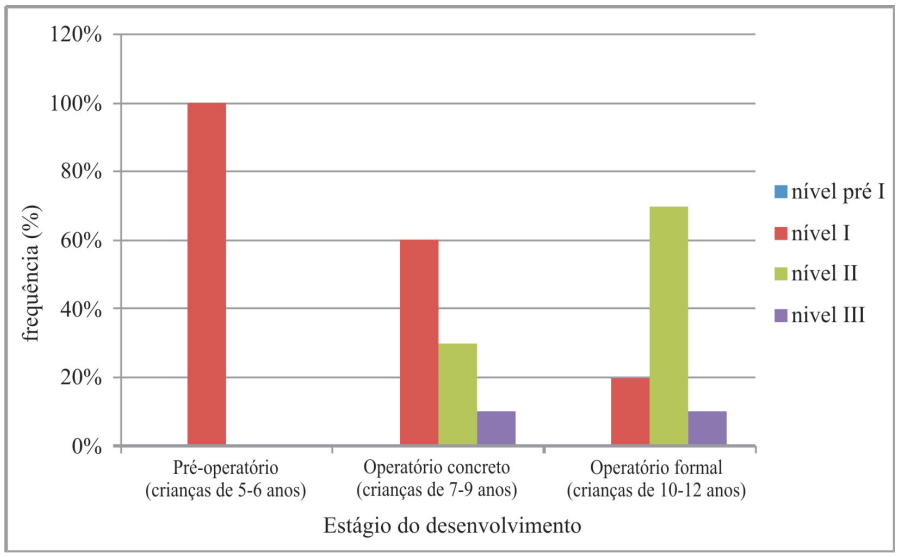

Figura 8 - Impressões das crianças hospitalizadas sobre a Rotina Hospitalar – Viçosa/MG, 2011.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

Percebeu-se que as crianças com respostas classificadas como nível I eram bem específicas, tratando de assuntos característicos e marcantes para a criança – como o soro ou injeções. Estas crianças fixam-se em aspectos visíveis da realidade vivenciada, tanto positivos quanto negativos, e não enxergam a rotina hospitalar, mas momentos específicos desta rotina, como pode ser observado nos extratos:

> E: Você ficou 10 dias no hospital. Você lembra do hospital? *C: Lembro.* E: Quando eu falo em hospital o que você lembra? *C: De que foi muito ruim.* E: O que você acha que as pessoas doentes fazem no hospital? *C: Fica deitada com soro no braço.* (Criança 1, de 5;0 anos, nível I)
> E: Você ficou 4 dias no hospital. Quando eu falo em hospital o que você lembra? *C: Lembro das barbies.* E: O que você acha que as pessoas doentes fazem no hospital? *C: Dorme.* E: Mais o que elas fazem? *C: Brincam.* E: E mais o que? *C: Fica com aquele negocio (gesto soro).* (Criança 3, de 5;2 anos, nível I)
> E: Você ficou 5 dias no hospital. Quando eu falo em hospital o que você lembra? *C: Eu lembro que eu e você jogou um joguinho e que eu e a N. escorregou.* E: O que você acha que as pessoas doentes fazem no hospital? *C: Ela fica deitada, chora.* (Criança 12, de 7;6 anos, nível I)

Os aspectos positivos destacados da rotina por estas crianças referem-se ao brincar e a brinquedoteca e os aspectos negativos aos procedimentos médicos que as crianças são submetidas. O soro e as "agulhadas" – nome que as crianças usam para designar as injeções- são os procedimentos que mais se destacam na rotina das crianças, sendo que muitas das vezes é a maior recordação que a criança tem do hospital.

Quando questionadas sobre o que mais lembravam do hospital as respostas ou giravam em torno dos brinquedos ou das agulhadas. De certa forma isso pode ser

considerado como um avanço já que as práticas lúdicas fazem com que o hospital não seja apenas uma lembrança negativa na memória destas crianças, e muitas vezes, sobressaem em relação a dor e aos procedimentos invasivos. No entanto, é importante ressaltar a importância de um trabalho de conscientização das crianças acerca do tratamento e procedimentos que ela terá que se submeter.

As crianças de nível I não entendem o porquê das injeções e dos outros procedimentos dolorosos e invasivos que são obrigadas a aceitar passivamente. Percebe-se que, por não entender a real utilidade dos procedimentos aos quais são submetidas, as crianças menores encaram estes procedimentos como castigo por algo que fizeram de errado. Esta concepção é fruto também da transmissão social, pois muitas vezes os pais amedrontam as crianças dizendo, por exemplo, que "se não comerem tudo ficarão doentes e tomarão injeção". As crianças acreditam nisso, e ao ter que tomar injeções acabam acreditando que estão sendo punidas por algo que fizeram de errado, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: O que você acha que as crianças que estão no hospital não podem fazer? *C: Não pode fazer arte. Se a criança faz arte, o que os médicos fazem? Dão injeção!* E: É assim? Você tomou injeção? *C: Tomei.* E: E você arte? *C: Não.* E: Então se você não fez arte, porque tomou injeção? *C: Porque eu tava com pneumonia.* E: Mas então eu não entendi, é a criança que faz arte ou a que esta doente e precisa melhorar? *(...) C: Eu não sei.* E: Mas foi você quem falou! *C: É. Deve que eu fiz arte então.* E: Que tipo de arte? *C: Eu brinquei com a mangueira de água e fiquei com pneumonia.* (Criança 7, de 6;5 anos, nível I)

No nível II, as respostas demonstravam maior compreensão dos procedimentos hospitalares, mas a rotina hospitalar ainda é percebida de maneira pontual e ambivalente: os procedimentos dolorosos x práticas lúdicas. Porém não entendem mais os procedimentos médicos como castigos por algo que fizeram de errado. 30% das respostas de crianças de 7-9 anos e 70% das respostas de crianças de 10-12 anos foram consideradas de nível II. Respostas comuns sobre a rotina hospitalar neste grupo são: descansar, dormir, ficar deitada, tomar remédio, agulhada e soro, e brinquedos e brincadeiras, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: O que você acha que as pessoas doentes fazem no hospital? *C: Descansam.* (Criança 23, de 11;2 anos, nível II)
> E: O que você acha que as pessoas doentes fazem no hospital? *C: Ficam deitadas, tomam remédio.* (Criança 24, de 11;3 anos, nível II)

No nível III percebeu-se respostas mais amplas e que se referiam a possibilidades e não apenas a realidade vivenciada, como nos níveis anteriores. As crianças cujas respostas encontram-se no nível III ao serem questionadas sobre qual era a rotina das pessoas hospitalizadas responderam que a rotina dependia da doença de cada pessoa hospitalizada. Esta é uma característica do pensamento operatório formal, quando a criança consegue lidar com hipóteses e tem um pensamento flexível. Assim, diferentes hipóteses de rotina são possíveis para pessoas que tem diferentes doenças. Se uma pessoa precisa de repouso constante sua rotina será bem diferente da de outra pessoa que pode se locomover, por exemplo. Constatou-se que 10% das respostas de crianças de 7-9 anos e 10% das de 10-12 anos foram deste nível.

> E: Como você acha que é uma pessoa doente? *C: Depende da doença da pessoa, pode ficar cansada, pálida.* E: O que você acha que as pessoas doentes podem fazer no hospital? *C: Também depende da doença da pessoa.* (Criança 28, de 12;1 anos, nível III)

Para melhor compreender as representações que as crianças tinham da rotina hospitalar foi questionado às crianças o que elas consideravam possível fazer no hospital e o que não era possível fazer no hospital. Os dados encontram-se nas figuras 9 e 10, respectivamente.

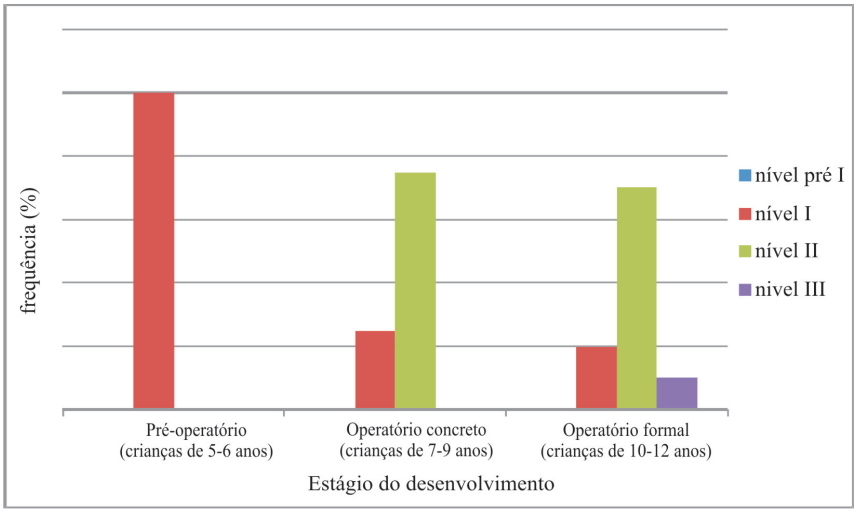

Figura 9 - Concepções das crianças hospitalizadas sobre o que se pode fazer em um hospital – Viçosa/MG, 2011.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

As crianças cujas respostas enquadram-se no nível I demonstram não reconhecer as várias atividades realizadas e as possíveis de realizar no hospital, como reportado por 100% das crianças de 5-6 anos, 25% das de 7-9 anos e 10% das de 10-

12 anos. Suas respostas foram influenciadas pela realidade que vivenciaram, sendo que as atividades mais relatadas foram: brincar/ir a brinquedoteca, descansar/dormir e se submeter passivamente aos procedimentos, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: O que você acha que as crianças que estão no hospital podem fazem? *C: Elas pode ficar quietinha e deixar o soro vir pro braço.* E: O que você gostou de fazer no hospital? *C: Ficar rindo, me divertindo, minha Tia J. sempre faz graça em mim.* (Criança 2, de 5;1 anos, nível I)
> E: O que você acha que as crianças que estão no hospital podem fazer? *C: Brincar com os brinquedos.* E: O que você gostou de fazer no hospital? *C: Brincar.* (Criança 4, de 5;4 anos, nível I)
> E: O que você acha que as crianças que estão no hospital podem fazer? *C: Pode brincar, pode descer lá embaixo no parquinho.* E: O que você gostou de fazer no hospital? *C: Brincar de boneca.* (Criança 6, de 6;3 anos, nível I)

As respostas de 75% das crianças de 7-9 anos e de 65% das crianças de 10-12 anos foram consideradas de nível II. As crianças de nível II foram capazes de nomear mais atividades rotineiras possíveis de serem realizadas no hospital. Contudo, estas atividades relatadas ainda se referiam a experiência destas crianças, sem abstrações nem inferências a processos internos, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: O que você acha que as crianças doentes podem fazer no hospital? *C: Pode tomar remédio, almoçar pra ficar forte e brincar.* E: O que você gostou de fazer lá no hospital? *C: A brinquedoteca.* (Criança 18, de 9;6 anos, nível II)

As respostas das crianças de nível III consistem em exemplos de raciocínio do período operatório formal, onde a criança se livra da inferência do real e se concentra no conjunto do possível, conforme 25% das respostas das crianças de 10-12. As crianças ao responder sobre as possibilidades de ações no hospital também trazem referencia aos diferentes tipos de doença e também aos diferentes tipos de hospitais, que oferecem possibilidades diferentes de atividades, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: O que você acha que as crianças doentes podem fazer no hospital? *C: Naquele hospital lá elas podem ir na brinquedoteca e podem levar os brinquedos emprestados lá pra cima.* (Criança 20, de 9;6 anos, nível III)

Com respeito às restrições impostas às crianças pela hospitalização e pela rotina hospitalar, as respostas de nível I foram focadas em aspectos externos e

facilmente observáveis da realidade, em conformidade com o período pré-operatório (figura 10).

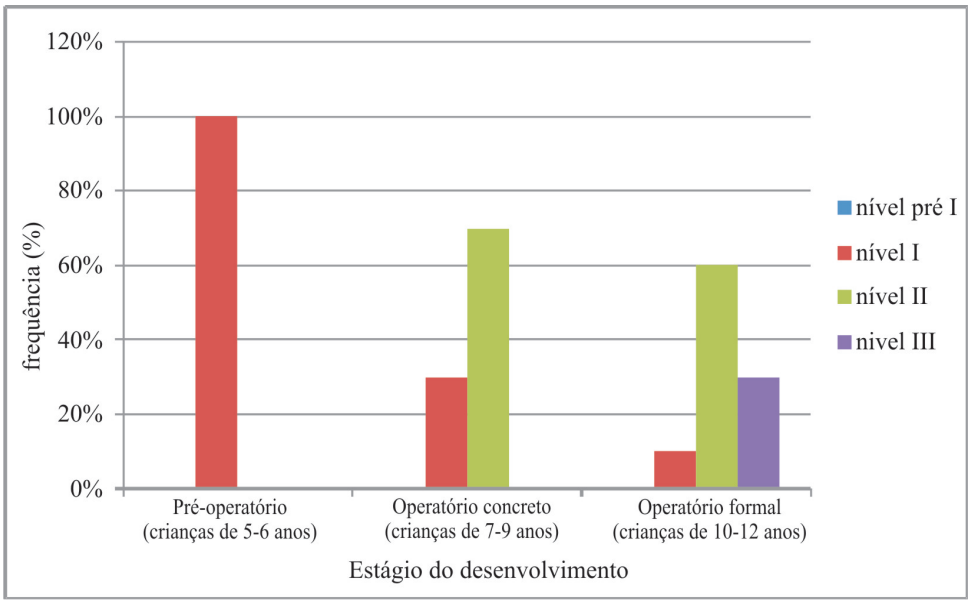

Figura 10 - Concepções das crianças hospitalizadas sobre o que não se pode fazer em um hospital – Viçosa/MG, 2011.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

As respostas de 100% das crianças de 5-6 anos, de 30% das crianças de 7-9 anos e de 10% das crianças de 10-12 anos sobre restrições foram consideradas como nível I. Foi comum ouvir das crianças que a maior restrição que tiveram foi não poder ir para sua casa e não fazer arte. A saudade de amigos e parentes também é expressada.

Outra restrição comum é sobre "bagunça", que não se podia fazer no hospital. Quando perguntado a elas o significado de bagunça a resposta soou de forma estranha: para estas crianças, bagunça era correr, pular, brincar. É certo que algumas doenças requerem repouso, mas não todas. Estas atividades são comuns a todas as crianças e para estas crianças o hospital é um lugar onde não agir como crianças – a não ser no local adequado para isso, a brinquedoteca. Não é à toa, que este local foi escolhido como o que a maioria das crianças mais gostou do hospital, como pode ser visto no extrato abaixo:

> E: O que você acha que as crianças que estão no hospital não podem fazer? *C: Fazer arte.* E: Que tipo de arte? *C: Bagunçar os brinquedos, a cama, correr.* E: O que você quis fazer no hospital, mas não podia? *C: Eu queria ver meu irmãozinho.* (Criança 8, de 6;5 anos, nível I)
> E: O que você acha que as crianças que estão no hospital não podem fazer? *C: Não pode correr, pular.* E: O que você quis fazer

> no hospital, mas não podia? *C: Brincar de pique, correr.* (Criança 9, de 6;8 anos, nível I)

No nível II as respostas das crianças referem-se a limitações quanto à "bagunça" e outras atividades dinâmicas, e também a vontade de sair do hospital. De modo geral, os níveis I e II diferenciavam-se pela forma com que as crianças se expressavam, sendo as respostas consideradas de nível II formuladas de forma mais clara e objetiva do que as respostas do nível anterior.

No período operatório concreto multiplicam-se as competências linguísticas, a capacidade para compreensão de regras e para o manejo de situações progressivamente mais abstratas. No nível II as crianças compreendem melhor os procedimentos hospitalares, e era importante para estas crianças obedecerem às regras impostas pela rotina hospitalar.

Assim, as crianças do nível II entendiam que não podiam deixar de fazer certas coisas que tomavam como regra, como por exemplo, o repouso. Estas questões podem ser observadas no extrato a seguir:

> E: O que você acha que as crianças que estão no hospital não podem fazer? *C: Não podem tirar o soro do braço.* E: O que você quis fazer, mas não podia? *C: Queria sair do hospital logo, mas não podia.* (Criança 28, de 12;1 anos, nível II)
> E: O que você acha que as crianças que estão no hospital não podem fazer? *C: Não pode não tomar injeção.* E: O que você queria fazer no hospital, mas não podia? *C: Eu queria descer pra ver como era lá embaixo, mas não podia.* E: Você não podia andar? *C: Não. Só no dia que o médico deixou eu ir embora que eu fui lá.* (Criança 26, de 11;10 anos, nível II)

No nível III, as respostas demonstraram operações mentais no nível do possível. Há uma série de possibilidade de limitações no ambiente hospitalar, sendo que estas, como as atividades possíveis, também dependem da doença de cada paciente, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: O que você acha que as crianças que estão no hospital não podem fazer? *C: Elas não podem sair do hospital, comer alguns alimentos. Vamos supor, eu não podia correr por causa da dor, pular.* E: O que você queria fazer no hospital, mas não podia? *C: Eu queria comer hambúrguer e sair de lá pra lanchar em outro lugar, mas não podia. E correr, brincar e pular.* (Criança 23, de 11;2 anos, nível III)

4.4. Adoecimento e Cura

Nesta seção buscou-se compreender as representações que as crianças tinham sobre o processo de adoecimento e cura. Os dados referentes a esta seção encontram-se na tabela 4.

Tabela 4 - Percentuais de crianças em cada nível, segundo a categoria Processo de Adoecimento e Cura. – Viçosa/MG, 2011.

Processo de adoecimento e cura												
Faixa Etária	Conceito: Como é estar doente?				Como se sente uma criança doente?				Mudança: Como é o processo de adoecimento e cura?			
	PI	I	II	III	PI	I	II	III	PI	I	II	III
5 a 6 anos		100%				100%				100%		
7 a 9 anos		60%	30%	10%		25%	75%			30%	70%	
10 a 12 anos		20%	70%	10%		20%	70%	10%		10%	60%	30%

Legenda: PI: Nível pré I; I: Nível I; II: Nível II; eIII: Nível III
Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Esta seção foi dividida em 3 subseções, visando compreender o pensamento das crianças sobre o conceito de doença, o que elas acreditavam que as crianças sentem quando estão doentes e como compreendiam o processo de mudança: estar saudável/ficar doente/ficar no hospital/voltar a ficar saudável.

No que diz respeito ao conceito de doença (figura 11), foram obtidas respostas de nível I, II e III, por meio da seguinte pergunta: porque você acha que as pessoas ficam no hospital? Essa questão objetivava entender como as crianças conceituavam as pessoas que ficavam no hospital, se ligavam as pessoas hospitalizadas à doença.

