

LUCIANA MACHADO FIEL CARDOSO

ATIVIDADE LÚDICA E A CRIANÇA HOSPITALIZADA:
UM ESTUDO NA PEDIATRIA DO HOSPITAL
SÃO SEBASTIÃO, EM VIÇOSA-MG

Tese 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
2001

LUCIANA MACHADO FIEL CARDOSO

ATIVIDADE LÚDICA E A CRIANÇA HOSPITALIZADA:
UM ESTUDO NA PEDIATRIA DO HOSPITAL
SÃO SEBASTIÃO, EM VIÇOSA-MG

Tese 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: 16 de maio de 2001.

Prof^ª Fátima Sampaio Silva
(Conselheira)

Prof. Paulo Roberto Cecon
(Conselheiro)

Prof^ª Rita Cássia Lanes Ribeiro

Prof^ª Neuza Maria da Silva

Prof^ª Nerina Aires Coelho Marques
(Orientadora)

Considerar a criança inocente e incapaz é um dito do adulto?

Sabemos que escutar o que a criança tem a dizer é importante

Por quê?

É permitir-lhe pensar, dizer sua verdade, inventar e dar sentido à sua história.

Mas como?

Se a criança encontra o silêncio das pessoas que a cercam, ela se calará.

Se, pelo contrário, encontra pessoas que conseguem ouvi-la, ela com certeza falará.

Sobre o que?

Sua mensagem é sempre singular. Poderá falar de suas fantasias, de seus medos...

Falar é preventivo.

Previne de quê?

De outras formas de falar

Como o "estar doente" por exemplo.

Do dito paralisante do adulto

Sobre a inocência da criança

Precisamos ir além...

Marisa Decat de Moura

Não deveríamos procurar os primeiros traços das atividades poéticas já na criança? Talvez devêssemos dizer: cada criança, em suas brincadeiras, comporta-se como um poeta, enquanto cria seu mundo próprio, ou, dizendo melhor; enquanto transpõe os elementos formadores de seu mundo para uma nova ordem, mais agradável e conveniente para ela.

Freud, em "O Poeta e a Fantasia"

Ao meu filho

Luiz Maurício e ao que está chegando.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por encorajar-me sempre nos momentos mais difíceis, iluminando minhas idéias.

Ao meu pequeno Luiz Maurício, tesouro de minha vida, pelas restrições que este trabalho impôs à nossa convivência.

Ao José Antônio, meu marido, pelo respeito e pelo amor incondicional.

Ao meu querido pai e grande herói Luiz César, pelo exemplo de vida.

À minha querida mãe Idalina Maria, pelo amor, sempre forte e perseverante.

À minha irmã Natache, pela amizade e pelo companheirismo de todas as horas.

Aos meus tios Regina e Jorge, pelas palavras de incentivo e interesse.

Às minhas avós Anita e Rita, pelo carinho e pela dedicação.

Ao meu avô Walder, por ter acompanhado, com admiração, o meu crescimento.

Às crianças que fizeram parte desta pesquisa, pelo carinho.

À minha grande amiga do coração Rita de Cássia Sant'Anna, pela amizade, pelo apoio e pela confiança de ter me proporcionado a experiência inicial no Programa de Atividades Lúdicas do Hospital.

À minha orientadora Professora Nerina Aires Coelho Marques, pela competência, seriedade e boa vontade, dizendo as coisas na hora certa em que eu precisava ouvir.

Aos meus conselheiros Professores Paulo Roberto Cecon, Azuete Fogaça e Fátima Sampaio, pela grande contribuição a esta pesquisa.

À banca examinadora, pelo respeito e pela seriedade.

À Professora Aurora, pela oportunidade que me foi dada de ser Monitora II de sua disciplina, proporcionando-me um aprendizado significativo sobre referências bibliográficas.

À Professora Maria de Lourdes Mattos Barreto, pela atenção e orientação inicial.

À Professora Maria de Fátima Lopes, por ter confiado no meu projeto enquanto estudante de graduação, na posição de orientadora do CNPq.

Às Professoras Maria José de Oliveira e Lígia Rodrigues, pelo empréstimo de material, pela amizade, pelas palavras animadoras e pela contribuição.

À Professora Neuza Maria da Silva e Rita Cássia Lanes Ribeiro, pela atenção e pelas importantes sugestões.

Ao Professor de Estatística Fernando Pinheiro, por atender, sempre com presteza, às minhas solicitações.

Ao Departamento de Economia Doméstica (DED), em especial à secretária Bete, ao Roberto, ao João, à Efigênia e à Lena, pela prestigiosa colaboração.

À exemplar Aloísia, amiga e conselheira, secretária da Pós-Graduação do DED, pela sua disponibilidade.

Aos diretores do Hospital São Sebastião (HSS), pela oportunidade concedida para o meu crescimento profissional.

A toda a equipe de enfermeiras e médicos pediatras do HSS, pelas valiosas contribuições.

Aos meus amigos médicos pediatras Edilene Drumond, Brunnella Alcantara, Sandra Mendes, e João Bosco Vidigal, pelo apoio, pelo incentivo e pela contribuição bibliográfica.

Às famílias das crianças que fizeram parte da minha amostra, por terem participado com atenção e simplicidade desta pesquisa.

À Creche Rebusca, por ter-me proporcionado a oportunidade na aplicação do pré-teste.

Às estagiárias do Curso de Economia Doméstica Isabel, Adriana, Cristina, Márcia, Aline e Rubiana, por terem me ajudado a realizar as atividades lúdicas com as crianças no hospital.

A Rosiane e Adalgisa, por terem contribuído, com competência, na minha coleta de dados.

Às funcionárias que foram e as que ainda estão na "Creche Escola A Ciranda," pela solidariedade e dedicação nos momentos de minha ausência.

Aos pais das crianças da "Creche Escola A Ciranda", pela compreensão.

A Ângela, Lúcia, Marlene, Nilda, Daniela, Heloísa, Viviane, Eliane e Lelé, por terem feito parte da vida do Luiz Maurício.

Às amigas Vânia Viana Teixeira, Débora Pinheiro, Dolores Solero e Rosilene, pelo apoio emocional.

BIOGRAFIA

Luciana Machado Fiel Cardoso, filha de Luiz César e Idalina Maria, nasceu na Cidade de Vitória, Espírito Santo, em 1973.

Realizou o ensino médio no Colégio Jesus Cristo Rei, em Cachoeiro de Itapemirim, ES.

Em 1992, ingressou no Curso de Graduação em Economia Doméstica na Universidade Federal de Viçosa (UFV), em Viçosa, MG.

Na condição de estudante, foi a primeira estagiária a participar do Programa de Atividades Lúdicas do Hospital São Sebastião, em Viçosa, MG. Foi pesquisadora do CNPq, desenvolvendo um projeto voltado para a maternidade, com mães estudantes e assalariadas. Como empreendedora, criou a Creche Escola A Ciranda, em Viçosa, MG, tendo como objetivo atender a crianças de 0 a 6 anos, além de oferecer consultorias e cursos destinados à educação infantil.

Em 1998, iniciou o Programa de Pós-Graduação, em nível de Mestrado, em Economia Doméstica na UFV, submetendo-se à defesa de tese em maio de 2001.

Em 1999, foi convidada pelo Centro de Produções Técnicas, de Viçosa, MG, para Coordenadora Técnica de videocursos voltados para a educação infantil.

Atualmente, administra a Creche Escola A Ciranda, desenvolve projetos, ministra cursos e presta consultorias em todo o país.