A maioria das crianças teve respostas de nível I: 100% das crianças de 5-6 anos, 60% das crianças de 7-9 anos e 20% das crianças de 10-12 anos. As crianças deste nível conceituam as pessoas hospitalizadas como doentes, mas a forma com que fazem isso torna claro que pensam na sua experiência, não sendo capaz de pensar na experiência de outras pessoas. Assim, as explicações sobre a hospitalização são concretas, baseadas na própria experiência da criança, sendo estas respostas típicas de crianças que encontram-se no estágio pré-operatório, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: Porque você acha que as pessoas ficam internadas no hospital?
> *C: Porque se a gente fica assim (expressão amuada) e não acordar e ficar de olho aberto, é porque é um problema. Aí quando tem um problema tem que ir pro hospital. Por isso que eu*

vou operar, por que eu nasci com um problema então eu vou operar. (Criança 3, de 5;2 anos, nível I)

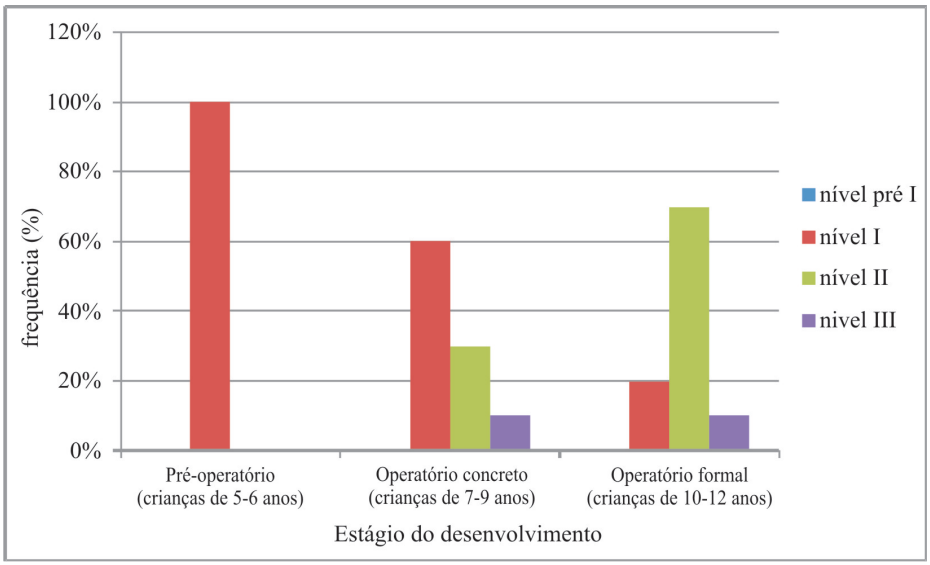

Figura 11 - O conceito das crianças hospitalizadas sobre doença– Viçosa/MG, 2011.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

As crianças que tiveram respostas consideradas de nível II foram 30% das crianças de 7-9 anos e 70% das de 10-12 anos. Neste nível as crianças apesar de refletirem apoiadas em sua experiência, já começam a fazer abstrações sobre a doença. Piaget diz que esta é uma característica do pensamento operatório concreto, pois neste estágio a criança adquire a possibilidade de pensar através de problemas, mentalmente, embora ainda necessite de objetos concretos, do mundo real, para apoiar o pensamento. Pode-se perceber isso ao observar o seguinte extrato:

> E: Porque você acha que as pessoas ficam internadas no hospital? *C: Porque elas estão doentes e precisam de ajuda.* (Criança 26, de 11;10 meses, nível II)
> E: Porque você acha que as pessoas ficam no hospital? *C: Porque elas não se alimentam direito, não cuidam da saúde direito.* (Criança 21, de 10;4 anos, nível II)

No nível III as respostas diferem das de nível II apenas qualitativamente, as frases são mais claras e as respostas, mais elaboradas, conforme relatado por 10% das crianças de 7-9 anos e 10% das crianças de 10-12 anos.

> E: Porque você acha que as pessoas ficam no hospital? *C: Porque elas têm um problema e tem que ficar internadas para fazer uma cirurgia ou para passar medicamentos para ele.* (Criança 24, de 11;3 anos, nível III)

Outra questão feita às crianças diz respeito a como elas pensavam que as crianças doentes se sentiam. As respostas encontram-se quantificadas na figura 12.

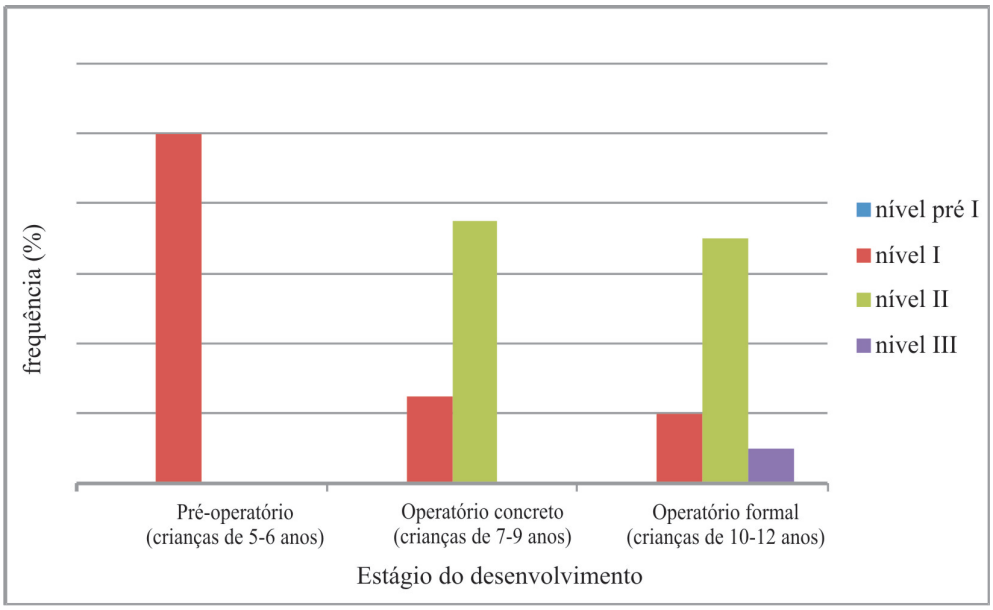

Figura 12 - Considerações das crianças hospitalizadas acerca de como se sente uma criança doente – Viçosa/MG, 2011.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

Para compreender como as crianças internadas se sentiam, perguntou-se a elas como eram as pessoas internadas no hospital, porque elas tiveram que ficar no hospital, como elas se sentiram por estar doentes e ter que ficar hospitalizadas e também o que elas achavam que as outras crianças hospitalizadas sentiam.

As crianças que tiveram suas respostas classificadas como nível I demonstraram incapacidade de expressar seus sentimentos em relação à doença, ou seja, estas crianças não foram capazes de identificar os sentimentos que tiveram por estar doentes e hospitalizadas, como foi o caso de 100% das crianças de 5-6 anos, 25% de 7-9 anos e 20% das crianças de 10-12. Ao relatar sobre a doença fizeram referencia a sua própria experiência, sendo incapazes de outras explicações a não ser as baseadas em aspectos facilmente observáveis da realidade que vivenciaram. Outra questão é que as crianças deste nível não compreendiam o motivo pelo qual estavam internadas, achavam que era porque “estavam passando mal” e ressaltavam algum sintoma especifico, mas desconheciam a doença que tinham.

Nas crianças da faixa etária entre 5 e 6 anos, foi feito uso do material concreto (Apêndice B) para ajudar as crianças a expressar verbalmente seus

sentimentos, pois todas as crianças desta faixa etária não foram capazes de responder sem o apoio do material concreto.

> E: Porque você acha que as pessoas ficam internadas no hospital? *C: Porque estão ruins.* E: Como são as pessoas doentes, como são as pessoas que estão ruins? *C: Elas ficam com soro no braço.* E: Você passou 5 dias no hospital. Porque você teve que ficar no hospital? *C: Porque eu tava passando mal.* E: O que você tinha, o que você sentia quando estava passando mal? *C: Dor de cabeça, na barriga.* E: Com quem você ficou quando estava no hospital? *C: Minha mãe.* E: Como você se sentiu por estar doente e por ter que ficar no hospital? *C: Não lembro.* E: Vou te mostrar umas figuras de umas crianças que estão sentindo coisas diferentes. Você percebe que elas estão sentindo coisas diferentes? *C: Sim.* E: Com qual dessas crianças você estava parecendo quando você estava no hospital? *C: Esse (menino sorrindo).* E: O que você estava sentindo igual a ele? *C: Alegre.* E: Você estava alegre lá no hospital? *C: Tava, tinha brinquedo.* E: No hospital que você ficou tinha outras crianças. Como você acha que as outras crianças se sentiam? *C: Com dor.* (Criança 4, de 5;4 meses, Nível I)

As crianças que tiveram suas respostas classificadas como de nível II foram capazes de expressar seus sentimentos em relação à doença e hospitalização, mas esta expressão verbal de sentimentos foi feita de forma restrita. As respostas de 75% das crianças de 7-9 anos e 70% de 10-12 anos foram deste tipo. Houve uma maior compreensão do motivo de estar hospitalizada, mas ainda neste nível os sintomas específicos sobressaíram a nosografia como um todo, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: Como você acha que é uma pessoa doente? *C: É alguém que tem uma dor ou um machucado.* E: Você passou 5 dias no hospital. Porque você teve que ficar no hospital? *C: Porque eu tava com muita dor na espinha e daí doía tudo.* E: Com quem você ficou quando estava no hospital? *C: Com minha mãe.* E: Como você se sentiu por estar doente e por ter que ficar no hospital? *C: Achei muito ruim.* E: No hospital que você ficou tinha outras crianças. Como você acha que as outras crianças se sentiam? *C: Acho que se sentiam ruim também.* (Criança 26, de 11;10 anos, nível II)

Nas respostas de nível III foi possível perceber que algumas crianças tinham consciência do que sentiam e conseguiram expressar verbalmente estes sentimentos de forma clara; mas, em geral, as mudanças em relação ao nível II foram poucas, conforme relatado por 10% das crianças de 10-12.

> E: Porque você acha que as pessoas ficam internadas no hospital? *C: Porque elas estão doentes.* E: Como são estas pessoas? Como você acha que é uma pessoa doente? *C:*

> *Depende da doença da pessoa, pode ficar cansada, pálida.* E: Você passou 4 dias no hospital. Porque você teve que ficar no hospital? *C: Por causa que minha glicose estava alta, aí eu tinha que ficar lá até normalizar a glicose.* E: Como você se sentiu por estar doente e por ter que ficar no hospital? *C: Achei ruim, porque tinha que ficar lá, tomar agulhada.* E: Que tipo de sentimento você sentiu? *C: Me senti triste.* E: No hospital que você ficou tinha outras crianças. Como você acha que as outras crianças se sentiam? *C: Tristes também.* (Criança 28, de 12;1 anos, nível III)

Buscou-se, também, saber como as crianças compreendiam o processo de mudança que ocorreu em suas vidas ao adoecer e depois ao se recuperarem. Os dados podem ser visualizados na figura 13.

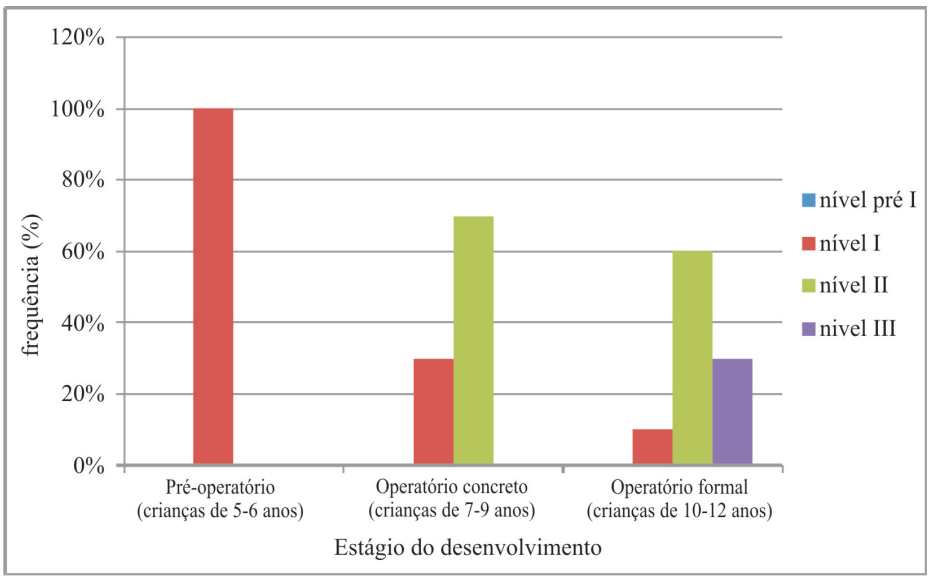

Figura 13 - Percepção das crianças hospitalizadas sobre as mudanças decorrentes do processo de adoecimento e cura – Viçosa/MG, 2011.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

No que se referiu à mudança, pode-se dizer que as crianças consideradas de nível I não compreendiam o adoecimento e a cura como um processo, desta forma não conseguiam pontuar as mudanças que ocorreram em suas vidas, como foi o caso de 100% das crianças de 5 e 6 anos, bem como de 30% das crianças de 7-9 anos e 10% das de 10-12 anos.

Uma informação interessante é que algumas crianças de 5 e 6 anos que não conseguiam expressar verbalmente seu sentimento em relação à doença e que usaram o material concreto como apoio ao seu pensamento, não precisaram mais fazer uso deste recurso nas questões sobre o sentimento de ficar doente, quando foi investigado o processo de mudança. Nisso fica claro a questão das respostas desencadeadas, que são produzidas no curso da entrevista e que estão de acordo com as concepções das

crianças. Uma criança pode não ter refletido sobre os sentimentos que teve em relação ao adoecimento, mas depois que faz esta reflexão com suporte do material de apoio é mais fácil para ela quando tem que responder sobre os seus sentimentos. Ela mesma é capaz de fazer uma reflexão de acordo com seu nível de desenvolvimento e chegar a conclusões quanto ao que sentia, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: Você passou 10 dias no hospital. Porque você teve que ficar no hospital? *C: Porque eu tava com catapora.* E: O que você sentiu quando ficou doente e teve que ficar no hospital? *C: Triste.* E: Como foi voltar pra casa depois de ter saído do hospital? O que você sentiu? *C: Senti alegre.* (Criança 1, de 5;0 anos, nível I)

Algumas crianças não conseguiram expressar seus sentimentos e foi necessário o uso do material concreto, outras ainda por incapacidade de expressar o que sentiam narravam a situação que vivenciaram, como pode ser observado no seguinte extrato:

> E: Você passou 6 dias no hospital. Porque você teve que ficar no hospital? *C: Eu bebi meu suco, comi meus biscoitos e fiz um monte de coisa.* E: Mas porque você teve que ficar no hospital? O que você tinha*? C: Pneumonia.* E: O que você sentiu quando ficou doente e teve que ficar no hospital? *C: Eu ficava chorando por causa do meu pai. Eu ficava: eu quero minha irmã! Quero minha irmã! Aí quando eu cheguei eu dei um abraço na minha irmã.* E: Como foi voltar pra casa depois de ter saído do hospital? *C: Eu fiquei brincando, eu fui na casa do Eduardo e nós ficamos brincando.* E: O que você sentiu? *C: Boa, né?* (Criança 2, de 5;1 anos, nível I)

Outra característica particularmente interessante de algumas crianças de nível I é tratar a doença como uma entidade, num exemplo de animismo, onde a criança atribui características humanas a seres inanimados. A doença é concebida como um ser vivo, dotada de vontade, assim no processo de mudança não é o tratamento realizado no hospital que cura a doença, mas a doença que "resolve" ir embora, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: Você passou 12 dias no hospital. Porque você teve que ficar no hospital? *C: Internada com pneumonia e aí as pneumonia foram tudo embora.* (Criança 7, de 6;4 anos, nível I)

As crianças, cujas respostas foram classificadas como nível II, possuíram maior capacidade de compreensão em relação às mudanças ocorridas no processo de adoecimento-cura do que as crianças do nível anterior. A expressão de sentimentos das crianças neste nível é mais eficiente do que no nível anterior, e os relatos sobre a mudança ao se descobrir doentes são carregados de emoção. Algumas crianças deste

nível foram capazes de pontuar temporalmente os fatos, como: descoberta da doença, momento da hospitalização e momento da alta, mas não todos estes momentos, conforme 70% das respostas das crianças de 7-9 anos, assim como, 60% das crianças de 10-12 anos.

> E: No caso você passou 8 dias no hospital. Porque você teve que ficar no hospital? *C: Porque eu tinha pneumonia.* E: O que você sentiu quando ficou doente e teve que ficar no hospital? *C: Muito mal. Muito mal. Foi assim, meu pai, o medico falou lá: você tem que ficar internada. Eu e meu pai começou a chorar. Ai meu deus! Eu pensei eu não sei o que vai acontecer comigo não, eu to com medo. Ai eu lembrei do meu vô, ele já morreu já, ele tava doente com um problema lá e não podia sair do hospital.* E: Como foi voltar pra casa depois de ter saído do hospital? *C: Muito legal!* E: O que você sentiu? *C: Na verdade eu senti triste.* E: Triste por quê? *C: Porque tinha coisa que eu gostava do hospital.* (Criança 17, de 9;6 anos, nível II)
>
> E: Você passou 4 dias no hospital. Porque você teve que ficar no hospital? *C: Por causa que minha glicose estava alta, aí eu tinha que ficar lá até normalizar a glicose.* E: O que você sentiu quando ficou doente e teve que ficar no hospital?*C: Triste.* E: Você ficou triste, e como você ficou? *C: É que primeiro meu pai me tirou do colégio assim que acabou a aula e me levou na minha médica. Aí ela falou que eu ia ter que ficar internada.* E: Como foi voltar pra casa depois de ter saído do hospital? *C: Um alívio.* E: O que você sentiu? *C: Aliviada.* (Criança 28, de 12;1 anos, nível II)

As respostas de 30% das crianças de 10-12 anos foram classificadas como de nível III. Estas crianças foram capazes de identificar e relatar com clareza os sentimentos que possuíam e demonstraram capacidade de pensar o processo de adoecimento e cura temporalmente, como pode ser observado no extrato a seguir:

> E: Você passou 4 dias no hospital. Porque você teve que ficar no hospital? *C: Por causa de dores abdominais.* E: O que você sentiu quando ficou doente e teve que ficar no hospital? *C: Muito magoada. No dia que o medico falou que eu tinha que ficar internada eu chorei muito, mas eu sabia que era melhor eu ir do que passar mal dentro de casa.* E: Como foi voltar pra casa depois de ter saído do hospital? *C: Oh, foi muito legal. Eu já tava pulando, dançando no meu ultimo dia. Aí minha mãe falou: para de pular, pula na hora que o medico vir pra ele te dar alta! (risos)* E: Mas o que você quis fazer quando chegou em casa? *C: Primeira coisa: eu tinha ficado 4 dias sem internet! Cheguei e já fui mexer no computador.* (Criança 23, de 11;4 anos, nível III)

5. CONCLUSÕES

Nesta pesquisa objetivou-se compreender as representações que as crianças hospitalizadas têm sobre a doença e a hospitalização. Para conseguir alcançar este objetivo, foram examinadas as ideias subjacentes às representações, de acordo com

os níveis de desenvolvimento estudados, para compreender as tendências gerais presentes nas respostas das crianças estudadas.

A construção do instrumento de análise foi referendada em outras pesquisas realizadas com crianças sobre conhecimento social, fundamentadas no método clínico piagetiano. A hipótese era de que as crianças possuem representações sobre o adoecimento e a hospitalização desde muito pequenas, e que estas representações evoluem no decorrer de seu desenvolvimento, sendo fruto das elaborações ativas das crianças.

No decorrer das análises foi possível confirmar esta hipótese, uma vez que as ideias que as crianças têm sobre o processo de adoecimento e sobre a hospitalização se modificam ao longo do desenvolvimento infantil.

Os resultados evidenciaram que há uma tendência evolutiva nas representações das crianças sobre a hospitalização e o processo de adoecimento. As crianças mais jovens, no estágio pré-operatório, percebem a doença como um castigo por alguma travessura ou não compreendem o que está acontecendo consigo. À medida que as estruturas cognitivas vão evoluindo e há maior interação social, as representações sobre o adoecimento vão se tornando mais complexas, e as crianças percebem que a doença é um processo que acontece não só com crianças "arteiras", mas que é comum a todas as pessoas, de todas as idades; enfim, conseguem compreender que qualquer pessoa pode adoecer e que o hospital é o local adequado para o tratamento destas pessoas.

No nível pré I, as ideias são pouco elaboradas e não há um compromisso em responder, sendo marcante a presença de respostas não importistas e fabuladas, principalmente no grupo de crianças entre 5 a 7 anos.

No nível I, foram comuns explicações baseadas em aspectos aparentes e facilmente observáveis da realidade hospitalar, sem nenhuma referencia a processos internos. As explicações sobre o adoecimento e a hospitalização eram concretas, típicas do estágio pré-operatório, baseadas na própria experiência da criança. As crianças deste nível demonstraram imensa dificuldade em expressar sentimentos verbalmente, sendo necessário o uso de material concreto para apoio do pensamento. Outra característica deste nível é que as crianças não compreendiam o processo de adoecimento e cura, tendo a crença que no hospital só haviam crianças hospitalizadas. A doença era conhecida por alguns sintomas específicos e até mesmo concebida como castigo. Os procedimentos hospitalares são vistos como invasivos e

as crianças do nível I não compreendem sua função, e, por isso, também acreditam que estão sendo castigadas. Ao serem questionadas sobre as soluções para o ambiente hospitalar, de forma a tornar o serviço melhor e a permanência no hospital mais agradável, as crianças deste nível focavam-se em soluções imediatistas, ligadas a pequenos prazeres infantis, que não causariam um impacto suficiente para melhorar o ambiente hospitalar e não aumentariam a qualidade de vida das pessoas hospitalizadas.

No nível II, inicia-se a percepção dos aspectos não visíveis da situação, mas as respostas em geral, ainda traziam elementos concretos, em referência a própria hospitalização. As crianças deste nível começam a compreender que há vários grupos no hospital, sendo que há um grupo de pacientes de diferentes idades, além de um grupo de profissionais, composto por várias profissões, mas que desconhecem as reais funções. Inicia-se, assim, a percepção que há processos temporais em relação ao adoecimento e a alta hospitalar. As crianças deste nível têm maior compreensão dos procedimentos médicos e da rotina hospitalar, porém esta ainda é vista de modo ambivalente, onde se contrapõem as práticas lúdicas (lembranças agradáveis) e os procedimentos médicos (lembranças desagradáveis). A expressão verbal dos sentimentos apesar de restrita é eficiente, não sendo necessário o uso de material concreto. As soluções propostas por este grupo de crianças apesar de possíveis não eram congruentes com a realidade hospitalar, sendo que se percebe uma tendência em soluções estéticas, mas que ainda não alcançariam grandes resultados quanto à melhoria da qualidade de vida das pessoas hospitalizadas.

Por fim, o nível III representa o início das operações formais onde as crianças são capazes de lidar com situações hipotéticas, examinar possibilidades e, desta forma, refletir sobre o possível. Compreendem que há processos temporais relacionados com o processo de adoecimento e cura. Estas crianças são capazes de diferenciar os grupos de pessoas que compõe o ambiente humano do hospital e incluem neste grupo os acompanhantes. Há o conhecimento de várias profissões e também as atribuições de cada uma no ambiente hospitalar. A rotina hospitalar não é vista mais de forma generalizada, mas as crianças sabem que, dependendo da doença que cada pessoa tem, sua rotina será diferente, assim, várias possibilidades de rotina são colocadas. Estas crianças são capazes de expressar seus sentimentos de forma clara e eficiente. Os procedimentos médicos são compreendidos como necessários para a cura. Neste nível as crianças propuseram soluções viáveis e realistas,

condizentes com a realidade da pediatria hospitalar. As soluções que se fazem mais necessárias para melhorar o ambiente hospitalar consistem em: maior individualização e humanização do tratamento, assim como a não infantilização das crianças de diferentes faixas etárias e um atendimento rápido, eficaz e digno, independente das condições financeiras dos sujeitos.

A evolução do pensamento se dá de acordo com níveis, sendo que cada nível precedente é essencial para se alcançar uma concepção lógica acerca do adoecimento e da hospitalização.

A respeito destas considerações é importante perceber como o conhecimento social é construído, estudando o pensamento das crianças. Diante dos resultados encontrados pode se notar que a experiência da hospitalização é importante para a construção das representações, mas que as interações com os adultos, fazem com que as representações sobre a hospitalização tomem uma perspectiva negativa, pontuada por crenças e fabulações que não condizem com a realidade. Os adultos deveriam conscientizar-se da importância que pequenas observações feitas por eles têm para as crianças, que muitas vezes prejudicam o processo de cura e o processo de formação das crianças. Estar doente já é doloroso, as crianças não precisam sofrer ainda mais por pensar que a hospitalização é um castigo por elas merecido.

Ainda que não tenha sido o foco deste estudo, foi possível perceber a importância das estratégias de humanização hospitalar para a construção das representações sobre o hospital. O ambiente negativo, de dor e incertezas é colorido pela possibilidade de brincar, de freqüentar a brinquedoteca. Mas isso ainda é pouco, as crianças não são informadas sobre o que está acontecendo consigo e as dúvidas criam falsas crenças de que são culpadas por estarem doentes, por estarem afastadas de seu cotidiano e seus entes queridos. Faltam não só serviços, mas falta pessoal capacitado para lidar com estas questões. Por isso, é imprescindível que os hospitais invistam em serviços de humanização hospitalar e em profissionais próprios que sejam bem remunerados para prestar estes serviços. O hospital ainda foca-se na recuperação da saúde física, esquecendo-se que a saúde mental das crianças também deve ser trabalhada. As crianças pedem estes serviços, porque elas sabem a diferença enorme que existe entre a possibilidade de brincar, de ser ouvida, de ser respeitada e as mesmas não possibilidades.

Serviços, como os de psicologia, terapia ocupacional, de brinquedistas e outros, ainda são considerados gastos supérfluos em nosso precário sistema de saúde

pública. Mas são tão necessários quanto dos outros profissionais "tradicionais" de saúde. A saúde tem que ser vista como a integração do bem-estar físico, mental e social, e devemos enquanto profissionais de saúde lutar para que este conceito mais amplo seja reconhecido como o natural, em vez de sermos sempre o gasto que infelizmente não está previsto no orçamento por não ser essencial.

Sendo este um estudo exploratório sobre um tema pouco estudado, estes resultados abrem espaço para novas investigações na área. Acredito que cada tema debatido – ambiente físico e humano hospitalar, procedimentos médicos, rotina hospitalar e processo de adoecimento e cura – merecia ter estudos próprios para serem explorados com maior profundidade. Após a realização do estudo, novas e importantes perguntas surgem a partir das respostas das crianças e, com isso, tornam-se necessários mais estudos sobre os temas. Acredito que comparar a construção do conceito de adoecimento e hospitalização de crianças que já possuem um histórico de hospitalização devido a doenças crônicas, com crianças que estão sendo hospitalizadas pela primeira vez seja um tema muito interessante e que ainda não foi trabalhado. Da mesma forma, outra sugestão para futuras pesquisas é investigar comparativamente como crianças de diferentes classes econômicas, com internação particular e pública, constroem as representações da hospitalização. Mas ressalta-se a importância do foco na opinião das crianças ao estudar os temas sugeridos.

O diferencial deste estudo foi dar voz a estas crianças, tomá-las enquanto sujeitos ativos e conscientes, pois aqui foi demonstrado que as crianças assim são. Além disso, as opiniões infantis foram bastante uteis para repensar nosso ponto de vista enquanto adultos, principalmente nas soluções que propõem para o ambiente hospitalar. Os adultos fazem o hospital para si, julgam que todos têm as mesmas características, necessidades e desejos – não é verdade. O ambiente e tratamento hospitalar deve ser mais individualizado e humano, para que assim os usuários e profissionais tenham maior qualidade de vida. As crianças sabem disso, nos cabe aprender.

6. REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia F. Noronha. **Uma leitura antropológica sobre educação física e o lazer.** In: WERNECK, C. L. G. Lazer, recreação e educação física. Belo Horizonte: Autêntica, 2003, p.83-114.

BARRETO, Maria de Lourdes Mattos. **Fundamentos da Teoria Piagetiana.** Notas de aula: UVF, 2010.

CARVALHO, Alysson M. Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 11, n. 1, jan./abr. 2006.

CHIATTONE, Heloisa Benevides Carvalho. **A criança e a hospitalização.** 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

DANTAS, Wilma. **Corpo e significado: percepções do portador de Diabetes *Mellitus* Tipo 2.** Dissertação para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. UFMG, 2006.

DELVAL, Juan. **Introdução à prática do método clínico: descobrindo o pensamento das crianças.** Porto Alegre: Artmed, 2002.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**. 9 (1): 07-14, 2004.

EDUARDO, Maria Bernadete de Paula. **Vigilância Sanitária**, volume 8. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

FONTES, Rejane de S. A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital. **Revista Brasileira de Educação.** n. 29. Maio /Jun /Jul /Ago 2005.

FOUCALT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Petrópolis: Vozes, 1987.

_____ **Microfísica do poder.** Petrópolis: Vozes, 1995.

FRANÇANI, Giovana Müler. Prescrição do dia: infusão de alegria. Utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. **Rev. latinoam. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, dezembro 1998.

KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamin. **Compêndio de Psiquiatria.** Artmed, 2007.

MARTINS, Vania Paiva. A humanização e o ambiente físico hospitalar. **Anais do I Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica**, 2004.

MAZZETTI, M. (2005). Especialistas garantem benefícios de humanização de hospitais. **Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/ noticias/ult263u3854.shtml>. (**Acesso em 22/12/10).

OLIVEIRA, Indira Caldas Cunha; FRANCISCHINI, Rosângela. Direito de brincar: as (im)possibilidades no contexto de trabalho infantil produtivo. **Psico-USF**, v. 14, n. 1, p. 59-70, jan./abr. 2009

PALANGANA, Isilda Campaner. **Desenvolvimento & Aprendizagem em Piaget e Vygotsky: a relevância do social.** Grupo Editorial Summus, 2001.

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

PAULA, Ercília Maria Angeli Teixeira de. **Educação popular em uma brinquedoteca hospitalar: humanizando relações e construindo cidadania.** Disponível em www.anped.org.br/reunioes/31ra/1trabalho/GT06-4201--Int.pdf , 2010.

PEDROSA, Arli M. Diversão em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, 7 (1), jan. / mar., 2007.

PIAGET, Jean. **A representação do mundo na criança.** São Paulo: Idéias & Letras, 1947 .

_____ **A formação do símbolo na criança.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

SILVA, Léa Stahlschmidt. O brincar como portador de significados e práticas sociais. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF**, v. 17 - n. 2, p. 77-87, Jul./Dez. 2005.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar – o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOUZA, Simone Vieira. Expressão da emoção por meio do desenho de uma criança hospitalizada. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, jan./jun. 2003.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação.** São Paulo: Cortez, 1985.

WADSWORTH, Barry. **Inteligência e afetividade da criança**. São Paulo: Enio Matheus Guazzelli, 1996.

WALLON, Henri. **As origens do caráter.** Nova Alexandria: São Paulo, 1995.

Sites utilizados:
www.ministeriodasaude.gov.br, acesso em 22/10/2010
http://www.hssvicosa.com.br/principal, acesso em 03/02/2010

CAPÌTULO III

ARTIGO 2

REPRESENTAÇÕES DAS CRIANÇAS SOBRE OS RECURSOS LÚDICOS E INFERÊNCIAS SOBRE A RELAÇÃO DESTES COM A HUMANIZAÇÃO DO TRATAMENTO HOSPITALAR

RESUMO

O brincar é uma atividade prazerosa, que envolve não só recreação, mas também aprendizado, já que através das brincadeiras a criança não só assimila a cultura na qual está inserida, mas também transmite e produz cultura. As atividades lúdicas são características da infância, toda criança tem direito de brincar, inclusive as crianças hospitalizadas. Assim, para garantir o acesso a brincadeira no período de hospitalização foram criadas as brinquedotecas hospitalares, como forma de aumentar a qualidade de vida das crianças hospitalizadas e de suas famílias. Porém, como esta é uma estratégia recente buscou-se saber das crianças hospitalizadas o que elas pensam sobre a possibilidade de brincar no hospital. A hipótese que norteou este estudo foi que as crianças desenvolvem representações sobre as atividades lúdicas, desde muito jovens, e que estas representações se modificam de acordo com o seu desenvolvimento. O objetivo desta pesquisa foi analisar as representações sobre as atividades lúdicas, pela perspectiva de crianças, de 4 a 12 anos, hospitalizadas em uma instituição hospitalar que possui atividades lúdicas. Para tanto foi utilizado o Método Clínico Piagetiano como método para coleta e análise dos dados, pois este método permite o estudo de questões ainda pouco exploradas. A coleta de dados contou com as seguintes etapas: construção de instrumento, estudo piloto e coleta de dados por meio da entrevista clínica. As entrevistas foram tratadas, considerando duas categorias: Atividades lúdicas e brinquedoteca hospitalar. A análise foi feita após relacionar as respostas categorizadas com os níveis de respostas em que os sujeitos se encontram, de acordo com a teoria piagetiana. Os resultados confirmaram a hipótese, já que foram encontradas respostas em vários níveis de pensamento (Pré-I, I, II e III). Na análise dos resultados foi possível perceber que os estágios não surgem definidos e acabados, mas evoluem no sentido da sua superação. Pela análise dos resultados, conclui-se que se não fossem os projetos de humanização desenvolvidos, como a brinquedoteca hospitalar, provavelmente as crianças tivessem

apenas as memórias negativas da hospitalização. A possibilidade de brincar torna o ambiente hospitalar mais agradável e feliz para as crianças, mas é necessário realizar um trabalho mais efetivo para preencher as lacunas atualmente existentes.

ABSTRACT

The play is an enjoyable activity which involves not only recreation, but also learning. Throughout play the child assimilates the culture not only in which it operates, but also transmits and produces culture. Several authors have been devoted to study the evolution of social knowledge, using for this the Piagetian clinical method. The recreational activities are characteristic of childhood - all children have the right to play - including hospitalized children. To ensure the access to play during hospitalization were created playrooms in the hospital, in order to increase the quality of life for hospitalized children and their families. However, as this is a recent strategy, we seek to know from hospitalized children what they think about the possibility of playing in the hospital. The hypothesis that guided this study was that children develop representations of the process of illness and healing very early and that these representations are modified according to the children's development. The purpose of this study was to analyze the representations of illness and hospitalization from the perspective of 4-12 years children hospitalized in an institution that has recreational activities. The Piagetian clinical method was used as a technique for collecting and analyzing data since this method allows the study of unexplored issues. Data collection occurred through the following steps: construction of the instrument for data collection, pilot study, and data collection by clinical interview. The interviews were analyzed and distributed in two categories: Play activities and playroom. The analysis was performed after a joint study relating the categorized answers and the levels of responses in which subjects are in agreement with Piagetian theory. The results confirmed our hypothesis since we have found answers in various levels of thinking (Pre-I, I, II and III) and was possible to note that the stages do not arise stages set and finished, but evolve towards overcoming. Our

results allow us to conclude that the lack of humanization projects, i.e. the playroom, would make the children to carry only negative memories of the hospitalization. The possibility of playing makes the hospital environment more pleasant and happy for children, but it is necessary to conduct a more effective way to fill the gaps that currently exist.

1. INTRODUÇÃO

A infância é o período que vai desde o nascimento até aproximadamente o décimo segundo ano de vida de uma pessoa (ECA, 1990). É um período de grande desenvolvimento e mudanças, pois a partir do contato com o mundo as crianças se desenvolvem física e cognitivamente, elaboram sua personalidade e aprendem a viver em sociedade. Desde a segunda metade do século XX, as crianças vêm ocupando um maior destaque nas famílias, pois cada vez mais estas se preocupam em proporcionar melhores condições de vida para as crianças, proporcionando a elas um ambiente que permita seu desenvolvimento físico, cognitivo, psicológico e social.

Para garantir que as crianças brasileiras possam se desenvolver satisfatoriamente, em 13 de julho de 1990 foi sancionada a lei Nº 8.069, que constituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O ECA é um instrumento de cidadania, criado para demonstrar em forma de lei os direitos e os deveres das crianças e dos adolescentes, e também os direitos e deveres dos adultos em relação às crianças. O artigo 3° do ECA assegura as crianças e adolescentes a proteção integral que se traduz em todas as oportunidades e facilidades, "a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade" (ECA, 1990).

Assim, o ECA busca garantir que todas as crianças e adolescentes, independentemente de cor, etnia ou classe social, sejam tratados como pessoas que precisam de atenção, proteção e cuidados especiais para se desenvolverem e se tornarem adultos saudáveis. Apesar de considerar que todos os direitos das crianças assegurados pelo ECA são legítimos e indispensáveis, enfatizou-se, na pesquisa em questão, dois destes: o direito de brincar e o direito de ter sua opinião respeitada.

Um dos direitos das crianças estabelecido pelo ECA foi o direito de brincar. Segundo o estatuto "Todas as crianças possuem o direito de brincar, praticar esportes, de se divertir". O brincar é uma atividade comumente ligada à infância, mas, de acordo com Huizinga (2000), o brincar é uma atividade inerente aos homens e até mesmo aos animais. A clássica obra "*Homo Ludens*" considera o brincar uma categoria absolutamente primária da vida dos seres humanos, anterior a cultura e a civilização, tendo estas evoluído a partir dos jogos e brincadeiras.

De acordo com Silva (2005), as brincadeiras acumulam significados atribuídos não só pelo indivíduo que com ele brinca, mas também traz significados atribuídos por várias gerações. As brincadeiras e os brinquedos são mediadores da relação do homem com o mundo, modificando sua percepção e compreensão, constituindo-se em uma ferramenta legítima para aprender a viver em sociedade. Através das brincadeiras a criança não só assimila a cultura na qual está inserida, mas também transmite e produz cultura (SARMENTO, 2003).

Ao brincar a criança está sendo um agente ativo de sua vida, tomando decisões, experimentando possibilidades, construindo referencias de como agir em sociedade. Brincando a criança se desenvolve, experimenta o prazer, o domínio de si, a criatividade, a afirmação da personalidade e a valorização do eu (SILVA, 2005). Por trazer tantos benefícios às crianças, a brincadeira é considerada terapêutica, sendo, por isso, um excelente recurso a ser utilizado com crianças hospitalizadas.

Assim, num ambiente hospitalar atividades lúdicas são muito importantes para as crianças, pois através da brincadeira ela podem, além de se divertir, vivenciar sua experiência de hospitalização, e, se sentir valorizadas e no domínio da situação, assumindo um papel ativo no seu processo de recuperação (CARVALHO, 2006; PARCIANELLO, 2008; e, CHIATTONE, 2003).

O processo de hospitalização gera sofrimento físico e psicológico, podendo ser muito doloroso para as crianças, principalmente pela falta de informação do que está acontecendo consigo. Contudo, através de recursos lúdicos a criança pode ter acesso a informações médicas e compreender o processo de adoecimento e cura, tomando-se o cuidado de respeitar sua fase de desenvolvimento no sentido de minimizar sua angústia e torná-la mais segura. Segundo Silva (2005), a criança passa a participar mais do tratamento quando entende o que está acontecendo consigo. Por meio de instrumentos lúdicos mantém-se a continuidade no processo de estimulação de seu desenvolvimento e aprendizagem, através de atividades e experiências que os apóiam.

A partir do reconhecimento da importância das praticas lúdicas na recuperação das crianças hospitalizadas, a lei 11.104/2005 tornou obrigatória a instalação de brinquedotecas em hospitais públicos e privados, que possuem unidades pediátricas no Brasil. A brinquedoteca hospitalar é um espaço que promove a interação entre as crianças e adolescentes hospitalizados, garantindo momentos de lazer, socialização com parceiros de idades variadas, resgate da auto-estima, da alegria e da vontade de viver, funcionando também como atividade terapêutica. As brinquedotecas representam o reconhecimento da importância das atividades lúdicas para o desenvolvimento infantil, o direito ao lazer e um direito a cidadania da criança (PAULA, 2009).

Dentre vários pontos importantes que o ECA estabelece em relação aos direitos das crianças, pode-se ressaltar o direito da criança a ter voz ativa. Pelo estatuto as crianças e os adolescentes têm direito a liberdade de expressão, direito de opinar e serem escutados. Apesar de outros pontos do ECA, como os direitos a saúde e educação, parecerem óbvios, o direito da criança a ter opinião e que esta seja ouvida não é tão reconhecido. Ainda hoje, 21 anos após a sanção do Estatuto da Criança e do Adolescente, em nossa sociedade, a opinião infantil ainda é desconsiderada em relação à opinião do adulto.

A visão adultocêntrica concebe a criança como um ser incompleto, não como um ser em processo. A capacidade de compreensão e argumentação da criança é comparada com a do adulto, sem levar em conta as peculiaridades de cada faixa etária e o processo de desenvolvimento que atravessamos desde o nosso nascimento. A criança não é vista como uma pessoa com opiniões coerentes de acordo com sua capacidade cognitiva, mas as suas opiniões são comparadas com as dos adultos. Assim, não é raro diminuir a importância do que a criança diz, e frases como “Criança diz cada uma”, “criança não entende o que está acontecendo”, “não precisa explicar, ele não vai entender”, “menino logo esquece” são comuns em nossa sociedade. Essas frases, não são inventadas, foram ouvidas no contexto hospitalar, no contato com pais, responsáveis e profissionais de saúde durante o período que desenvolvemos esta pesquisa.

É importante mudar estes conceitos, reconhecer a voz da criança e ouvi-la. Nós não acreditamos nas afirmações acima, pelo contrário acreditamos que as crianças constroem representações sobre vários aspectos da realidade hospitalar desde muito novas. Além disso, as crianças constroem representações da experiência

de hospitalização e que a prática de atividades lúdicas fazem com que elas tenham uma visão mais positiva de si e do hospital.

Dentro desta proposição questiona-se: como as crianças se sentem quando estão brincando no hospital? Que representações elas constroem a partir da experiência de brincar durante a hospitalização? Como a brinquedoteca – enquanto prática de humanização hospitalar- é percebida pelas crianças? Como são as representações de crianças sobre o brincar no hospital em diferentes estágios do desenvolvimento?