ÍNDICE

	Páginas
RESUMO	xi
ABSTRACT	xiii
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. O problema e sua importância	1
1.1.1. O programa de atividades lúdicas do hospital	5
1.1.2. Direito da criança hospitalizada	9
1.2. Justificativa	11
1.3. Objetivos	11
1.3.1. Geral	11
1.3.2. Específico	12

2. REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1. A criança doente no ambiente hospitalar	13
2.2. Atividade lúdica: questões conceituais	20
2.2.1. A criança e o jogo simbólico.....	24
3. METODOLOGIA	29
3.1. Área de estudo	29
3.2. População e amostra	30
3.3. Instrumentos e coleta de dados	31
	Página
3.3.1. Ficha de identificação da criança	32
3.3.2. Comportamentos das crianças nos principais eventos da rotina hospitalar diária	32
3.3.3. Autopercepção do estado emocional da criança	34
3.3.4. Registro corrido do comportamento da criança na área de brinquedo dramático	34
3.3.5. Comportamento da criança pós-hospitalização	35
3.4. Análise dos dados	36
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	39

4.1. Características das crianças pertencentes à amostra	39
4.2. Características das famílias das crianças	42
4.3. Descrição da rotina diária hospitalar, nos períodos da manhã, tarde e noite	45
4.4. Caracterização e descrição do comportamento da criança nos eventos da rotina hospitalar	50
4.4.1. Descrição do comportamento da criança no evento Despertar	53
4.4.2. Descrição dos comportamentos da criança nos eventos referentes à medicação: oral, nasal, intradérmica, soro e exame de sangue	55
4.4.3. Descrição dos comportamentos da criança nos eventos referentes à alimentação diária: desjejum, almoço, lanche e jantar	58
4.4.4. Descrição do comportamento da criança no evento Banho ...	60
4.4.5. Descrição do comportamento da criança no evento Visita Médica	61
4.4.6. Descrição do comportamento da criança no evento Assistir à	

TV	63
4.4.7. Descrição do comportamento da criança no evento	
Atividade Lúdica	64
	Página
4.4.7.1. Percepção das crianças com relação ao estado emocional antes e depois da atividade lúdica	68
4.4.7.2. O brincar de médico no hospital	70
4.4.8. Descrição do comportamento da criança no evento Repouso	72
4.4.9. Descrição do comportamento da criança no evento Preparo para Dormir	73
4.4.10. Descrição do comportamento da criança no evento Visita dos Pais	75
4.4.11. Descrição do comportamento da criança no evento Sono Noturno	76
4.5. Comportamento pós-hospitalar das crianças	77
5. RESUMO E CONCLUSÕES	81
6. LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86

APÊNDICES	91
APÊNDICE 01	92
APÊNDICE 02	93
APÊNDICE 03	102
APÊNDICE 04	103
APÊNDICE 05	104
APÊNDICE 06	105

RESUMO

CARDOSO, Luciana Machado Fiel, M.S., Universidade Federal de Viçosa, maio de 2001. **Atividade lúdica e a criança hospitalizada: um estudo na pediatria do Hospital São Sebastião, em Viçosa-MG.** Orientadora: Nerina Aires Coelho Marques. Conselheiros: Fátima Sampaio Silva, Paulo Roberto Cecon e Azuete Fogaça.

Baseado nos estudos de Wong e em um referencial sociointeracionista-construtivista, oriundos das idéias de Wallon, Winnicott, Vygostki e Piaget, desenvolveu-se uma metodologia de estudo para investigar a relação da criança com as atividades