É importante cumprir os direitos assegurados às crianças, de que elas têm direito a brincar e a dizer como se sentem em relação a esta brincadeira, como também têm direito de dizer o que pensam dos programas de humanização hospitalar, considerando que suas opiniões podem ajudar a melhorar os serviços prestados. Considera-se que a criança tem muito a dizer e que ela constrói representações dos vários aspectos da realidade desde muito pequena, sendo estas concepções fruto de elaborações ativas dos sujeitos. Assim, este estudo buscou conhecer as representações que as crianças hospitalizadas têm sobre as práticas lúdicas vivenciadas no ambiente hospitalar, dentro de uma perspectiva piagetiana.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Considerações Sobre Família e Infância

Segundo Lévi-Strauss (1972), família é um termo tão comum, de uso tão cotidiano, que é possível imaginar que estudar família é algo simples. Porém, a família apresenta uma estrutura complexa, variando enormemente de acordo com a cultura e sociedade. Falar de família é falar de uma ideia extremante trivial e, ao mesmo tempo, difícil de entender e conceituar, isso porque a família não é uma realidade concreta, mas uma construção social.

Bourdieu (1993) considera que a família é uma categoria inventada, pois em diferentes momentos temos representações distintas do que seria uma família. Para o autor, a definição dominante de família constrói a realidade social, ou seja, se a definição dominante é a família composta por pai provedor, mãe cuidadora e filhos, é esta definição que passa representar um ideal de família a ser alcançado. Segundo este autor, a família seria *um conjunto de indivíduos ligados entre si pela aliança,*

pela filiação ou adoção, que reside sobre o mesmo teto, conceito este muito próximo do modelo de família nuclear (BOURDIEU, 1993, p. 34).

Família, para Bourdieu (1993), não é mais que uma palavra, ou seja, a família não é uma entidade concreta, mas as representações de família fazem com que a família seja um importante instrumento de discurso ideológico. Neste discurso que a família sustenta sobre si, atua como um agente ativo. A família é vista como se fosse um indivíduo, um personagem dotado de vida e com uma visão particular de mundo, que se transforma numa realidade transcendental a seus membros.

Para que a família se firme enquanto uma realidade faz-se necessário que ela se separe de outros universos sociais, firmando fronteiras e idealizando o interior em detrimento do exterior. Assim, a família é, em oposição ao mercado (o mundo exterior), o lugar do dom e da confiança, sendo a casa o lugar estável que representa a unidade permanente para seus moradores.

Logo, a família não passa de uma ideia, mas a família é também uma categoria, um princípio de construção da realidade coletiva. Pode-se dizer que a família é um princípio da realidade social, mas que este princípio de construção é ele próprio socialmente construído. Para Bourdieu (1993), quando se trata de mundo social as palavras fazem as coisas, pois as palavras seriam o consenso entre a existência e o sentido das coisas.

A família é um princípio de construção, ao mesmo tempo imanente e transcendente aos indivíduos. É imanente enquanto coletivo incorporado e transcendente em relação a eles, pois só se encontra a família de forma objetiva nos outros. Assim, a família está inscrita ao mesmo tempo na objetividade das estruturas sociais e na subjetividade das estruturas mentais objetivamente orquestradas. Portanto, a família como categoria social objetiva é o fundamento da família como categoria social subjetiva, categoria mental, que é o princípio de milhares de representações e ações que contribuem para reproduzir a categoria social objetiva. Isso se constitui num círculo constante de reprodução da ordem social.

Lévi-Strauss (1972) diz que a palavra família, de modo geral, serve para designar um grupo social que: tem origem no casamento; constituída por marido, esposa, filhos, e outros parentes com lugar próximo a este núcleo; e, os membros estão unidos por laços legais, direitos e obrigações econômicas e religiosas, entrelaçamento definido de direitos e proibições sexuais, e/ou uma quantidade variada e diversificada de sentimentos psicológicos.

Nesta ótica de círculo de reprodução da ordem social, o casamento tem uma importância fundamental, pois embora o casamento dê origem à família, são as famílias que produzem o casamento como principal meio que dispõem para estabelecer alianças. Assim, não se pode dizer que uma sociedade seja constituída de famílias, elas são, ao mesmo tempo, sua condição e sua negação (LÉVI-STRAUSS, 1972).

Os papéis desempenhados pela mulher, pelo homem e pelos filhos na família foram e são construídos e consolidados através da história, constituindo padrões de comportamento que se modificam continuamente. Dessa forma, a família tende a ser considerada uma instituição natural, existente a priori na natureza, quando na realidade também se constitui culturalmente, sendo uma construção humana mutável. Segundo Durham, *se existisse algum grupo natural na sociedade humana, não seria a família, mas aquele formado por uma mulher e sua prole imatura* (DURHAM, 1983, p. 20).

A partir da bibliografia consultada percebe-se que muitas são as concepções de família, Canevacci (1981) cita vários exemplos de distintas posições teóricas sobre o tema, mas que, em sua maioria, culminam no modelo burguês de família, como se este fosse um ideal, ou um estágio final a ser alcançado.

A família nuclear é percebida como a família ideal, ou "natural", por que se apresenta como se sempre tivesse sido o modelo de família a ser seguido. Contudo, este modelo é uma invenção recente e, segundo Bourdieu (1993), pode estar votada a um rápido desaparecimento, já que, na maior parte das sociedades ocidentais modernas, a família nuclear é uma experiência minoritária.

Ariès (1978) é uma referência fundamental ao tratar da constituição da família e da infância, pois foi um dos primeiros autores a reconhecer essas categorias como construções históricas e sociais, ainda que esteja sujeito a muitas críticas. Através de seus estudos foi possível perceber que o modelo de família nuclear não é um modelo ideal, que sempre existiu, mas sim apenas um tipo de família que foi sendo socialmente produzida, dentro de um contexto histórico específico.

Para Ariès (1978), na Idade Média, a família era mais uma realidade moral e social do que sentimental, assim sendo, a transformação da família medieval para a chamada família burguesa se deu de modo lento e gradual, a partir do século XV, mas que ocasionou grandes mudanças no conceito de família.

Neste momento histórico destacam-se como características da família medieval a não distinção do público e privado, o tamanho da família e a ausência do sentimento de família; sendo que estas peculiaridades estão todas interligadas. Uma das principais características da família medieval é a inexistência de linhas demarcatórias importantes entre os espaços público e privado, não havendo grandes distinções entre o que era da casa e o que era da rua. A família medieval era extensa, assim, pessoas de várias gerações e graus de parentesco, empregados e, por vezes, até clientes, viviam em uma mesma casa. Como conseqüência da falta de divisão entre o que era público e o que era privado e do grande número de pessoas que viviam sob o mesmo teto não havia ideia de intimidade, tal como se conhece hoje. Neste contexto, não havia uma percepção da infância como uma fase distinta do desenvolvimento humano. As crianças eram vistas como adultos em miniatura, se diferenciando apenas por serem menores e, por isso, não recebiam nenhum tratamento diferenciado (ARIÈS, 1978).

Uma conjunção de condições históricas e sociais, como a ascensão da burguesia, a mudança no modo de produção e a migração do campo para a cidade, fez com que no decorrer do tempo a família se modificasse. Essas mudanças geraram mudanças no modo de organização familiar por volta do século XVIII, constituindo a família moderna, caracterizando-se principalmente pela dicotomia entre público e privado e o surgimento do sentimento de infância (ARIÈS, 1978).

A família moderna da sociedade ocidental (família burguesa) apresenta, para Ariès (1978), além da dicotomia público/privado, a dicotomia masculino/feminino, cabendo ao primeiro o espaço público e à mulher o privado, ou seja, a casa e a família. Esse dualismo reforçou o papel da mulher como esposa e mãe, excluindo a mulher da produção e configurou maior status ao papel do masculino, já que o homem era quem estava ligado ao trabalho produtivo, sendo a figura principal de autoridade e da tomada de decisões.

De acordo com Ariès (1978), na esfera política havia o interesse em reverter a alta mortalidade infantil, já que o processo de industrialização emergente requisitava corpos saudáveis. As mulheres receberam atribuições específicas na família moderna e consequente valorização, ao ocuparem-se diretamente dos filhos, inclusive amamentando-os, tomando medidas higiênicas com o próprio corpo e com o espaço familiar; a família passa a ter uma moradia, desocupando a rua. Os homens tornam-se trabalhadores, provedores e chefes da família. A família valoriza-se como espaço

de acolhimento, segurança e cuidado, de transmissão da cultura e valores, de garantia de educação às crianças.

No final do século XVIII e início do XIX, a percepção que até então se tinha da criança foi gradualmente se modificando e a concepção de infância como uma etapa distinta da vida se consolidou na sociedade. Essa percepção, de acordo com Ariès (1978), é concomitante à constituição da família nuclear, do estado nação e da nova organização do trabalho produtivo.

O conceito de infância é uma invenção própria da sociedade industrial, ligado às leis trabalhistas e ao sistema educacional que torna o jovem dependente dos pais. Para Ariès (1978), a infância foi reconhecida e emergiu com a escolarização, que supõe a separação entre seres adultos e seres em formação; com a família burguesa que separa o espaço familiar do exterior e com a progressiva exclusão da criança do mundo do trabalho. Esse processo que se iniciou nas classes sociais mais abastadas estendeu-se para toda a sociedade e se impôs como um modelo que atingiu toda a organização social.

Porém, nas últimas décadas do século XX, no Ocidente, aconteceram muitas mudanças que também resultaram em grandes alterações na família, propiciando a emergência de novos modelos familiares, caracterizados pelas mudanças nas relações entre os sexos e as gerações, tais como: controle mais intenso da natalidade, autonomia relativa da sexualidade, inserção massiva da mulher no mercado de trabalho, questionamento da autoridade paternal, atenção ao desenvolvimento das necessidades infantis, entre outras.

Estas alterações fizeram com que o "padrão tradicional de família" da nossa sociedade – marido, mulher e filhos – fosse confrontado com inúmeras exceções, como casais de idosos, cujos filhos já se casaram e que vivem sós ou agregam-se a outras famílias; pessoas que moram sozinhas; famílias compostas pela mãe e seus filhos; ou pai e seus filhos, entre outras. Essas exceções aumentam em número a cada dia, evidenciando a impossibilidade de organização da existência dentro de um único padrão de comportamento, e nem de um modelo único a ser seguido, como explicita Durham:

> *A verdade é que a sociedade não elaborou novas soluções consensuais para qualquer desses problemas. O que ocorreu foi a abertura de um espaço no qual estão sendo experimentadas novas formas de tentar equilibrar a vida pública e a privada, a participação no mercado de*

> *trabalho e na produção doméstica de valores de uso, a liberdade individual e a responsabilidade para com os filhos, a igualdade e a diferenciação de papéis* (DURHAM, 1983, p. 41).

A compreensão de Singly (2000) sobre a família contemporânea é de que ela é, ao mesmo tempo e paradoxalmente, relacional e individualista. De acordo com o autor, é na tensão entre esses dois pólos que se constroem e se desfazem os laços familiares contemporâneos, onde cada um busca a fórmula mágica que lhe permita ser livre junto; onde o ideal é a alternância entre um *eu sozinho* e um *eu com*. Essa família caracteriza-se como um grupo regulado pelo amor, no qual os adultos estão a serviço do grupo e principalmente das crianças, havendo uma supervalorização da infância e dos cuidados com as crianças. Para Singly (2000), os modelos familiares contemporâneos seguem a mesma perspectiva, e o amor se impõe ainda mais: se casa por amor, os cônjuges permanecem juntos se continuar o amor, e os pais devem dar ainda mais atenção e amor às crianças.

A característica referente ao duplo movimento da família contemporânea de ser privada e, ao mesmo tempo, pública, é destacada pelo autor, que apreende a família como um espaço no qual os indivíduos acreditam proteger a sua individualidade, ao mesmo tempo em que sofrem intervenção do Estado, mediante o apoio e a regulação sobre as relações dos seus componentes - como exemplo, refere-se à criação de leis que objetivam limitar o direito da punição paternal. O ponto em comum existente entre a família moderna e a família contemporânea é que ambas contribuem para a função da reprodução biológica e social da sociedade, e procuram manter e melhorar a posição da família no espaço social de uma geração a outra (SINGLY, 2000).

Na família contemporânea as crianças ocupam um lugar de destaque em relação aos outros membros da família. As famílias se estruturam de modo a prover ao máximo as necessidades infantis, para que os filhos possam ascender socialmente ou para que mantenham o nível econômico e social familiar. A importância atual dada às crianças pode ser observada na divisão dos recursos da família; atualmente os pais investem em capital humano para os filhos (educação, saúde, treinamento) e, muitas vezes, deixam suas necessidades individuais para privilegiar as necessidades dos filhos.

A valorização da infância e o maior investimento na saúde das crianças podem ser observados quando uma criança adoece, nessa situação toda a dinâmica

familiar é modificada visando preservar a saúde dos filhos. No caso de hospitalização este processo de envolvimento familiar é muito mais intenso, já que um membro da família, na maioria dos casos, acompanha a criança durante o período de hospitalização e os demais membros têm de suprir as funções na família do acompanhante, além de todo sofrimento envolvido.

2.2. O Lúdico no Ambiente Hospitalar

Diversos autores têm se referido sob diferentes formas aos significados dos brinquedos e das brincadeiras. A brincadeira é vista ora como ação livre, ora como atividade supervisionada pelo adulto. O brinquedo expressa qualquer objeto que serve de suporte para brincadeira livre (SILVA, 2005). São o brinquedo e a brincadeira que compõe o brincar, e vários autores concordam que brincar é a atividade própria da criança (CARVALHO, 2006; FONTES, 2005; SILVA, 2005; WALLON, 1995; entre outros)

Brincar é uma atividade dinâmica que produz e é resultante de transformações. Os brinquedos acumulam significados atribuídos não só pelo indivíduo que com ele brinca, naquele instante, mas também por várias gerações e povos ao longo da história da humanidade. As brincadeiras e os brinquedos funcionam também como mediadores da relação do homem com o mundo, modificando sua percepção e compreensão, constituindo-se em uma ferramenta legitima para aprender a viver em sociedade. Isto porque brincar é uma atividade social, que se caracteriza por permitir a reconstrução das relações sociais sem fim utilitário direto, enquanto ensina a viver numa ordem social e num mundo culturalmente simbólico (SILVA, 2005).

Quando brinca a criança experimenta o prazer, o domínio de si, a criatividade, a afirmação da personalidade e a valorização do eu. Brincando a criança se desenvolve, já que a brincadeira é uma atividade completa, integrando todos os campos funcionais da pessoa: a cognição, a afetividade, e a motricidade (WALLON, 1995). Estudos, como o de Françani (1998), ressaltam a importância do brincar para o desenvolvimento sensório-motor e intelectual da criança, assim como sua importância no processo de socialização, no desenvolvimento e aperfeiçoamento da criatividade e auto-consciência e na formulação dos valores morais.

Importantes autores, como Wallon (1941), Vygotsky (1991), Winnicott (1975) e Piaget (1978), ressaltam o papel dos jogos e brincadeiras para o desenvolvimento infantil. Para Wallon (1941), a brincadeira é uma atividade característica da criança e acompanha seu desenvolvimento, sendo transformado de acordo com as fases em que a criança se encontra. Além disso, entende-se que, durante as etapas do desenvolvimento, a criança tenta através de atividades exploratórias conhecer os efeitos possíveis de suas habilidades que estão sendo adquiridas. Assim, as brincadeiras evidenciam o aparecimento das mais variadas funções e experiências, como as sensoriais, de socialização, de memorização, de articulação e de enumeração.

Segundo Vygotsky (1991), ao brincar, a criança cria zonas de desenvolvimento proximal, portanto, vivencia situações que estão além do seu nível de desenvolvimento real, possibilitando um avanço no mesmo. Vygotsky diz que na brincadeira de faz-de-conta a criança torna-se aquilo que não é, ao agir com objetos que substituem àqueles que lhe são vetados, permitindo ultrapassar os limites impostos pela realidade.

Winnicott (1975), a partir dos seus estudos na clínica infantil, acredita que a brincadeira é universal e característica de pessoas saudáveis, a brincadeira facilita o crescimento, desenvolve o potencial criativo e conduz aos relacionamentos grupais. Assim sendo, este autor entende que o brincar é uma terapia com possibilidade autocurativa, quando as crianças sentem que os outros estão livres e também podem brincar, elas se sentem confiantes para fazê-lo. Quando a criança não é capaz de brincar, há algo errado, fazendo-se necessário trazê-la para o seu estado natural em que possa brincar.

Para Piaget**,** o jogo é essencial na vida da criança, pois através deste a criança se apropria daquilo que percebe da realidade. No livro, *A formação do símbolo na criança,* relata que o jogo está relacionado ao nível de pensamento disponível em cada estágio, desta forma classifica os jogos em categorias que correspondem aos estágios do desenvolvimento infantil. No estágio sensório-motor (do nascimento até aproximadamente 2 anos de idade), a criança brinca sozinha, sem utilização da noção de regras; no estágio pré-operatório (dos 2 aos 6 anos), as crianças adquirem a noção da existência de regras e começam a jogar com outras crianças jogos de faz-de-conta; e, no estágio das operações concretas (dos 7 aos 12 anos), as crianças aprendem as

regras dos jogos e jogam em grupos, sendo esta a fase dos jogos de regras, como futebol, damas, queimado, entre outros (PIAGET, 1978).

Assim sendo, Piaget (1978), classifica os jogos segundo sua evolução, em três grandes estruturas: jogos de exercício, simbólicos e de regras. A atividade lúdica é inerente ao ser humano e surge desde o nascimento como uma série de exercícios motores simples. Nos **jogos de exercício sensório-motor** a criança executa atividades simplesmente pelo prazer que encontra na própria atividade, sendo que a principal característica do jogo nesta fase é o seu aspecto prazeroso. A criança age para satisfazer-se. Estes exercícios consistem em repetição de gestos e movimentos simples, como agitar os braços, sacudir objetos, emitir sons, caminhar, pular, correr, perguntar por perguntar, inventar palavras, entre outros muitos exemplos.

Os **jogos simbólicos**, típicos do estágio pré-operatório, aparecem predominantemente entre os 2 e 6 anos. Estes jogos têm como função a assimilação da realidade através da atividade lúdica. São jogos que implicam a representação, levando à diferenciação entre significantes e significados. No jogo simbólico há o prazer, a descoberta do significado, como no jogo de exercício, mas com acréscimo do símbolo. Através do jogo simbólico, do faz-de-conta, a criança constrói representações, assimilando a realidade externa adulta à sua realidade interna (PIAGET, 1978).

Os **jogos de regras** surgem quando a criança abandona progressivamente o egocentrismo característico do estágio anterior e passa a envolver-se em atividades afetivo-sociais, intensificando-se por volta dos 6-7 anos. Ao contrário dos jogos de exercício e dos jogos simbólicos, onde o prazer está no processo da atividade lúdica, nos jogos com regras o prazer advém do resultado obtido e no cumprimento das normas. São jogos que permitem a criança à autorregulação e auto-avaliação. Os jogos de regra são atividades lúdicas da criança socializada que permanecerão durante toda a vida (PIAGET, 1978).

O processo de hospitalização pode ser muito doloroso para as crianças, ocasionando sofrimento físico e psicológico. Contudo, através de recursos lúdicos a criança pode ter acesso a informações médicas e entender o que está acontecendo consigo, tomando-se o cuidado de respeitar sua fase de desenvolvimento, no sentido de minimizar sua angústia e torná-la mais segura. Segundo Silva (2005), a criança passa a participar mais do tratamento quando entende o que está acontecendo consigo. Por meio de instrumentos lúdicos mantém-se a continuidade no processo de

estimulação de seu desenvolvimento e aprendizagem, através de atividades e experiências que os apóiam.

Autores como, Carvalho (2006), Parcianello (2008) e Chiattone (2003), apontam sobre a importância do brincar durante a hospitalização infantil, sendo tal atividade reconhecida por sua função terapêutica. *Se uma criança se sente descontraída e feliz, sua permanência no hospital não será somente muito mais fácil, mas também seu desenvolvimento e cura serão favorecidos* (PARCIANELLO, 2008, p. 13). Para Winnicott (1975), as atividades do brincar facilitam o desenvolvimento e, portanto, a saúde infantil. Estudos comparativos, como o de Carvalho (2006), relatam que o restabelecimento físico, cognitivo e psíquico é mais imediato e duradouro nas enfermarias em que há práticas lúdicas dos que as que não possuem nenhum projeto específico para as crianças.

Portanto, pressupõe-se que as atividades lúdicas são importantes recursos terapêuticos durante a hospitalização infantil, pois auxiliam na recuperação, possibilitam a compreensão e elaboração da situação de hospitalização, promovem a humanização do ambiente hospitalar e amenizam os prejuízos que a hospitalização pode causar no desenvolvimento da criança.