lúdicas desenvolvidas em ambiente hospitalar. A permanência da criança em um ambiente desconhecido, a doença física e a dor fazem parte da rotina da criança hospitalizada, gerando uma situação estressante. As crianças durante os primeiros anos de vida possuem um número limitado de mecanismos de comportamento para resolver os eventos que lhes causam estresse. Em certos casos, há, inclusive, o risco de ocorrer sério comprometimento do seu desenvolvimento integral, com o desencadeamento de problemas emocionais, que se manifestam por meio de comportamentos como: rejeição aos remédios e ao tratamento, regressão emocional, problemas alimentares, distúrbios de sono, regressão esfinteriana, estados depressivos ou até mesmo distúrbios de conduta, que podem perdurar por muitos anos. Atualmente, uma das formas mais valorizadas para amenizar esses problemas é a realização de programas de familiarização de hospitais, por meio de atividades lúdicas, que partem do reconhecimento da criança hospitalizada como uma pessoa integral, inserida num contexto familiar, social e cultural e que, por isso, deve ser atendida também do ponto de vista afetivo/emocional, o que estimulará a continuidade de seu desenvolvimento. Através de brincadeiras, brinquedos e jogos, as potencialidades e a afetividade das crianças se harmonizam. A amostra desta pesquisa foi constituída de 20 crianças hospitalizadas, na faixa etária de 2 anos e 6 meses a 6 anos, cujas causas da internação lhes permitiram participar do programa de atividades lúdicas do hospital. Foram elaborados questionários, roteiros de entrevistas e fichas de observações para cada objetivo específico. O comportamento da criança na rotina hospitalar, bem como durante as atividades lúdicas, foi registrado minuciosamente por pesquisadores treinados. Para isso, foram analisados os prontuários médicos, juntamente com as fichas de identificação das crianças; observados os comportamentos das crianças na rotina diária; registradas as atividades na área de brinquedo dramático e a aplicação de uma atividade sobre a autopercepção das crianças antes e depois das atividades lúdicas; além de visitas domiciliares após a hospitalização. Os resultados indicam que a metodologia de coleta de dados escolhida para analisar o comportamento das crianças hospitalizadas foi adequada, uma vez que os dados obtidos por meio das planilhas referentes ao

comportamento delas nos eventos foram consistentes, ou seja: evidenciaram que as atividades lúdicas no hospital auxiliam na recuperação da criança doente, permitindo a interiorização e a expressão da vivência dessa criança por meio do jogo, o que lhe dá condições para elaborar a sua vivência e enfrentar, sem estresse e traumas, a realidade da hospitalização; reduziram o tempo de internação hospitalar; e aumentaram, conseqüentemente, a rotatividade dos leitos.

ABSTRACT

CARDOSO, Luciana Machado Fiel, M.S., Universidade Federal de Viçosa, May of 2001. **Play activity and the hospitalized child: a study at the pediatrics section of the Hospital São Sebastião, in Viçosa-MG.** Adviser: Nerina Aires Coelho Marques. Committee members: Fátima Sampaio Silva, Paulo Roberto Cecon and Azuete Fogaça.

Based on studies carried out by Wong, and a socio-interactionist-constructive reference, rooted in the ideas of Wallon, Winnicott, Vygostki and Piaget, a study methodology was developed to investigate the relation of children to play activities realized in hospital environment. Staying in an unknown environment, physical illness and pain are part of a child's hospital routine, bringing forth a stressful situation. During the first years of their lives, children possess a limited number of behavior mechanisms to deal with events that cause them stress. In some cases, there is a serious risk that the integral development might also be affected, due to the **chaining** of emotional problems, expressed in behavior like: rejection of medicines and treatment, emotional regression, alimentary problems, disturbed sleep, sphincter regression, depressed conditions or even behavior disturbances, which can last for years on end. Actually, one of the most appreciated forms of dealing with these problems are familiarization programs at hospitals, by means of play activities. They are based on the recognition of the hospitalized child as an integral person, placed in a family, social and cultural context, who must therefore be attended from the affective/emotional point of view as well, thus stimulating the continuity of his/her development. With games and toys, the child's capacities and affectivity are balanced out. The sample of this research consisted in 20 hospitalized children, ages ranging from 2 years and six months to 6 years, whose causes of being hospitalized allowed them all the same to participate in the play activities of the hospital. Questionnaires, routine interviews and observation files for each specific objective were worked out. The behavior of the

hospitalized child was accurately registered by trained researchers. Therefore, the medical handbooks, as well as the chil. They proved, therefore, that the hospital play activities contribute to the recovery of ill children, allowing the child's **interiorization** and expression of experience by means of games, which provides conditions to work out their experi4ence and face the reality of hospitalization without stress or traumas. The internment time was reduced and, consequently, the bed rotation increased.

1. INTRODUÇÃO

1.1. O problema e sua importância

Nos primeiros anos de vida, a criança, em geral, apresenta um processo de desenvolvimento acelerado; é curiosa para estabelecer contato com as coisas que a cercam (para conhecer o mundo). Essa curiosidade desmedida não raramente deixa-a exposta a situações que colocam sua saúde e sua integridade física em risco, envolvendo-a em acidentes domésticos diversos, como queimaduras, picadas de animais peçonhentos, infecções diversas, broncopneumonia, afecções gastro-intestinais e doenças respiratórias. As crianças estão sujeitas, ainda, à desnutrição, manifestações alérgicas graves e a outros problemas de natureza

infectocontagiosa, que resultam na necessidade de internação. A internação motivada por doença é um problema que muitas crianças enfrentam em algum momento de sua vida e, portanto, merece estudo focalizando essa experiência da internação hospitalar. Nesta, as crianças são submetidas a um ambiente novo e desconhecido, o hospital. Uma experiência traumática, vivida nos primeiros anos de vida por crianças pequenas, pode trazer seqüelas, repercutindo em toda a sua vida adulta.

Num quadro complexo como este, no qual estão presentes a doença física, a dor, a vivência no ambiente hospitalar e a ausência da família, a responsabilidade da equipe hospitalar não é pequena: cabe a ela a busca de caminhos de superação ou minimização dos efeitos negativos desse período de sofrimento para a criança. Atualmente, uma das formas mais valorizadas para o alcance desse objetivo é a realização de programas de familiarização de hospitais, por meio de atividades lúdicas, que partem do reconhecimento da criança hospitalizada como uma pessoa integral, inserida num contexto familiar, social e cultural e que, por isso, deve ser atendida também do ponto de vista afetivo/emocional, o que estimulará a continuidade de seu desenvolvimento integral. Dessa forma, a equipe hospitalar pode criar as condições apropriadas para a criança elaborar essa vivência, enfrentando adequadamente a situação de crise e retomando o equilíbrio mínimo necessário ao favorecimento e estabelecimento de sua saúde.

Na internação hospitalar, além do mal-estar inerente ao seu quadro patológico e aos tratamentos dolorosos e invasivos, a criança enfrenta, de modo geral, situações estressantes, como a permanência em ambiente estranho; a separação, ainda que temporária, dos pais, irmãos e familiares; a quebra na sua rotina de vida; e o afastamento de seus amigos e da escola. Dessa forma, o período de internação representa uma ruptura nos elementos cotidianos que proporcionam o suporte afetivo e material da criança. Em certos casos, corre-se, inclusive, o risco de gerar sério comprometimento no seu desenvolvimento integral, com o desencadeamento de problemas emocionais que se manifestam por meio de comportamentos como: rejeição aos remédios e ao

tratamento, regressão emocional, problemas alimentares, distúrbios de sono, regressão esfinteriana, estados depressivos ou até mesmo distúrbios de conduta, que podem perdurar por muitos anos (TOSTA, 1997).

A doença e a hospitalização acarretam, freqüentemente, as primeiras situações de crise com as quais as crianças se deparam. Devido ao fato de não disporem ainda de uma maior variedade de mecanismos psicológicos de defesa, durante os primeiros anos de vida, as crianças são particularmente vulneráveis ao estresse decorrente de doenças e hospitalização. A hospitalização representa uma modificação do estado usual de saúde e da rotina ambiental, e nos primeiros anos as crianças possuem um número limitado de mecanismos de comportamento para resolver os eventos que causam o estresse.

As crianças podem reagir a essas crises são influenciadas pelas etapas de desenvolvimento em que se encontram. A partir de 2 anos, a criança, saindo do estágio sensoriomotor e entrando no pré-operacional, tem melhor compreensão da experiência prévia com a doença pela separação ou hospitalização, pela habilidade de enfrentamento inadequada adquirida, pela gravidade do diagnóstico e pelo sistema de suporte disponível (WONG, 1999).