2.3. Construção do Conhecimento na Teoria Piagetiana

Quando se estuda a biografia de Piaget percebe-se como sua vida influenciou a construção de sua teoria. Jean Piaget nasceu em Neuchâtel (Suíça), em 9 de agosto de 1896 e faleceu em Genebra, em 16 de setembro de 1980. Inicialmente estudou biologia e, posteriormente, se dedicou a filosofia e a psicologia. Os estudos iniciais em biologia levaram o autor a acreditar que o desenvolvimento humano devia-se a interação com as variáveis ambientais, além da maturação e hereditariedade. Assim, as experiências anteriores contribuíram para a visão de que o desenvolvimento mental é um processo de adaptação ao meio, sendo uma extensão do desenvolvimento biológico (BARRETO, 2010).

As leituras filosóficas incitaram seu interesse pelo estudo dos problemas epistemológicos e ao mudar-se para Zurique, em 1919, assistiu a cursos de Eugen Bleuler, psicólogo clínico, com estudos na área de doenças mentais. Posteriormente, mudou-se para Paris e trabalhou com Simon na padronização de testes de raciocínio de Burt.

Esse trabalho foi fundamental para a Piaget, pois ao estudar o teste verificando o número de sujeitos que cometiam erros e acertos, uma questão chamou sua atenção: os erros eram sistemáticos, algumas crianças apresentavam dificuldades para resolver alguns problemas. Esta lógica existente nas respostas infantis levou Piaget a se questionar sobre as causas dos erros e sua relação com a forma de pensamento das crianças. Destas reflexões, concluiu que os erros das crianças não eram devido ao desconhecimento ou ignorância, mas sim que as estruturas do pensamento infantil eram diferentes das do adulto. A partir disso, o autor percebe a necessidade de construir um método próprio de pesquisa a fim de apreender o processo do pensamento infantil, assim, acaba desenvolvendo o Método Clínico.

Para Piaget, o sujeito é ativo em seu processo de construção de conhecimento. A criança constrói conhecimento agindo sobre o mundo e interagindo com as pessoas. Para Piaget, o conhecimento é um processo contínuo, construído lentamente durante toda a vida do sujeito. Desta forma, o desenvolvimento cognitivo é um processo de mudanças sucessivas das estruturas cognitivas, sendo que cada estrutura provém de outra anterior e é incorporada a esta, resultando numa mudança qualitativa (BARRETO, 2010).

Assim, Piaget organizou o processo do desenvolvimento cognitivo em estágios, sendo que cada estágio é uma forma particular de equilíbrio, evoluindo sempre no sentido de uma equilibração mais completa. Os estágios de desenvolvimento descritos por Piaget podem ser divididos em quatro períodos principais na seguinte seqüência: Sensoriomotor (de 0 a 2 anos); Pré-Operatório (de 2 a 6 anos); Operatório Concreto (de 7 aos 12 anos) e Operatório Formal (a partir de 12 anos). Cada estágio se caracteriza pelo surgimento de estruturas originais que diferem das estruturas anteriores pela natureza de suas coordenações e pela extensão do campo de aplicação. Estas estruturas correspondem a características momentâneas que são alteradas pelo desenvolvimento subseqüente, em função da necessidade de uma melhor organização. Para Piaget, os estágios obedecem a três critérios básicos:

> *1. A ordem de sucessão é constante, embora as idades médias que as caracterizam possam variar de um indivíduo para outro, conforme o grau de inteligência, ou de um meio social a outro; 2. Cada estágio é caracterizado por uma estrutura de conjunto em função da qual se explicam as principais reações particulares; e, 3. As estruturas de um conjunto são integrativas e não se substituem uma às outras: cada uma resulta da precedente, integrando-a na qualidade de estrutura subordinada e prepara a*

> *seguinte, integrando-se a ela mais cedo ou mais tarde. (PIAGET; INHELDER, 1978, apud FERRACIOLI, 1999, p. 182 e 183)*

Segundo Piaget, quatro fatores principais influenciam o processo de desenvolvimento, são eles: **maturação e hereditariedade, exercício e experiência, interações e transmissões sociais e equilibração.** A **maturação e hereditariedade** são condições necessárias, já que possibilitam o aparecimento de certas condutas, mas não são suficientes para o desenvolvimento. A **experiência** pode ser de dois tipos: física, que está relacionada a conteúdos assimilados, consistindo em agir sobre os objetos para abstrair suas propriedades, partindo dos próprios objetos; e lógico-matemática, que consiste em agir sobre os objetos para abstrair suas propriedades. A **transmissão social** ocorre pela linguagem, contatos educacionais ou sociais, sendo um fator necessário, contudo insuficiente para promover o desenvolvimento, já que uma criança só assimilará informações que estiverem de acordo com o conjunto de estruturas relativas ao seu nível de pensamento. A **equilibração** é considerada por Piaget como o principal fator, já que a evolução ocorre sempre na direção de um equilíbrio, sendo que este depende da ação do sujeito ativo sobre os eventos externos e, ao mesmo tempo, da ação desses sobre aquele (BARRETO, 2010).

A afetividade, apesar de não ser um fator do desenvolvimento, influencia este processo já que o desenvolvimento intelectual tem sempre um componente cognitivo e outro afetivo. Este componente, embora não possa alterar as estruturas, influencia quais estruturas serão modificadas. O aspecto afetivo está relacionado a motivação e a seleção, assim o aspecto afetivo influencia o desenvolvimento intelectual já que dependendo da motivação e da seleção serão determinados quais conteúdos a atividade intelectual se concentrará (BARRETO, 2010).

Piaget acredita que a criança constrói conhecimento através de sua ação, que é a interação com o mundo físico e social, logo, todo conhecimento é uma construção que resulta das ações da criança. Para este autor há três tipos de conhecimento: **físico, lógico-matemático e social**. O **conhecimento físico** é o conhecimento das propriedades físicas de objetos e eventos, e a criança o adquire ao manipular com seus sentidos. O **conhecimento lógico-matemático** é construído pela criança quando esta pensa sobre as experiências com objetos e eventos e também necessita da ação da criança sobre os objetos. Ao contrario dos outros tipos de conhecimento, o **conhecimento social** se origina do meio sociocultural e não pode ser extraído apenas da ação sobre o ambiente, mas deriva das trocas realizadas com outros indivíduos

através de interação e de transmissões sociais estabelecidas durante toda a vida. Desta forma o conhecimento social é construído a partir de formas mais simples na infância e alcança formas mais elaboradas quando o indivíduo atinge o pensamento formal (BARRETO, 2010).

2.4. A representação do Mundo na Criança

No livro, "A representação do mundo na criança", de 1926, Piaget descreveu os tipos de reações e respostas que podem ser encontrados nas entrevistas clínicas, afirmando que estas têm um valor desigual para a pesquisa. Algumas respostas devem ser valorizadas e outras descartadas na análise dos dados. Cinco tipos de respostas podem ser diferenciadas na entrevista clínica: respostas espontâneas; respostas desencadeadas; respostas sugeridas; respostas fabuladas; e, respostas não-importistas (DELVAL, 2002).

As respostas **espontâneas** são dadas pela criança espontaneamente sem intervenção do pesquisador ou de um adulto, sendo que as respostas deste tipo são as mais interessantes para o pesquisador. As respostas **desencadeadas** surgem na entrevista diante das perguntas feitas pelo pesquisador, contudo são elaboradas pelo sujeito e relacionadas com o conjunto de seu pensamento. Estas respostas são tão interessantes quanto as espontâneas, pois ainda que o problema tenha sido colocado para o sujeito pela primeira vez no decorrer da entrevista, o conteúdo de sua resposta é proveniente das suas representações da realidade (DELVAL, 2002).

Já as **respostas sugeridas, fabuladas** ou **não-importistas** são menos interessantes e devem ser evitadas no curso da entrevista. As **respostas sugeridas** são um produto da entrevista, o pensamento da criança é influenciado pela intervenção do pesquisador. Podem ser de dois tipos: *sugestão pela palavra*, que se refere a diferença dos termos empregados na entrevista causando significações distintas para o adulto e a criança, e *sugestão por perseveração*, quando uma criança tende a repetir seguidamente um tipo de justificativa. As **respostas fabuladas** consistem de histórias inventadas pela criança no decorrer da entrevista porque isto lhe diverte. O último tipo de resposta é o **não-importismo** que ocorre quando a criança responde qualquer coisa para se livrar da entrevista, que provavelmente está lhe desagradando (DELVAL, 2002).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1. População e Amostra

O Hospital São Sebastião atende no setor pediátrico crianças de 0 a 12 anos, com público de faixa etária predominante entre 0 a 4 anos, portadores de variadas enfermidades que requerem tanto internações curtas quanto prolongadas. O hospital possui uma enfermaria pediátrica com 11 leitos e quartos particulares, onde as crianças podem permanecer hospitalizadas.

Durante o período de setembro de 2010 a janeiro de 2011, ficaram internadas no hospital 159 crianças, sendo que 56.6% eram meninos e 43.4% meninas. Pouco mais da metade das crianças, 55.3%, eram oriundas do município de Viçosa e restante das cidades vizinhas. A maioria das crianças (62.7%) residia na zona urbana de seus municípios, enquanto parte delas vivia na zona rural (37.3%). A maioria das famílias destas crianças possuía baixa escolaridade e baixa renda, sendo que muitas tinham como renda fixa apenas os recursos provenientes de programas sociais, como Bolsa Família. As maiores causas de hospitalização neste período foram as doenças respiratórias, como pneumonia e bronquite, e doenças gastrointestinais, como diarréia.

As crianças que compuseram a amostra foram divididas em três grupos: de 4 a 6 anos, de 7 a 9 anos e de 10 a 12 anos. Esta divisão foi feita de modo a abranger três estágios de desenvolvimento mental propostos por Piaget, sendo eles: **Pensamento Pré-Operatório** – as crianças de 4 anos estariam na segunda fase do estagio pré-operatorio e as de 6 anos no final deste estágio; **Pensamento Operatório-Concreto, as** crianças de 7 estariam no início deste estagio; e **Operatório-Formal,** as crianças de 10 anos estariam na transição do estagio anterior para este e as de 11 e 12 anos estariam iniciando o estágio formal. É importante ressaltar que se pressupõe que as crianças destas idades encontrem-se nestes estágios, de acordo com a literatura estudada, pois não foram realizadas provas para confirmar o estágio de cada criança.

Para a escolha do número de sujeitos a amostra não foi dividida por idade, mas como base em 10 sujeitos por categoria, já que não era interesse da pesquisa saber o que as crianças de determinada idade pensam, mas como crianças, com o

mesmo tipo de pensamento constroem representações sobre a hospitalização e a doença.

Assim sendo, a amostra foi delimitada, conforme Quadro 1, da seguinte forma:

Quadro 1 - Distribuição de sujeitos por tipo de pensamento, Viçosa/MG, 2011.

Tipo de Pensamento	Pré-Operatório			Operatório-Concreto			Operatório Formal		
Faixa etária	4 anos	5 anos	6 anos	7 anos	8 anos	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos
	0 crianças	5 crianças	5 crianças	3 crianças	3 crianças	4 crianças	2 crianças	5 crianças	3 crianças
Número de sujeitos por categoria	10 crianças			10 crianças			10 crianças		

Como pode ser observado no quadro 1, não foi realizada nenhuma entrevista com crianças de 4 anos, já que a única criança de 4 anos, que aceitou participar do estudo, tinha completado 5 anos na época da entrevista. A média de idade no grupo de crianças do Pré-operatório foi de 5;98 anos, sendo que a criança mais nova tinha 5 anos recém completados e a mais velha 6 anos e 11 meses. No grupo do estágio Operatório concreto a média de idade foi de 8;54 anos, tendo a criança mais nova 7 anos e 1 mês e a mais velha 9 anos e 6 meses. A criança mais nova do grupo do estágio Operatório Formal tinha 10 anos e 4 meses e a mais velha, 12 anos e 10 meses, neste estágio a média de idade foi de 11;32 anos. A distribuição dos sujeitos que compuseram a amostra é apresentada no Quadro 2.

Quadro 2 - Caracterização das crianças selecionadas para a amostra

Estágio do Desenvolvimento	Criança	Idade	Diagnóstico
Pré-operatório (4 a 6 anos)	1	5;0	Catapora
	2	5;1	Pneumonia
	3	5;2	Amidalite
	4	5;4	Infecção Intestinal
	5	5;9	Amputação dedo pé
Operatório Concreto (7 a 9 anos)	6	6;3	Problemas cardíacos
	7	6;5	Pneumonia
	8	6;5	Pneumonia

...Continua

Quadro 2 – Cont.

Estágio do Desenvolvimento	Criança	Idade	Diagnóstico
Operatório Concreto (7 a 9 anos)	9	6;8	Suspeita de infecção
	10	6;11	Pneumonia
	11	7;1	Gastrenterite
	12	7; 6	Queda/ Traumatismo Craniano Leve
	13	7; 10	Pneumonia
	14	8;1	Dores abdominais, Falta de apetite
	15	8;4	Suspeita de Alergia
	16	8; 9	Fratura Fêmur
	17	9;4	Pneumonia
	18	9;6	Anemia falciforme
	19	9; 6	Desidratação
	20	9;6	Fratura Braço
Operatório Formal (10 a 12 anos)	21	10; 4	Gastroenterite
	22	10;10	Pneumonia
	23	11; 2	Suspeita Apendicite/ dor abdominal
	24	11; 3	Apendicite
	25	11; 4	Nefrite
	26	11; 10	Dor nas costas
	27	11;11	Infecção renal – má formação renal
	28	12; 1	Diabetes
	29	12; 4	Anemia falciforme
	30	12; 10	Hipoglicemia

O Período médio de internação das crianças da amostra foi de 5.9 dias. O período médio de internação dos grupos dos estágios Pré-operatório, Operatório-concreto e Operatório Formal foram de 6,3 dias, 4,9 dias e 6,5 dias, respectivamente. As crianças que demandaram maior tempo de hospitalização foram aquelas que possuíam doenças crônicas ou de maior gravidade, como: anemia falciforme, problemas cardíacos, pneumonia, nefrite e catapora. As que tinham doenças gastroentestinais permaneceram menor tempo no hospital.

3.2. Coleta dos Dados

Para alcançar os objetivos propostos esta pesquisa foi fundamentada no Método Clínico Piagetiano, a fim de investigar os pensamentos, percepções e sentimentos das crianças acerca das atividades lúdicas.

Durante o período de coleta de dados foi feita inicialmente uma triagem no hospital visando conhecer as crianças hospitalizadas e selecionar as que seriam consideradas sujeitos ideais para a amostra, conforme já discutido no item anterior. Após a triagem e consentimento das crianças e dos seus responsáveis em participar da pesquisa, foi aguardado que as crianças recebesem alta hospitalar e, assim, partimos para oi realizada a próxima etapa: a entrevista clínica.

Os dados foram obtidos através de entrevista clínica realizada com as crianças consideradas sujeitos da pesquisa em sua residência, a fim de conhecer seu pensamento e suas representações sobre as atividades lúdicas.

3.3. Procedimentos para Análise dos Dados

A análise dos dados pode ser dividida em dois momentos. Inicialmente, os protocolos foram divididos com as respostas das crianças por faixa etária. Em seguida os protocolos referentes a cada faixa etária foram organizados da menor idade para a maior idade, e numeradas de 1 a 10 – 1 para a criança mais nova e, assim, sucessivamente. Após esta etapa foi realizado o tratamento dos dados, onde as respostas das crianças foram classificadas e categorizadas, de acordo com os tipos de respostas propostos por Piaget: Não-importismo, fabulação, crença sugerida, crença desencadeada e crença espontânea. Na segunda parte da análise, separam-se as respostas já divididas em tipo em **níveis**, de acordo com a proposta de Delval (2002).

Após o tratamento dos dados as respostas foram categorizadas em níveis, conforme descrição no trabalho de Delval (2002), cuja pesquisa objetivou examinar as representações sobre mobilidade social, bem como no trabalho de Silva (2009), que analisou as representações sobre trabalho. Delval (2002) dividiu as representações sobre mobilidade social em três níveis de construção do conhecimento social: Nível I, nível II e nível III. Silva (2009) acrescentou o nível Pré-I, pois trabalha com crianças a partir de 4 anos, que não estão incluídas no estudo anterior de Delval. Desta forma, também foi considerado o nível Pré I, na pesquisa em questão, sendo as respostas não-importistas e fabuladas consideradas no nível Pré I.

Para verificar em qual nível cada grupo de respostas das crianças estavam foram levantadas as seguintes categorias de análise: brinquedoteca e atividades lúdicas. Foi elaborado um quadro de descrição dos níveis de análise para cada faixa

etária (Quadro 3), onde relacionou-se cada categoria com o respectivo nível, calculando a porcentagens das crianças que se encontravam em cada nível.

Quadro 3 - Descrição dos Níveis de Análise

Nível Pré I: • Respostas não importistas e fabuladas.
Nível I: • Explicações baseadas em aspectos aparentes e facilmente observáveis, sem que existam referencias a processos internos. • Explicações concretas sobre o adoecimento e a hospitalização, baseadas na própria experiência. • Existência de aspectos opostos e contraditórios. • Impossibilidade ou extrema dificuldade de expressar sentimentos verbalmente. • Incompreensão do processo de adoecimento/cura e dos procedimentos médicos. • Incapacidade de propor soluções viáveis ou realistas.
Nível II: • Começa a compreender os papéis ocupados pelos profissionais do hospital. • Começam a compreender os processos temporais que levam ao adoecimento e a cura. • Atenta-se para diferença entre grupos dentro da pediatria. • Expressão verbal de sentimento restrita, mas eficiente. • Maior compreensão dos procedimentos médicos, do adoecimento e do processo de cura. • Maior capacidade de propor soluções viáveis ou mais realistas.
Nível III: • Início de pensamento operatório formal. • Capacidade de diferenciação de distintos papéis ocupados pelos profissionais do hospital. • Compreensão dos processos temporais que levam ao adoecimento e a cura. • Boa capacidade de expressão verbal dos sentimentos. • Compreensão dos procedimentos médicos, do adoecimento e do processo de cura. • Capacidade de propor soluções viáveis e realistas, condizentes com a realidade vivenciada.

Após definição dos níveis, vários conjuntos de respostas forma analisadas, pois desta forma, era possível compreender as representações das crianças entrevistadas sobre as práticas lúdicas vivenciadas no ambiente hospitalar. O conjunto de respostas era enquadrado em um dos níveis estabelecidos, e, posteriormente as respostas encontradas em cada nível eram comparadas. Desta forma, foi possível relacionar os conteúdos obtidos nas entrevistas com a teoria piagetiana, o que permitiu conhecer as concepções sobre a temática pesquisada.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste tópico foram analisados e discutidos os resultados em relação as categorias "práticas lúdicas" e "brinquedoteca". Como estas categorias geraram muitos desdobramentos, para melhor compreensão os resultados foram dividids em subcategorias. A categoria "Práticas lúdicas no ambiente hospitalar" abrangeu as concepções das crianças sobre o brincar no hospital, a experiência de brincar no hospital, a experiência de não brincar no hospital e as diferenças entre o brincar dentro e fora do hospital. A categoria "Brinquedoteca" foi dividida nas subcategorias: Impressões sobre a brinquedoteca, relevância da brinquedoteca hospitalar e soluções para a brinquedoteca.

4.1. Atividades Lúdicas

No hospital, as atividades lúdicas são realizadas na enfermaria, na área externa e na brinquedoteca. Considerou-se como lúdicas todas as atividades que envolvam brinquedos ou brincadeiras com o objetivo produzir prazer em sua execução, ou seja, divertir o praticante. É acordado entre vários autores, como Carvalho (2006), Fontes (2005) e Silva (2005), a importância do brincar para o desenvolvimento infantil, assim como as implicações positivas do brincar na recuperação de crianças hospitalizadas.

Assim, buscou-se conhecer como as crianças, sujeitos desta pesquisa, constroem representações sobre o brincar, tanto no hospital quanto em seu cotidiano. Na tabela 1 são apresentados os percentuais das crianças encontrados em cada nível, segundo a categoria atividades lúdicas.

Tabela 1 - Percentuais de crianças em cada nível, segundo a categoria Atividades Lúdicas. – Viçosa/MG, 2011.

Atividades Lúdicas																
Faixa Etária	O brincar no hospital				Experiência de brincar				Experiência de não brincar				Diferenças no brincar			
	PI	I	II	III	PI	I	II	III	PI	I	II	III	PI	I	II	III
5 a 6 anos		100%				94%	6%			90%	10%			90%	10%	
7 a 9 anos		50%	50%			40%	60%			20%	80%			37,5%	62,5%	
10 a 12 anos		10%	80%	10%		10%	53%	37%		10%	30%	60%		5%	77,5%	17,5%

Legenda: PI: Nível pré I; I: Nível I; II: Nível II; eIII: Nível III
Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Como pode ser visto na figura 1, no que se refere ao que as crianças pensavam sobre brincar no hospital, foram encontradas 100% das crianças de 5 e 6 anos, 50% das crianças de 7 a 9 anos e 10% das crianças de 10 a 12 anos, no nível I. Na figura 1 são apresentados detalhadamente os dados acerca das concepções sobre o brincar no hospital.

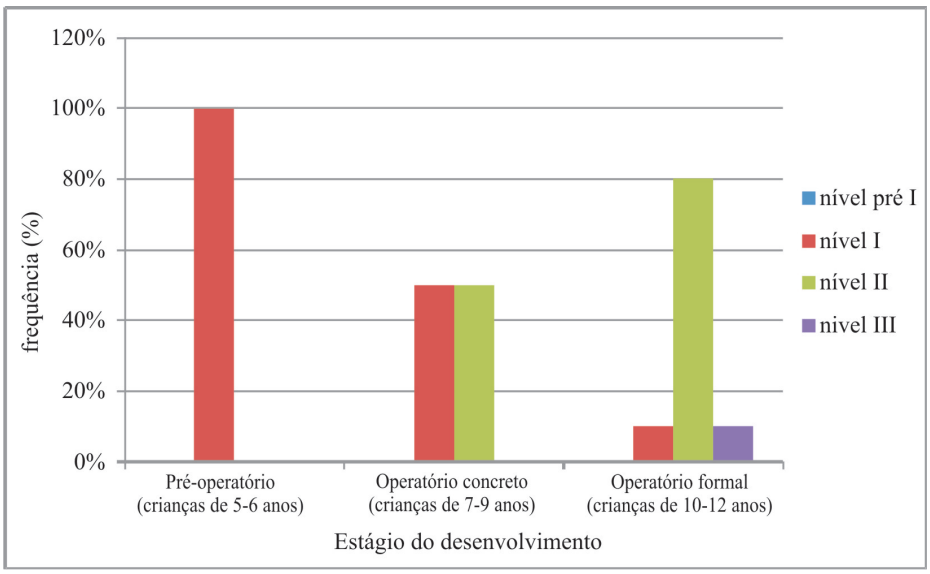

Figura 1 - Concepções das crianças hospitalizadas sobre o brincar no hospital – Viçosa/MG, 2011.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

No nível I as crianças emitiam respostas pouco elaboradas, específicas, repetindo termos usados pelo entrevistador, sendo difícil compreender como construíram as representações sobre o brincar no hospital. À medida que a entrevista avançava as concepções das crianças ficavam mais claras pelo conjunto das respostas, mas, em geral, houve uma grande dificuldade de expressar suas representações sobre o brincar.

Outro fator comum as crianças de nível I é uma alta generalização das respostas, para os sujeitos todas as crianças brincam quando estão no hospital, não sendo capazes de pensar em exceções ou justificar sua concepção. Segundo Macedo (1994), possuir percepção global sem discriminar detalhes é uma característica do estágio pré-operatório. Isto pode ser exemplificado a partir do seguinte extrato:

> E: Você acha que as crianças brincam no hospital? *C: Brincam.* E: Você gostou de brincar na brinquedoteca? *C: Gostei.* (Criança 4, de 5;4 anos, nível I)

Quanto ao brincar no hospital, foram consideradas, de nível II, 50% das respostas das crianças de 7-9 anos e 80% das respostas das crianças de 10-12 anos de

nível II. As respostas das crianças de nível II diferenciam-se das de nível I por superarem a questão da generalização, conseguindo apreender exceções e justificá-las. Contudo, é freqüente nas respostas das crianças associarem a brincadeira ao movimento, assim foram comuns respostas que associavam a brincadeira à atividade física e a brinquedoteca, excluindo as crianças que estavam imobilizadas como participantes de atividades lúdicas. Algumas vezes em suas falas evidenciam incapacidade de abstrair completamente e analisar possibilidades, ainda precisando do concreto para elaborar suas respostas, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: Você acha que as crianças brincam quando estão no hospital? *C: Todas não. Porque tem alguns que não podem sair da cama.* E: Você gostou de brincar na brinquedoteca? *C: Humhum.* (Criança 20, de 9;6 anos, nível II)
> E: Você acha que as crianças brincam quando estão no hospital? *C: Não, só quando vão na brinquedoteca e ficam brincando lá.* (Criança 24, de 11;3 anos, nível II)

As respostas de nível III referiam-se a 10% das respostas das crianças de 10-12 anos. As respostas de nível III diferenciam-se do nível anterior, pois as respostas são mais coerentes e verbalmente mais elaboradas. As crianças percebem as possibilidades do brincar, mesmo em diferentes graus de atividade; assim, pode-se brincar tanto na enfermaria, no leito, na área externa ou na brinquedoteca. Isto pode ser observado no extrato abaixo:

> E: Você acha que as crianças brincam no hospital? *C: Eu acho que sim.* E: Como assim? *C: Elas brincam diferente, né? Depende se ela pode descer, se tem que ficar quieta, mas eu acho que todas brincam.* (Criança 26, de 11;10 anos, nível III)

Ao se questionar às crianças sobre a experiência de brincar no hospital buscou-se compreender os efeitos que a brincadeira tem sobre o cotidiano da criança hospitalizada. Os dados encontram-se na figura 2.

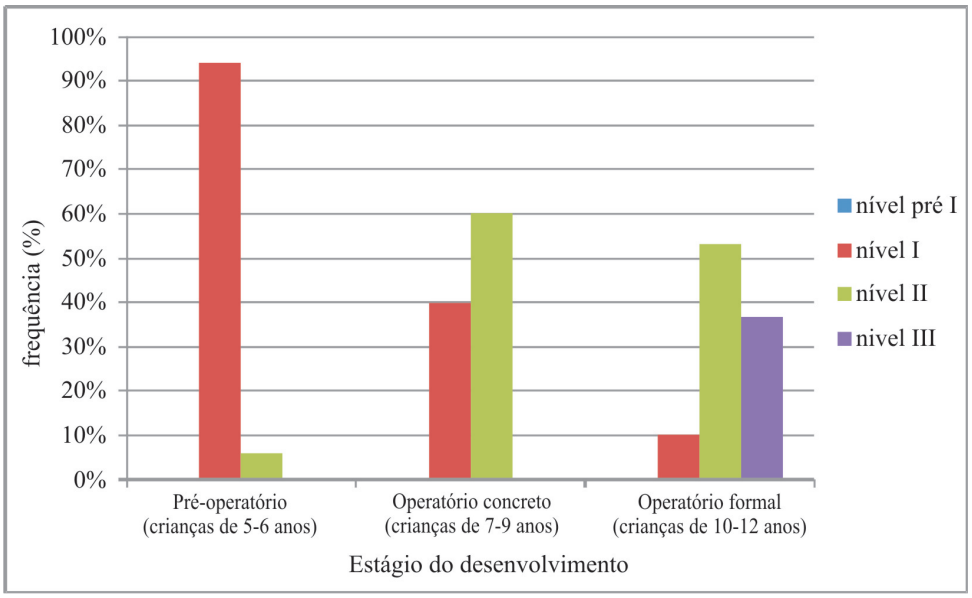

Figura 2 - Impressões das crianças hospitalizadas sobre a experiência de brincar no hospital – Viçosa/MG, 2011.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

As respostas de nível I corresponderam a 94% das respostas das crianças de 5-6 anos, 40% das respostas de 7-9 anos e 10% das respostas das crianças de 10-12 anos. As crianças de resposta no nível I tiveram dificuldade em expressar seus sentimentos em relação ao brincar no hospital, sendo vagos ou precisando de apoio do material concreto, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: O que você mais gostou de brincar no hospital e na brinquedoteca? *C: De carrinho.* E: O que você menos gostou de brincar no hospital? E na brinquedoteca? *(silêncio).* Teve alguma coisa que você não gostou? *C: Não, gostei de tudo.* E: Como você se sentia quando brincava no hospital? *(silêncio).* Vou te mostrar as fotos das criancinhas de novo. Com qual sentimento dessas crianças parecia com o que você sentia quando brincava? C: *Com a alegre.* E: Por quê? *C: Porque eu ficava alegre.* (Criança 4, de 5;4 anos, nível I)

As respostas de nível II demonstram que as crianças tinham maior facilidade em expressar verbalmente os sentimentos sobre brincar no hospital, ainda que de forma restrita. Outra característica percebida nas respostas deste nível é a associação positiva em relação ao movimento e as atividades mais dinâmicas. As crianças se mostram alegres durante o período das atividades lúdicas e associam a felicidade a dois motivos: não estar com soro e poder se mexer. Estes dois fatores são muito limitantes para as crianças hospitalizadas; principalmente em relação ao soro, que para as crianças invade seu corpo, limita os movimentos e as crianças não entendem

sua função, conforme relato de 6% das crianças de 5-6 anos, assim como 60% das de 7-9 anos e 53% das de 10-12 anos. Os extratos abaixo exemplificam esta discussão:

> E: Como você se sentia quando brincava no hospital? *C: Alegre.* E: Por quê? *C: Por que eu tinha tirado isso (soro) pra ir lá brincar.* (Criança 3, de 5;2 anos, nível II)
> E: O que você mais gostou de brincar no hospital? *C: Carrinho.* E: E na brinquedoteca? *C: Também.* E: O que você menos gostou do hospital? *C: De ficar parado.* E: Por que você não gosta de ficar parado? *C: É ruim.* E: O que você menos gostou de brincar na brinquedoteca? *C: De quebra-cabeça.* E: Porque você não gosta muito de quebra-cabeça? *C: Porque tem que ficar pensando para montar.* E: Como você se sentia quando você brincava no hospital? *C: Bem.* E: Por quê? *C: Porque eu podia brincar e não ficar parado.* (Criança 18, de 9;6 anos, nível II).

Observou-se que 37% das crianças de 10-12 anos tiveram respostas consideradas de nível III. As respostas deste nível têm em comum a expressão verbal de sentimentos feita de forma clara. As crianças deste nível são capazes de refletir e argumentar sobre a importância do brincar durante a hospitalização. Os reincidentes também falam da importância da brinquedoteca durante as várias hospitalizações e trazem lembranças das brincadeiras que fizeram nas internações anteriores. As crianças deste nível reconhecem os benefícios do brincar que, para elas, além de divertir, as fazia esquecer da dor e das dúvidas sobre o processo de recuperação, como pode ser visto no trecho a seguir:

> E: O que você gostou de brincar no hospital? *C: Gosto de ler revista, jogar baralho e joguinho de celular.* E: E na brinquedoteca? *C: Gosto de jogar aqueles jogos que nós jogamos, do banco imobiliário.* E: O que você menos gostou de brincar no hospital? *C: Hoje eu acho chato ler e colorir.* E: E na brinquedoteca? *C: Hoje eu só gosto dos jogos de lá.* E: Como você se sentia quando brincava no hospital? *C: Ah, sentia melhor.* E: Por quê? *C: Porque eu ficava sem estresse, sabe?* E: Você ficava estressada? *C: A gente fica pensando: que dia que eu vou melhorar? Que dia que eu vou embora? Isso deixa com muito nervo. Daí você brinca e esquece um pouquinho.* (Criança 30, de 12;10 anos, nível III)

Para verificar como as crianças se sentiam na impossibilidade de brincar, e, nesse sentido, avaliar a importância das práticas lúdicas no ambiente hospitalar, foram feitas algumas perguntas sobre a experiência de não brincar, no período em que estavam internadas. Os dados encontram-se na figura 3.

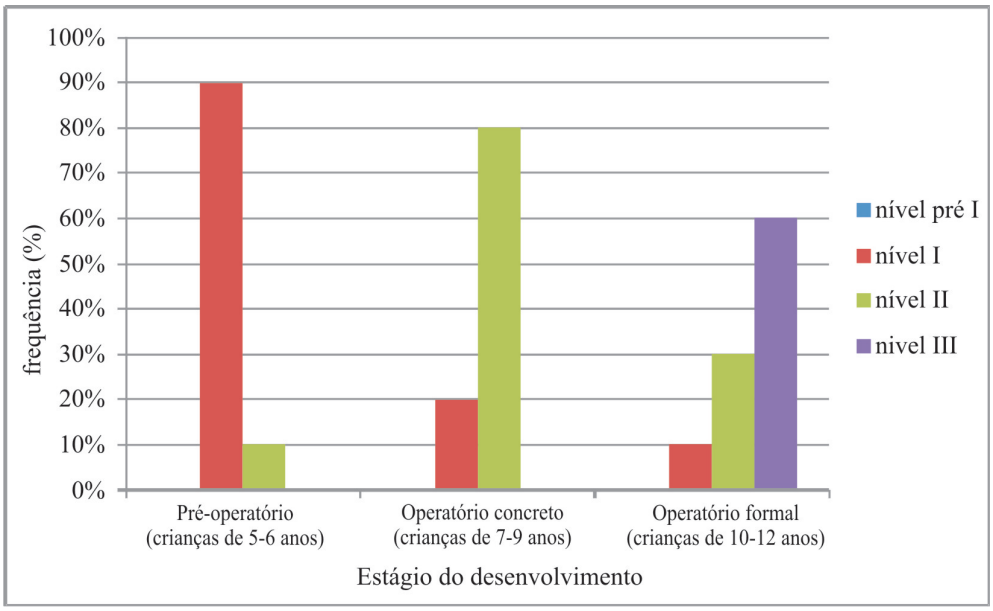

Figura 3 - Impressões das crianças hospitalizadas sobre a experiência de não brincar no hospital – Viçosa/MG, 2011.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

As crianças cujas respostas enquadraram-se se nível I (90% das crianças de 5-6 anos, 20% das crianças de 7-9 anos e 10% das de 10-12 anos) tinham como principais características: dificuldade de expressar verbalmente os sentimentos, referência a uma situação concreta não coerente para justificar as oportunidades que não brincou e relacionar não brincar com não brincar na brinquedoteca. Por esta última característica, houve respostas contraditórias de crianças que primeiro afirmaram que brincaram todos os dias e depois afirmaram que não brincaram porque a brinquedoteca estava fechada, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: Quando você estava no hospital teve algum dia que você não brincou? *C: Porque quando eu fiquei uma vez a minha mãe não deixava eu ir lá embaixo, depois ela ficou esquecendo que tinha e daí nós foi e brincou lá embaixo na casinha com escorregador.* E: Como você sentiu quando não brincou? *C: Ruim.* (Criança 2, de 5;1 anos, nível I)
> E: Quando você estava no hospital teve algum dia que você não brincou? *C: Acho que foi na terça.* E: Porque você não brincou? *C: Porque minha vó que tava lá e ela não agüentava pegar o negócio do soro pra eu poder descer e brincar.* E: Como você se sentiu? *C: Meio triste.* (Criança 14, de 8;1 anos, nível I)

O nível II diferiu do nível I, em termos de qualidade das respostas acerca da descrição dos sentimentos e também por que as crianças conseguiam expor mais motivos para não brincarem. Os motivos listados como impossibilizadores do brincar foram: Clima chuvoso, rotina hospitalar, imobilidade e brinquedoteca fechada.

A brinquedoteca fica em uma área externa do hospital, assim é necessário que as crianças desçam uma escada e atravessem um jardim para brincar, desse modo, o trajeto não pode ser feito em dias chuvosos por questões de segurança. As idas a brinquedoteca são frequentemente interrompidas pela rotina hospitalar, já que as crianças devem subir para esperar o médico passar, para receber medicação, para aferir pressão, alimentar-se, dentre outros.

No período de estudo, a brinquedoteca ficou por muitas vezes fechada, já que abertura do espaço está condicionada a presença das estagiárias. Algumas vezes elas não compareciam, principalmente durante o período de provas, e a organização dos horários deixava muitos períodos sem ninguém que pudesse abrir a brinquedoteca. A percepção destes vários fatores é um avanço muito grande em relação ao nível anterior, porém, a ideia de brincar ainda está presa a ideia de brincar na brinquedoteca. As respostas de 10% das crianças de 5-6 anos, 80% das crianças de 7-9 anos e 30% das crianças de 10-12 anos foram consideradas de nível II.

> E: Quando você estava no hospital teve algum dia que você não brincou? *C: Tem.* E: Por que você não brincou? *C: Porque tava chovendo.* E: Como você se sentiu? *C: Triste.* (Criança 12, de 7;6 anos, nível II)
> E: Quando você estava no hospital teve algum dia que você não brincou? *C: Teve.* E: Como você se sentiu? *C: Mais já foi no outro (hospital), depois que eu operei.* E: E como você se sentiu quando não brincou? *C: Eu senti triste, mas eu tava toda dura e doía.* (Criança 16, de 8;9 anos, nível II)
> E: Quando você estava no hospital teve algum dia que você não brincou? *C: Teve quando eu cheguei, porque tava fechada.* E: Como você se sentiu? *C: Triste.* (Criança 20, de 9;6 anos, nível II)
> E: Quando você estava no hospital teve algum dia que você não brincou? *(Criança balança a cabeça positivamente)*. Por que você não brincou? *C: Porque eu tinha que ficar esperando o médico passar e quando eu desci tava fechado.* (Criança 18, de 9;6 anos, nível II)

No nível III as diferenças foram bem sutis em relação ao nível II, mais em relação à qualidade das respostas, sendo que 60% das respostas das crianças de 10-12 anos foram consideradas deste nível. Apesar das respostas serem mais elaboradas, ainda permanece a relação entre o brincar e brincar na brinquedoteca, como pode ser observado no seguinte extrato:

> E: Quando você estava no hospital teve algum dia que você não brincou? *C: Teve.* E: Por que você não brincou? *C: Porque quando eu cheguei tava doendo demais e aí eu fui fazer exame e nem deu tempo de brincar.* E: Como você se sentiu? *C: Me senti mal.* (Criança 26, de 11;10 anos, nível III)

Buscou-se também estabelecer uma comparação entre o brincar dentro e fora do espaço do hospital, para compreender as diferenças que as crianças percebiam em relação às atividades lúdicas desenvolvidas nos dois espaços. Os resultados encontram se na figura 4.