A importância desses programas de familiarização reside no fato de o trabalho se estender ao envolvimento dos pais no período de visita à criança e após sua alta. Com orientações às famílias sobre higienização das crianças, da casa e dos arredores, cuidados com hipertermia, tosse, alergia, importância da amamentação, prevenção de acidentes domésticos e alimentação, podem ser reduzidas as chances de reincidência da hospitalização. No caso de doenças crônicas, que ensejam internações periódicas, o sofrimento poderia ser minorado pelas experiências positivas que tenham vivido em internações anteriores.

Apesar de os objetivos explicitados serem, de modo geral, semelhantes, existem programas de atividades lúdicas em hospitais que, na verdade, estão baseados numa compreensão limitada das necessidades das crianças e, freqüentemente, tratam o jogo apenas como um modo conveniente de distrair a criança, enquanto os procedimentos médico-hospitalares necessários são

realizados. Nesses casos, o objetivo desses programas lúdicos, desenvolvidos em alguns hospitais, usando brinquedo e atividades com crianças hospitalizadas, restringe-se a encorajá-las a não pensar a respeito de estarem num hospital. Os programas mais adequados seriam, então, aqueles de familiarização que reconhecem as necessidades particulares de desenvolvimento das crianças, no sentido mais amplo, e se esforçam para promover seu bem-estar psicológico. Assim, em vez de meramente propiciar distração, esses programas usam o jogo simbólico como forma de terapia para as crianças doentes, fundamentando-se no pressuposto de que, na vivência de situações-problema, as crianças se ajustam melhor àquelas em que podem liberar seus sentimentos livremente. Somente enfrentando esses sentimentos é que as crianças podem superar a ansiedade e outros sentimentos decorrentes da experiência de sua internação hospitalar (HUGHES,1999).

As crianças podem reagir negativamente ao estresse da hospitalização na admissão, durante a internação e após a alta. No momento de decidir sobre a internação da criança, o conceito que esta tem da dor é um aspecto mais importante do que a idade e a maturidade intelectual a ser considerado na previsão do nível de ajuste antes da hospitalização (Carson et al., citados por WONG, 1999).

Desde os primórdios da civilização, o brinquedo já era visto como objeto de entretenimento e descontração; todavia, ao longo do século XX, o brinquedo adquiriu maior importância na medida em que estudos e pesquisas na área da Psicologia e, mais especificamente, da Psicologia Infantil comprovam sua importância no desenvolvimento da criança. Quando se fala do jogo simbólico ou faz-de-conta, relaciona-se um dos seus aspectos o desenvolvimento emocional da criança. Vários estudos com crianças sadias já foram realizados na área de desenvolvimento humano, porém as atividades lúdicas que vêm sendo realizadas com crianças doentes ainda não foram estudadas sistematicamente.

eguido pelo Hospital São Sebastião (HSS), de Viçosa, MG.

Diante dessa vivência e das condições oferecidas pelo HSS, percebeu-se a necessidade de um estudo com crianças hospitalizadas, em enfermaria de pediatria, que contemplasse o jogo simbólico e sua contribuição na recuperação e, ou, aceitação do tratamento pela criança no ambiente hospitalar.

De acordo com FRIEDMANN (1996), as atividades lúdicas no hospital abrangem brinquedos, brincadeiras e jogos que, por sua natureza, definem-se em: brincadeira, que se refere, basicamente, à ação de brincar, ao comportamento espontâneo, que resulta de uma atividade não-estruturada; jogo é compreendido como uma brincadeira que envolve regras; e brinquedo é utilizado para designar o sentido de objeto de brincar.

Neste estudo, a ênfase maior foi dada ao jogo simbólico, ou faz-de-conta, propondo-se a uma reflexão sobre a importância das atividades lúdicas enquanto instrumentos de intervenção psicológica nas crianças hospitalizadas e seus familiares. Enfatizou-se o desenvolvimento de metodologias para a presente pesquisa.

1.1.1. O programa de atividades lúdicas do hospital

Visando proporcionar à criança hospitalizada um atendimento menos sofrido, em setembro de 1993 foi implantado no Hospital São Sebastião, em Viçosa, MG, um programa de atividades lúdicas voltado para crianças internadas na pediatria do hospital, conveniado ao SUS – Sistema Único de Saúde.