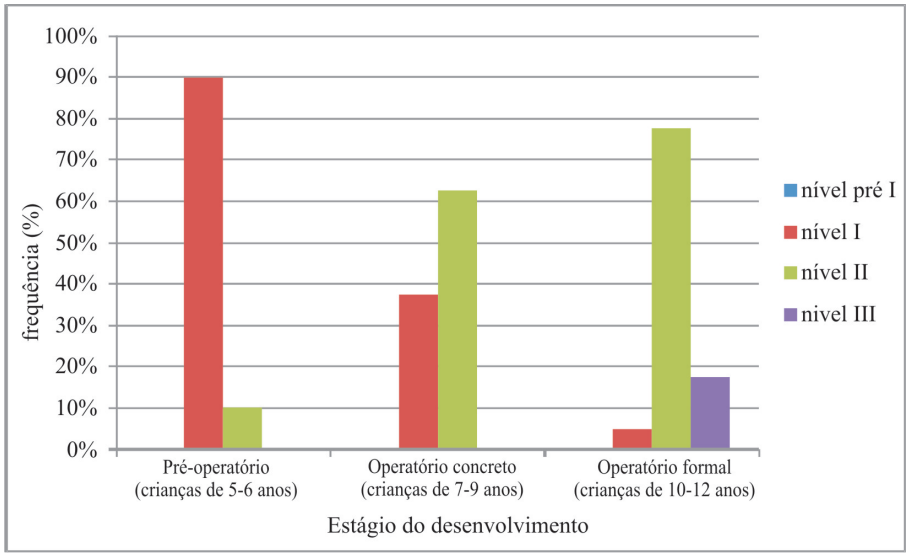

Figura 4 - Percepção das crianças hospitalizadas sobre as diferenças no brincar no ambiente hospitalar e fora do ambiente hospitalar - Viçosa/MG, 2011.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

O nível I indica explicações baseadas em aspectos aparentes e facilmente observáveis da realidade, com ausência de conceitos elaborados e uma visão prática ligada ao concreto, conforme relatado por 90% das crianças de 5-6 anos, 37,5% das crianças de 7-9 anos e 5% das crianças de 10-12 anos. Quando questionadas sobre como era brincar dentro e fora do hospital e se havia diferença nas formas de brincar, as crianças deste nível apresentaram ideias pouco elaboradas e obscuras. As crianças deste nível prendem-se a brinquedos específicos, que tiveram experiências concretas típicas do estágio pré-operatório, e não aos brinquedos e brincadeiras em geral, como pode ser observado no extrato abaixo:

> E: O que tem de diferente na brincadeira fora do hospital? *C: Eu tenho uma boneca que fala, mas ela agora não ta falando. Tem também uma amarela que minha tia me emprestou, agora eu vou emprestar ela de novo para ela.* (Criança 2, de 5;1 anos, nível I)

No nível II as crianças ainda se prendem a brinquedos específicos, como hotweels, barbies, por exemplo. Mas as respostas das crianças deste nível (10% das crianças de 5-6 anos, 62,5% das crianças de 7-9 anos e 77,5% das crianças de 10-12 anos) inserem novas perspectivas em relação ao nível anterior: o que diferencia a

brincadeira no hospital e no seu ambiente de origem não são apenas os brinquedos, mas também os irmãos, os primos e os amigos, como ser percebido nas falas abaixo:

> E: Tem alguma diferença quando se brinca no hospital e de quando se brinca em casa? *C: Tem, porque no hospital tem um monte de brinquedo que em casa não tem.* E: O que tem no hospital pra brincar que em casa não tem? *C: Pista hotweels, carrinho grande, trator.* E: O que tem de diferente na brincadeira fora do hospital? *C: Os amigos.* (Criança 4, de 5;4 anos, nível II)

Outra questão presente nas respostas do nível II é a maior liberdade de movimentos e de tipos de brincadeiras fora do hospital. As atividades mais recorrentes eram correr, pular, jogar futebol e andar de bicicleta, como ser percebido no extrato abaixo:

> E: O que tem de diferente na brincadeira fora do hospital? *C: Aqui nós pode correr na rua.* E: E tem outras brincadeiras que não dá pra fazer no hospital? *C: Pular corda, andar de bicicleta.* (Criança 18, de 9;6 anos, nível II)

No nível III, as crianças atentaram-se para a falta dos amigos e irmãos para brincar, mas também observaram o fato que fora do hospital não há regras estabelecidas, nem horários para brincar. No hospital o lugar mais adequado para brincar era a brinquedoteca onde podiam brincar a vontade, circular, falar alto. Mas a brincadeira no hospital era regrada, pois haviam horários de funcionamento da brinquedoteca e os horários de medicação, repouso, médico e alimentação. Em casa, os horários são mais flexíveis, assim como as possibilidades de brincar, além do fato da criança estar saudável e não ser limitada pela doença, como ser percebido nas falas a seguir:

> E: Tem alguma diferença quando se brinca no hospital e quando se brinca em casa? *C: Em casa a gente tem as colegas, as nossas coisas, e em casa a gente não ta doente, né?* E: O que tem pra brincar no hospital que não tem na sua casa? *C: Aqueles jogos que eu joguei eu não tenho não.* E: O que tem de diferença na brincadeira fora do hospital? *C: Dá pra fazer mais coisa, com os colegas da gente. No hospital a gente brinca com vocês ou com alguma criança que tiver.* (Criança 30, de 12;10 anos, nível III)

4.2. Brinquedoteca Hospitalar

A instalação de brinquedotecas é obrigatória nos hospitais brasileiros que atendam crianças, contudo ainda não há nenhum tipo de controle sobre o trabalho que vem sendo desenvolvido nas brinquedotecas hospitalares. As brinquedotecas surgiram a partir dos movimentos de humanização hospitalar, e o acesso aos

brinquedos e brincadeiras neste ambiente tem sido concebida como parte da assistência terapêutica às crianças hospitalizadas. As necessidades das crianças e o papel dos recursos lúdicos como gerador de bem estar físico e social no ambiente hospitalar estão sendo legalmente reconhecidos, mas é importante ouvir das próprias crianças o que elas pensam sobre as brinquedotecas e como este serviço pode ser melhor.

Na tabela 2 podem ser evidenciados os dados referentes às concepções das crianças acerca da brinquedoteca hospitalar.

Tabela 2 - Percentuais de crianças em cada nível, segundo a categoria Brinquedoteca Hospitalar. – Viçosa/MG. 2011

Brinquedoteca Hospitalar												
	Impressões sobre a brinquedoteca				Justificativa: Relevância da Brinquedoteca				Soluções: Como poderia ser?			
Faixa Etária	PI	I	II	III	PI	I	II	III	PI	I	II	III
5 a 6 anos		98%	2%			100%				100%		
7 a 9 anos		36%	64%			30%	70%			50%	50%	
10 a 12 anos		8%	80%	12%		10%	70%	20%		20%	70%	10%

Legenda: PI: Nível pré I; I: Nível I; II: Nível II; eIII: Nível III
Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Na figura 5, pode-se observar as porcentagens das respostas das crianças sobre o conceito de brinquedoteca hospitalar, de acordo com os níveis de análise.

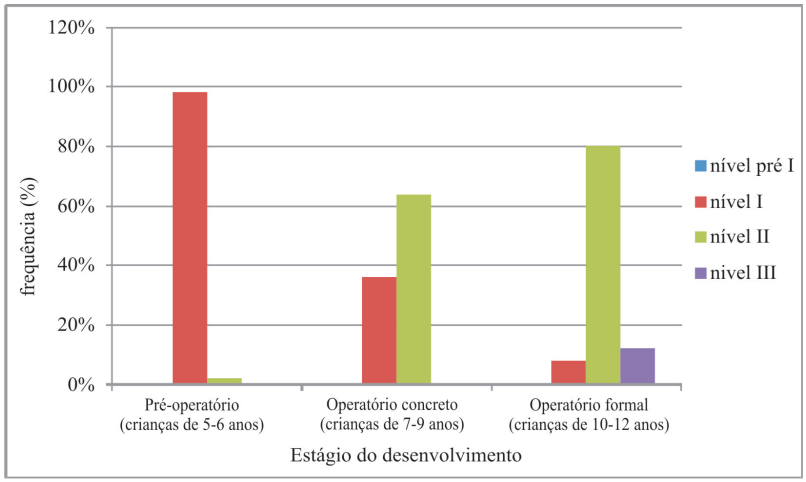

Figura 5 - O conceito das crianças hospitalizadas sobre Brinquedoteca Hospitalar – Viçosa/MG, 2011.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

As respostas consideradas de nível I têm em comum o fato das crianças privilegiarem aspectos concretos e facilmente observáveis para falar da brinquedoteca, sendo incapazes de fazer críticas. As crianças concentram-se principalmente em algum

brinquedo da brinquedoteca que gostaram, e suas impressões sobre a brinquedoteca são totalmente dependentes da experiência concreta, típica do estágio pré-operatório. O nível I também é caracterizado pela dificuldade de expor as suas ideias de forma clara e coerente, conforme 98% das respostas das crianças de 5-6 anos, 36% das crianças de 7-9 anos e 8% das crianças de 10-12 anos.

> E: Quando você ficou no hospital lá tinha uma brinquedoteca, aquela a casinha com brinquedos. O que você achou da casinha? *C: A pista de Hot Wheels.* E: Lá tinha uma pista mesmo. O que você achou da casinha? *C: Legal, eu gostei.* E: Você foi muitas vezes na brinquedoteca? *C: Fui.* E: Você lembra quantas vezes você foi? *C: Sim.* E: Quantas vezes foi? *C: Muitas.* E: O que você fez quando você foi na brinquedoteca? *C: Brinquei com os brinquedos, vi filme e colori.* E: O que você mais gostou de brincar no hospital e na brinquedoteca? *C: De carrinho.* E: O que você menos gostou de brincar no hospital? E na brinquedoteca? (...) teve alguma coisa que você não gostou? *C: Não, gostei de tudo.* (Criança 4, de 5;4 anos, nível I)

No nível II percebeu-se apenas uma mudança qualitativa das respostas em relação ao nível anterior, de acordo com 2% das crianças de 5-6 anos, 64% das crianças de 7-9 anos e 80% das crianças de 10-12. A brinquedoteca é vista de forma positiva pelas crianças e elas guardam memórias vívidas das atividades que realizaram na brinquedoteca. As crianças ainda fixam-se em algum aspecto da realidade vivenciada para falar da brinquedoteca, não sendo capazes de fazer críticas em relação à brinquedoteca, como ser percebido nas falas abaixo:

> E: Quando você ficou no hospital lá tinha uma brinquedoteca. O que você achou de lá? *C: Eu achei legal.* E: Você foi muitas vezes na brinquedoteca? *C: Não, fui só uma.* E: O que você fez quando você foi na brinquedoteca? *C: Brinquei de joguinho.* E: O que você mais gostou de brincar no hospital? *C: Gostei de colorir, ler livrinho.* E: E na brinquedoteca? *C: De jogar o joguinho do show do milhão.* E: O que você menos gostou de brincar no hospital? *C: Teve um livro lá que eu achei chato, aí eu parei de ler.* E: E na brinquedoteca? *C: Não achei nada chato não.* (Criança 26, de 11;10 anos, nível II)

O nível III se diferencia dos anteriores pela qualidade da resposta, mais clara e precisa, como foi o caso de 12% das respostas das crianças de 10-12 anos. Outra característica das respostas de nível III é que as crianças argumentam mais nas respostas, justificando por que gostaram da brinquedoteca. Ainda não fazem criticas quanto ao funcionamento da brinquedoteca, como ser percebido nas falas a seguir:

E: Quando você ficou no hospital lá tinha uma brinquedoteca. O que você achou da brinquedoteca? *C: Legal, porquê você vai lá brincar, esquece que tá no hospital, parece que ta em casa praticamente.* E: Você foi muitas vezes na brinquedoteca? *C: Sim.* E: Lembra quantas? *C: Não.* E: O que você fez quando você foi na brinquedoteca? *C: Vi filme, peguei livros ou senão peguei brinquedos pra brincar lá também com meu pai, minha mãe.* E: O que você mais gostou de brincar no hospital? *C: De um joguinho, o perfil.* E: E na brinquedoteca? *C: De ver filme.* E: O que você menos gostou de brincar? *C: Nada.* E: Não teve alguma coisa que você achou chata de brincar? *C: Não.* (Criança 28, de 12;1 anos, nível III)
E: Quando você ficou no hospital lá tinha uma brinquedoteca lá? *C: Hum hum.* E: O que você achou da brinquedoteca? *C: Legal, dá pra gente distrair um pouco.* E: Você foi muitas vezes na brinquedoteca? *C: Umas 5, 6 vezes.* E: O que você fez quando você foi na brinquedoteca? *C: Vi filme, fiquei brincando de mico, quebra cabeça e jogo da memória.* E: O que você mais gostou de brincar no hospital? *C: De ficar vendo filme lá na brinquedoteca.* E: E na brinquedoteca você gostou de que além do filme? *C: De brincar do mico e do quebra cabeça.* E: O que você menos gostou de brincar no hospital? *C: Ah, nada. Tudo eu... Eu gostei de tudo.* E: E na brinquedoteca? *C: Também não.* E: Não teve nada que você achou ruim? Você ficou 11 dias lá... *C: Não ter ninguém pra brincar, eu brincava sozinha, tinha só algumas pessoas conhecidas.* (Criança 22, de 10;10 anos, nível III)

Na pesquisa procurou-se, também, saber das crianças qual era a importância da brinquedoteca para o hospital e para as próprias crianças. Os resultados podem ser observados na figura 6.

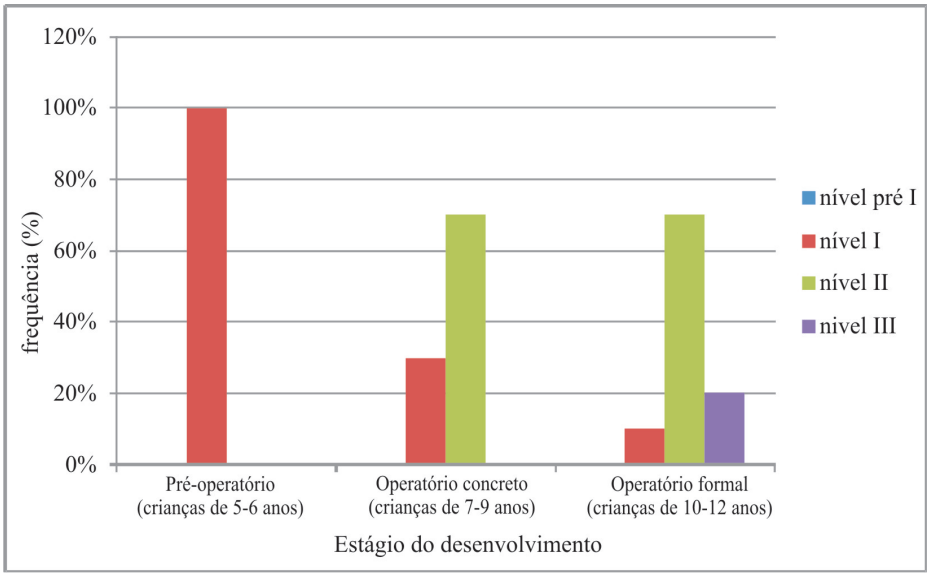

Figura 6 - Importância da Brinquedoteca Hospitalar de acordo com a percepção das crianças hospitalizadas – Viçosa/MG, 2011.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

Observou-se que 100% das crianças de 5-6 anos, 30% das crianças de 7-9 anos e 10% das crianças de 10-12 anos tiveram respostas de nível I. No nível I, o

pensamento das crianças não consegue ultrapassar os limites da experiência obvia e concreta, típica do estágio pré-operatório: a brinquedoteca existe para as crianças brincarem. Esta afirmação é recorrente em todas as crianças cujas respostas foram consideradas de nível I, podendo-se observar certo grau de egocentrismo nestas respostas: a brinquedoteca existe para o bem essencial dela própria, enquanto criança, como ser percebido nas falas abaixo:

> E: Por que você que existe a brinquedoteca no hospital? *C: Pras crianças brincar.* (Criança 4, de 5;4 anos, nível I)
> E: Por que você que existe a brinquedoteca no hospital? *C: Pra gente brincar.* (Criança 17, de 9;4 anos, nível I)

As respostas de 70% das crianças de 7-9 anos e de 70% de 10-12 anos foram percebidas como de nível II, quando progressivamente a criança começa a desenvolver capacidade de se colocar no ponto de vista do outro, iniciando-se uma descentração cognitiva e social, desenvolvida no estágio operatório concreto. Entretanto, as respostas ainda encontram-se apoiada na realidade vivida, assim a brinquedoteca existe para as crianças brincarem, se divertirem, para distrair, como notado nos trechos citados abaixo:

> E: Por que você que existe a brinquedoteca no hospital? *C: Para distrair as criancinhas que estão internadas no hospital.* (Criança 28, de 12;1 anos, nível II)

O nível III demonstra um pensamento cada vez mais estruturado devido ao desenvolvimento da linguagem. A criança consegue se colocar no lugar do outro e perceber que a brinquedoteca é importante por vários fatores, mas que estes se referem ao bem-estar das crianças hospitalizadas.

> E: Por que você que existe a brinquedoteca? *C: Pra distrair as crianças, para as crianças ficarem alegres, não ficarem tristes no quarto.* (Criança 22, de 10;10 anos, nível III)

Foi solicitado às crianças sugestões e soluções para a brinquedoteca, estando as respostas evidenciadas na figura 7.

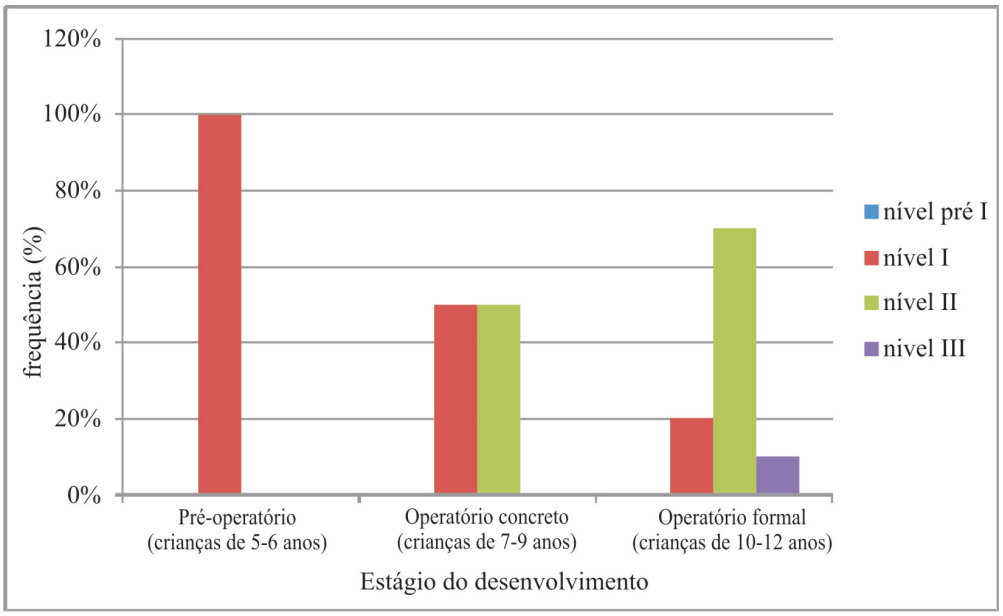

Figura 7 - Soluções para melhoria da brinquedoteca na opinião das crianças hospitalizadas – Viçosa/MG, 2011.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

No nível I, foram encontradas as respostas de 100% das crianças de 5 e 6 anos, 50% das crianças de 7 a 9 anos e 20% das crianças de 10 a 12 anos. As respostas que se enquadraram neste nível tinham por principal característica a incapacidade de propor soluções viáveis ou realistas. As crianças focaram suas respostas em coisas que gostam como: bichos de estimação, seus brinquedos favoritos e alguns tipos de brinquedos. As respostas demonstravam que elas estavam presas a situação imediata e que não conseguiam pensar sobre o futuro ou possibilidades futuras e nem no bem-estar comum, o que para Piaget é típico do estagio pré-operatório. As soluções dadas por estas crianças objetivavam prazeres e desejos infantis, e muitos "sonhos de consumo", como brinquedos de marcas conhecidas, mas inviáveis devido às condições financeiras das suas famílias, como pode-se observar nos trechos abaixo:

> E: Como você acha que devia ser a brinquedoteca? *C: Com um monte de boneca e uma que chama Cacau. Eu tenho uma que chama Cacau.* (Criança 2, de 5;1 anos, nível I)
> E: Como você acha que devia ser a brinquedoteca? *C: Com helicóptero, lava jato hot wheels.* (Criança 4, de 5;4 anos, nível I)
> E: Como você acha que devia ser a brinquedoteca? *C: Do jeito que é, mas um pouquinho melhor.* E: Como? *C: Do jeito que é com os brinquedos que a gente mais gosta de brincar.* E: Que coisas que você mais gosta de brincar? *C: Eu gosto de brincar de boneca, boneca igual a minha ali, ter uma casinha só pra mim.* (Criança 17, de 9;4 anos, nível I).

No nível II as crianças propuseram mais soluções, mas ainda não soluções realistas e que teriam grande impacto na qualidade de vida das crianças hospitalizadas. As crianças cujas respostas se enquadram nesta categoria priorizavam o seu bem-estar imediato através de um ambiente mais agradável, com mais brinquedos, que contribuiriam para a qualidade de vida dos usuários, mas não solucionariam os problemas da brinquedoteca. As respostas de 50% das crianças de 7-9 anos e 70% das crianças de 10-12 foram de nível II.

> E: Como você acha que devia ser a brinquedoteca? *C: Com mais brinquedo novo e mais carrinho.* (Criança 11, de 7;1 anos, nível II)

No nível III, as crianças tiveram capacidade de propor soluções realistas e viáveis para o contexto hospitalar, que condiziam com a realidade que vivenciaram, conforme 10% das respostas das crianças de 10-12 anos. Estas crianças ao terem experimentado situações desagradáveis conseguiram propor soluções possíveis, sendo que avaliar as várias questões reais para conceber o possível é uma das características do pensamento operatório formal. No decorrer das entrevistas uma questão recorrente era o número de vezes que a brinquedoteca estava fechada, então a solução mais eficiente para solucionar o problema é um maior numero de estagiárias para garantir o funcionamento da brinquedoteca.

> E: Como você acha que devia ser a brinquedoteca? *C: Do jeito que tá.* E: Mas o que podia melhorar? *C: Podia ficar mais aberto né?* E: Tem vez que fica muito fechada. (Criança 29, 12;4 anos, nível III)

5. CONCLUSÕES

Nesta pesquisa objetivou-se compreender as representações que as crianças hospitalizadas têm sobre as atividades lúdicas desenvolvidas no contexto hospitalar. Para o alcance do referido objetivo, foram examinados as ideias subjacentes às representações, de acordo com os níveis de desenvolvimento estudados, visando compreender as tendências gerais presentes nas respostas das crianças estudadas.

A construção instrumento de análise foi referendada em outras pesquisas realizadas com crianças sobre conhecimento social, baseadas no método clínico piagetiano.

A hipótese norteadora da pesquisa em questão era de que as crianças constroem representações sobre vários aspectos da realidade hospitalar desde muito novas, sendo que as atividades lúdicas fazem com que as crianças tenham uma visão mais positiva de si e do hospital. Além disso, essas representações evoluem no decorrer do desenvolvimento da criança, sendo fruto de suas elaborações ativas. No decorrer das análises esta hipótese foi confirmada, pois as ideias que as crianças têm sobre as práticas lúdicas desenvolvidas no ambiente hospitalar vão sendo modificadas ao longo do desenvolvimento infantil.

No nível I, foram comuns explicações baseadas em aspectos aparentes e facilmente observáveis da realidade hospitalar, sem referências a processos internos. As explicações sobre as atividades lúdicas e a brinquedoteca hospitalar eram predominantemente concretas, típicas do estágio pré-operatório, baseadas na própria experiência da criança. As crianças deste nível demonstraram enorme dificuldade em expressar sentimentos verbalmente, sendo necessário o uso de material concreto para apoio do pensamento. Foi comum encontrar um alto grau de generalização das respostas - "todas as crianças brincam", "todas as crianças vão a brinquedoteca"-, mas as crianças não se mostravam capazes de argumentar coerentemente sobre sua concepção e nem admitiam exceções; assim foi comum encontrar contradições entre as ideias apresentadas por estas crianças. As crianças do nível I não contemplavam todas as possibilidades do brincar, mas fixavam suas respostas em relação a brinquedos específicos, que podiam tanto ser seus brinquedos favoritos quanto sonhos de consumo. Estas crianças foram incapazes de propor soluções viáveis para tornar melhor o ambiente hospitalar ou fazer críticas, sendo que suas soluções eram imediatistas, ligadas a pequenos prazeres infantis, que pouco contribuiam para melhor qualidade de vida das crianças hospitalizadas.

No nível II, inicia-se a percepção dos aspectos não visíveis da situação, mas as respostas em geral, ainda traziam elementos concretos, em referência a própria hospitalização. As crianças deste nível prendem-se menos a brinquedos específicos, mas é clara a preferência por atividades mais dinâmicas, como pular, correr, jogar futebol e andar de bicicleta. A expressão verbal dos sentimentos apesar de restrita é eficiente, não sendo necessário o uso de material concreto. O nível II difere do nível I, principalmente em termos de qualidade das respostas acerca da descrição dos sentimentos e também por que as crianças conseguiam expor mais motivos para não brincarem. Os motivos listados como impossibilizadores do brincar foram: Clima

chuvoso, rotina hospitalar, imobilidade e brinquedoteca fechada. Para as crianças deste nível a principal característica que difere a brincadeira do hospital é a falta dos amigos e irmãos. As soluções propostas por este grupo de crianças, apesar de possíveis e congruentes com a realidade hospitalar, não teriam grande impacto sobre a melhoria do bem estar infantil.

Por fim, o nível III representa o início das operações formais onde as crianças são capazes de lidar com situações hipotéticas, examinar possibilidades e, desta forma, refletir sobre o possível. As respostas consideradas como de nível III tinham como principal característica uma maior qualidade, em termos de clareza e coerência, também em relação à expressão verbal de sentimentos. Porém, é claro que as concepções sobre o brincar, mesmo neste nível, ainda não são totalmente lógicas e há muita possibilidade de desenvolvimento no conhecimento social. As crianças deste nível são capazes de refletir e argumentar sobre a importância do brincar durante a hospitalização e reconhecem os benefícios do brincar que, para elas, além de divertir, as fazia esquecer-se da dor e das dúvidas sobre o processo de recuperação. No nível III, as crianças atentaram-se para a falta dos amigos e irmãos para brincar, mas também observaram o fato que fora do hospital não há regras estabelecidas, nem horários fixos para brincar. Em casa os horários são mais flexíveis, assim como as possibilidades de brincar, além do fato da criança estar saudável e não ser limitada pela doença. As soluções no nível III referiam-se à reestruturação do horário e forma de funcionamento da brinquedoteca, que deveria ter mais pessoas trabalhando, para que pudesse funcionar um período maior de tempo.

Assim, pode-se concluir que a evolução do pensamento se dá de acordo com níveis, sendo que cada nível precedente é essencial para se alcançar uma concepção mais lógica do mundo social. Há também uma tendência evolutiva nas representações das crianças sobre as atividades lúdicas desenvolvidas no hospital. A criança, à medida que evolui vai se ajustando à realidade circundante, e superando, de modo cada vez mais eficaz, as múltiplas situações com que se confronta. Os sucessivos ajustamentos da criança ao meio, que se vão manifestando ao longo do seu desenvolvimento, podem ser agrupados em estágios. Porém os estágios não são rígidos e uma mesma criança pode ter diferentes níveis de compreensão e elaboração de acordo com diferentes temáticas.

Outro aspecto conclusivo é que os estágios não surgem definidos e acabados, mas evoluem no sentido da sua superação, pois as crianças podem iniciar e terminar

determinado estádio em idades diferentes, como também crianças de uma mesma idade podem se encontrar em estágios diferentes e que em uma mesma criança é possível observar características de diferentes estágios.

As crianças possuem representações mais elaboradas dos temas que viveram com maior intensidade emotiva ou que já haviam vivenciado anteriormente, como é o caso do adoecimento que deixa marcas mais profundas, comparativamente as atividades lúdicas, que são mais leves e trazem para as crianças memórias positivas e alegres. As crianças falam das diferenças qualitativas entre brincar e não brincar, o que ressalta a importância da manutenção e da extensão dos serviços da Brinquedoteca Hospitalar.

Nesse sentido, é importante observar que se não fossem os projetos de humanização desenvolvidos, como a brinquedoteca hospitalar, talvez a maioria das crianças tivesse apenas as memórias negativas da hospitalização. Ao tornar o ambiente hospitalar mais agradável e feliz para as crianças os projetos têm seu objetivo alcançado, mas é necessário realizar um trabalho mais efetivo para preencher as lacunas atualmente existentes.

6. REFERÊNCIAS

ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família.** Rio de Janeiro: LTC, 1978.

BANDET, J.e SARAZANAS, R. **A criança e os brinquedos**. Lisboa: Editorial Estampa, 1973.

BARRETO, Maria de Lourdes Mattos. **Fundamentos da Teoria Piagetiana.** Notas de aula: UVF, 2010.

BOURDIEU, Pierre. **Família como uma categoria realizada**. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, no 100, décembre.1993.

CANEVACCI, Massimo. Dialética da família. São Paulo: Brasiliense, 1981.

CARVALHO, Alysson M. Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 11, n. 1, jan./abr. 2006.

CHÂTEAU, Jean, O Jogo e a criança – São Paulo: Summus, 1987.

CHIATTONE, Heloisa Benevides Carvalho. **A criança e a hospitalização.** 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

DELVAL, Juan. **Introdução à prática do método clínico: descobrindo o pensamento das crianças.** Porto Alegre: Artmed, 2002.

DE SINGLY**,** François. O Modelo singular da família contemporânea. Corlet, 2000.

EDUARDO, Maria Bernadete de Paula. **Vigilância Sanitária**, volume 8. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

FERRACIOLI, Laércio. Aspectos da construção do conhecimento e da aprendizagem na obra de Piaget. **Cad.Cat.Ens.Fís.,** v. 16, n. 2: p. 180-194, ago. 1999

FONTES, Rejane de S. A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital. **Revista Brasileira de Educação.** n. 29. Maio /Jun /Jul /Ago 2005.

FORTUNA, T. R. Vida e morte do brincar**. Espaço pedagógico.** Passo Fundo, 8(2), dez. 2001.

FRANÇANI, Giovana Müler. Prescrição do dia: infusão de alegria. Utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. **Rev. latinoam. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, dezembro 1998.

GALVÃO, Izabel. **Henri Wallon.** Petrópolis: Vozes, 1995.

HUIZINGA, Johan. **Homo Ludens.** 4ª Ediçao. Ed. Perspectiva, SP. 2000.

LEVI-STRAUSS, Claude. **As estruturas elementares do parentesco.** Rio de Janeiro: Vozes, 1972.

MACEDO, Lino. **Ensaios Construtivistas**. 3. Ed. São Paulo : Casa do Psicólogo, 1994.

OLIVEIRA, Indira Caldas Cunha; FRANCISCHINI, Rosângela. Direito de brincar: as (im)possibilidades no contexto de trabalho infantil produtivo. **Psico-USF**, v. 14, n. 1, p. 59-70, jan./abr. 2009

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

PAULA, Ercília Maria Angeli Teixeira de. **Educação popular em uma brinquedoteca hospitalar: humanizando relações e construindo cidadania.** Disponível em www.anped.org.br/reunioes/31ra/1trabalho/GT06-4201--Int.pdf, 2010.

PEDROSA, Arli M. Diversão em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, 7 (1), jan. / mar., 2007.

PEDROZA, Regina Lúcia Sucupira. Aprendizagem e subjetividade: uma construção a partir do brincar. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF,** v. 17 - n. 2, p. 61-76, Jul./Dez. 2005.

PIAGET, Jean. **A formação do símbolo na criança.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

SARMENTO, Manuel J. Imaginário e culturas infantis. **Cad. Educ. Fae/UFPel**, Pelotas (21):51-59, jul./dez. 2003

SILVA, Léa Stahlschmidt P. O brincar como portador de significados e práticas sociais. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF**, v. 17 - n. 2, p. 77-87, Jul./Dez. 2005.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar – o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOUZA, Simone Vieira. Expressão da emoção por meio do desenho de uma criança hospitalizada. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, jan./jun. 2003.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação.** São Paulo: Cortez, 1985.

VYGOTSKY, L. S. **A Formação Social da Mente.** São Paulo: Martins Fontes, 1991

WALLON, Henri. **A Evolução Psicológica da Criança.** Rio de Janeiro: Andes, 1941.

_____ **As origens do caráter.** Nova Alexandria: São Paulo, 1995.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As maiores limitações da pesquisa consistiram na dificuldade em formar a amostra e na dificuldade em realizar as entrevistas. O primeiro impasse já foi amplamente discutido quando discutiu-se a população do estudo: não havia como prever quantas crianças e de quais idades estariam internadas no hospital, no período de estudo. Anteriormente a previsão era de realizar a coleta entre setembro e novembro, mas esta se estendeu até janeiro para alcançar as 30 crianças necessárias para a amostra. Além de ter poucas crianças, algumas crianças ou famílias não consentiram em participar do estudo, o que dificultou também a formação da amostra.

Quando conseguia uma criança outro problema surgia: o local das entrevistas. Idealmente as entrevistas seriam realizadas no hospital, mas o ambiente se mostrou desfavorável para a coleta, pois, não havia um lugar calmo, sem muitos estímulos e silencioso o suficiente para realizar as entrevistas.

Assim, foi necessário ir até as crianças em suas residências, após a alta e período de recuperação. Ir à casa das crianças foi uma experiência tanto positiva quanto negativa. Os aspectos negativos referem-se principalmente na dificuldade de chegar até os sujeitos. A maioria das crianças residia em lugares de difícil acesso ou muito distantes do centro da cidade, sendo o deslocamento a maior dificuldade encontrada na realização deste estudo.

Mas ir ao encontro das crianças foi uma experiência positiva na medida em que: elas se sentiam mais a vontade em sua casa, que era um ambiente seguro e acolhedor; a visita aumentou a auto-estima das crianças, que se sentiam importantes porque eu tinha ido visitá-las; as entrevistas foram realizadas e os objetivos deste estudo foram alcançados; e, o retorno mais positivo foi o carinho recebido das

crianças e de suas famílias. Este carinho foi o diferencial neste trabalho, toda a dificuldade de acesso, horas de caminhada ao sol/chuva, pessoas armadas e cobras corais no meu caminho, perdiam a importância diante dos abraços mais sinceros recebidos. Um dia após 4 horas de caminhada debaixo do sol forte, de ter me perdido, de ter que atravessar um pasto e correr de uma cobra cheguei exausta a casa de um menino de 5 anos. No fim da entrevista ele me levou até seu quarto (muito simples, parede sem reboco, apenas uma cama e brinquedos velhos no chão) e me mostrou um desenho que nós tínhamos feito no hospital há 3 meses atrás que enfeitava seu quarto, colado à cabeceira de sua cama. Este foi um dos momentos mais especiais da minha vida.

Este não foi um simples estudo científico, um projeto para obtenção de um título, foi uma experiência de vida muito importante e que me permitiu um grande crescimento como pesquisadora, mas principalmente enquanto ser humano. Mas acredito que até estas dificuldades me fizeram gostar ainda mais de ter feito esta pesquisa e ter conhecido estas crianças, que, mesmo vivendo em situações muito difíceis, demonstraram muita alegria e vontade de participar deste estudo, e isto foi muito gratificante.

APÊNDICES

APÊNDICE A: PROTOCOLO DE ENTREVISTA CLÍNICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DOMÉSTICA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA DOMÉSTICA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nº entrevista:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Data entrevista: ...../...../..... Início: ..... Término: ..... Duração: .....

Nome da criança:

Data de nascimento: ...../...../..... Idade:

Endereço:

Telefone:

Local da entrevista:

Motivo da internação:

Período hospitalização:

Série/ Colégio:

Pai / Profissão:

Mãe / Profissão:

1. O que você acha que as crianças que estão no hospital podem fazer?
2. O que você acha que as crianças que estão no hospital não podem fazer?
3. O que você gostou de fazer no hospital?
4. O que você quis fazer no hospital mas não podia?
5. Você acha que as crianças brincam no hospital?
6. Você gostou de brincar na brinquedoteca?
7. O que você mais gostou de brincar no hospital? E na brinquedoteca?
8. O que você menos gostou de brincar no hospital? E na brinquedoteca?
9. Como você se sentia quando brincava no hospital? Por quê?
10. Quando você estava no hospital teve algum dia que você não brincou? Como você se sentiu?

Extensão:

11. Você acha que todas as crianças que estão no hospital fazem as mesmas coisas?
12. Você acha que todas as crianças costumam brincar quando estão no hospital?
13. Tem alguma diferença quando se brinca no hospital e de quando se brinca em casa?
14. Complementar: Você acha que tem alguma diferença de brincar no hospital e brincar fora do hospital?
15. O que tem no hospital para brincar que não tem na sua casa?
16. O que tem de diferente na brincadeira fora do hospital?

Mudança:

17. O que você sentiu quando ficou doente e teve que ficar no hospital?
18. Como foi voltar pra casa depois de ter saído do hospital? O que você sentiu?
19. Você tinha saudade de alguma coisa ou de alguém quando estava no hospital? Complementar: Saudade de que? De quem?
20. Que coisas você quis fazer quando chegou em casa que não podia fazer quando estava no hospital?
21. Você sente saudade de alguma coisa que tinha no hospital? O que?

Justificativa:

22. Por que você acha que existe hospital?
23. Você acha que sempre vai ter que existir o hospital? Por quê?
24. Por que você que existe a brinquedoteca no hospital?

Soluções:

25. Que outras coisas você acha que poderia ter no hospital e que não tem?
26. Complementar: Que outras coisas você acha que poderia ter em hospital que tivesse crianças?
27. Como você acha que devia ser o hospital?
28. Como você acha que devia ser a brinquedoteca?
29. Como você acha que deviam ser as pessoas que trabalham no hospital?
30. O que você acha que se poderia fazer para as crianças que estão no hospital ficarem mais felizes?
31. Se você ficasse doente de novo e precisasse ir pro hospital, como você queria que esse hospital fosse?

APÊNDICE B: FIGURAS DO MATERIAL CONCRETO

samel.com.br

APÊNDICE C: SOLICITAÇÃO DE CARTA DE ANUÊNCIA

Viçosa, 14 de julho de 2010.

Prezado Sr. Sérgio Costa,
D.D. Diretor da Casa de Caridade de Viçosa Hospital São Sebastião

Prezado Senhor,

Nós, Maria de Lourdes Mattos Barreto e Cássia Aparecida Andrade, estamos desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado **"*Estudo das representações de crianças internadas em hospital sobre o adoecimento e a hospitalização numa abordagem piagetiana***", sendo este parte do mestrado do Programa de Pós Graduação em Economia Doméstica, da Universidade Federal de Viçosa.

Viemos através desta, solicitar autorização desta instituição para a coleta de dados no Hospital São Sebastião, na cidade de Viçosa - MG. O estudo, cujo projeto já foi aprovado pelo Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica e se encontra em fase de registro, pretende analisar as representações de crianças internadas em hospital sobre o adoecimento e a hospitalização pela perspectiva de crianças, de 4 a 14 anos, hospitalizadas em uma instituição hospitalar que desenvolve atividades lúdicas. A escolha desta instituição se deu pelo conhecimento que temos do trabalho pioneiro que é desenvolvido com as crianças internadas desde 1993. Salientamos que o projeto não é sobre avaliação do hospital ou da brinquedoteca, mas cujos resultados podem relevar a importância do trabalho que vem sendo desenvolvido na referida instituição.

Para tanto, solicitamos autorização para obtermos acesso às fichas e aos prontuários das crianças de 4 a 14 anos, internadas pelo SUS e participantes de atividades lúdicas desenvolvidas em contexto hospitalar, hospitalizadas durante o período de agosto a novembro no Hospital São Sebastião, assim como o acesso a brinquedoteca hospitalar "Doce Brincar". Informamos que não haverá custos para a instituição e não iremos interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas da mesma.

Estas autorizações são imprescindíveis já que o acesso a documentação da criança permitirá conhecer as crianças que poderão participar da amostra da pesquisa. O acesso a brinquedoteca também é de extrema importância, pois permitirá um contato maior com as crianças hospitalizadas e suas famílias, facilitando assim a possível autorização das crianças e dos seus responsáveis para sua participação na pesquisa. Após a autorização das crianças e dos seus responsáveis a pesquisadora aguardará a alta hospitalar das crianças para realização da entrevista em sua residência.

Esclarecemos ainda que tal autorização é uma pré-condição ética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, e que já obtivemos a aprovação deste projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (em anexo). Todas as informações, quer documentais ou por meio de entrevistas e conversas informais, serão utilizadas com o único e exclusivo fim de pesquisa e que só participarão da amostra as crianças que quiserem por vontade própria participar e que tiverem autorização por escrito dos pais ou responsáveis, através de uma carta de autorização e do termo de livre esclarecido já aprovado pelo comitê de Ética na Pesquisa com seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (ambos em anexo). Todos os participantes terão sua identidade preservada e após a defesa da dissertação os dados serão destruídos.

Contamos com sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Cássia Ap. Andrade Barreto
Mestranda
Tel: 3892 4374
cassiapsic@yahoo.com.br

Profª Drª Maria de Lourdes Mattos
Orientadora
Tel: 3899 2448
mmattos@ufv.br

APÊNDICE D: CARTA ENVIADA AOS PAIS OU RESPONSÁVEIS PARA A AUTORIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS COM SEUS DEPENDENTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DOMÉSTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA DOMÉSTICA

Viçosa, 15 de abril de 2010.

Prezado Sr. (a)

Sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Univesidade Federal de Viçosa, e desenvolvo o projeto de pesquisa intitulado "**Estudo das representações sobre o adoecimento e hospitalização pela perspectiva de crianças hospitalizadas numa abordagem Piagetiana",** o qual está vinculado a linha de pesquisa Família, Bem-estar social e Qualidade de vida.

Nossa proposta de trabalho visa conhecer as representações sobre o adoecimento e a hospitalização pela perspectiva das crianças hospitalizadas no Hospital São Sebastião, participantes de atividades lúdicas, na faixa etária de 4 a 12 anos. Para a efetivação do nosso estudo, viemos por meio desta solicitar a autorização para realizar uma entrevista com seu (a) filho (a), em sua residência. Informamos que nossa pesquisa foi autorizada pela direção do Hospital São Sebastião, deste modo contamos com sua compreensão para autorizar seu filho a participar da entrevista. Ressaltamos que esta será gravada, mas após a transcrição e análise dos dados as gravações serão destruídas. Com o objetivo de resguardarmos os aspectos éticos da pesquisa, as crianças entrevistadas não terão sua identidade divulgada.

Contamos com sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Cássia Ap. Andrade Bonato
Mestranda
cassiapsic@yahoo.com.br

Profª Drª Maria de Lourdes Mattos
Orientadora
mmattos@ufv.br

Nome da criança: _____ Idade:_____