Os objetivos do programa do Hospital São Sebastião são: auxiliar na recuperação da criança doente; permitir a interiorização e a expressão de vivência da criança doente por meio do jogo; amenizar o trauma psicológico da internação, por meio das atividades lúdicas; e, com isso, reduzir o tempo de internação hospitalar e aumentar a rotatividade dos leitos (Projeto de Atividades Lúdicas com Crianças Hospitalizadas pelo SUS no Hospital São Sebastião).

No início do programa, essas atividades com as crianças eram realizadas uma a duas vezes por semana, conduzidas por enfermeiras e auxiliares de enfermagem do próprio hospital. Tendo em vista os resultados positivos obtidos, foi implantada uma sala específica para o desenvolvimento de atividades – juntamente com a participação de estagiárias do Curso de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa (UFV), em Viçosa, MG – que comprovassem em currículo o cumprimento de disciplinas básicas da área de Família e Desenvolvimento Humano, como “Desenvolvimento da Criança I”, “Método de Estudo do Desenvolvimento da Criança” e “O Lúdico no Desenvolvimento da Criança”.

Esse programa foi projetado dentro dos princípios teóricos e filosóficos preconizados pelo Programa de Educação Infantil desenvolvido pelo Laboratório de Desenvolvimento Humano do Departamento (LDH) de Economia Doméstica da UFV. O LDH baseia suas ações na teoria piagetiana, que acredita na participação da criança em seu próprio desenvolvimento.

Uma vez aprovada, pelo setor financeiro e pela equipe de pediatras do HSS, passou-se para a sua implantação. O programa de atividades lúdicas foi estruturado em um ambiente físico, planejado e construído de forma a possibilitar um trabalho que contribuísse para a recuperação das crianças hospitalizadas, promovendo o desenvolvimento de sua identidade pessoal, de sua

competência e da sensação de segurança e confiança, além de oferecer oportunidades tanto para o contato social quanto para a sua privacidade.

Assim como no LDH, as atividades realizadas com a criança no HSS são desenvolvidas em dois ambientes: um interno e outro externo. O interno é organizado em centros de interesse, que são divididos nas seguintes áreas: blocos, brinquedo manipulativo, brinquedo dramático, artes e silenciosa. O ambiente externo compreende uma área ao ar livre, equipada com equipamentos construídos de forma a atender às necessidades de atividades física, motora, social, cognitiva e afetiva da criança hospitalizada. Esse espaço externo continha uma casinha, cujo acesso se dava por uma escada com corrimão, degraus largos e espelho proporcionalmente mais baixo do que os convencionais, feito assim para reduzir o esforço da criança. Foram instalados aí os seguintes equipamentos: um túnel de manilha, uma caixa de areia, um escorregador, balanços de pneus e uma cabana de sapé, que proporcionava sombra, além de banquinhos para as crianças descansarem, lerem ou ouvirem histórias. A participação das crianças nas atividades em ambas as áreas obedecia às recomendações médicas.

Diante da experiência da pesquisadora, em um estágio no programa de familiarização promovido no referido hospital, uma série de questões foram levantadas: Como melhorar a vivência hospitalar dessas crianças? Como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessas crianças? Como desenvolver um trabalho preventivo, para evitar a ocorrência de internações sucessivas? Como trabalhar com a família para envolvê-la nesse programa, visando dar continuação em casa para a completa recuperação da criança? Um atendimento pessoal diferenciado, não apenas médico, contribui para diminuir o tempo de internação? Em que medida o programa de atividades lúdicas oferecido pelo hospital reduz o tempo de internação e previne a reincidência de doenças? O trabalho de acompanhamento da criança em casa pode contribuir para a completa recuperação da criança, diminuindo, assim, as

chances de reincidência da doença. Essas são questões muito complexas e que dificilmente poderão ser contempladas em um único estudo.

Com base nesses questionamentos, as expectativas em torno de programas desta natureza são de que o desenvolvimento rotineiro das atividades lúdicas e educativas adotadas pela equipe do hospital contribua, significativamente, para a recuperação das crianças, ajudando-as a superar os problemas emocionais de uma separação momentânea da família em um ambiente de dor e sofrimento, a retomar seu cotidiano, a desenvolver o gosto pela vida e a promover a maior valorização de si mesma.

Durante o tempo de internação no HSS, os pais que quisessem ficar na pediatria, acompanhando seus filhos, poderiam fazê-lo. O hospital, nesse caso, só tinha condições de oferecer uma cadeira para que os pais pudessem ficar ao lado do leito do seu filho. Os procedimentos da rotina de tratamento da criança no hospital, como medicação, realização de exames, administração de medicamentos, higienização e visitas médicas, podem ser alterados pela presença dos pais, causando reflexos tanto positiva quanto negativamente.

Para a criança, os possíveis efeitos do trabalho lúdico seriam amenizar as conseqüências da internação e diminuir o tempo de permanência no hospital, o que ajudaria a tranquilizar os pais. Quanto ao hospital, esse programa pode contribuir para obter maior participação e colaboração da criança no tratamento, o que pode resultar na redução do tempo de internação. Havendo essa redução, a capacidade de atendimento poderia ser ampliada.

Para o Hospital São Sebastião, são liberadas 104 AIH (Autorização de Internação Hospitalar/Mês). Destas, apenas 16 são destinadas à pediatria, sendo a maior parte ocupada por crianças de zero a seis anos de idade. Segundo dados coletados pela administração do HSS, desde 1993 a broncopneumonia e a desnutrição são as principais doenças que ocorrem em crianças nessa faixa de idade (Quadro 1).

Esses dados não correspondem ao total de crianças internadas anualmente, mas sim daquelas que estavam participando das atividades lúdicas. Havia crianças internadas que, devido às suas condições físicas e debilidades características, causadas pela doença, não podiam participar das atividades lúdicas, ficando, dessa maneira, fora do levantamento de dados realizado pelo programa. A conduta médica adotada durante o tratamento das crianças era a mesma, quer participassem, quer não das atividades lúdicas.

Quadro 1 – Crianças hospitalizadas atendidas pelo Programa de Atividades Lúdicas do Hospital São Sebastião, segundo suas enfermidades. Viçosa, MG, 1999

Ano	Broncopneumonia	Pneumonia	Enteroinfeção	Desnutrição	Outros*	Total
1993	125	26	51	83	47	332
1994	60	12	28	35	42	177
1995	46	16	17	21	63	163
1996	58	20	36	15	40	169
1997	52	14	19	04	61	150
1998	52	14	34	04	63	167

* Verminose, anemia, marasmo, intoxicação alimentar ou química, acidentes, queimaduras, queimadura grave, dermatite tóxica, septicemia, asma, traumatismo craniano, apendicectomia, epilepsia, síndrome nefrítica.

Fonte: Hospital São Sebastião – Viçosa, MG, 2000.

1.1.2. Direito da criança hospitalizada

A partir da Constituição de 1988, foi elaborado e aprovado pelo Congresso Nacional o Estatuto da Criança e do Adolescente, LEI Nº 8.069, de 13 de julho de 1990, cujo capítulo I, seção dos Direitos à Vida e à Saúde, dispõe:

"É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde: § 1º – A criança e o adolescente portadores de deficiência receberão atendimento especializado. § 2º – Incumbe ao Poder Público fornecer gratuitamente àqueles que necessitarem os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação" (Art.11).

Esses direitos reforçam a idéia do direito ao acesso igualitário a todas as crianças. O Estatuto dispõe sobre os direitos, mas a regulamentação não dispõe sobre os instrumentos para fazer cumprir. Assim, o que se observa na prática é que o tratamento especializado a que se refere o texto resume-se aos procedimentos médicos no hospital, deixando de lado as necessidades de naturezas afetiva e psicológica destas, as quais também exigem cuidados.

O hospital é um ambiente desconhecido e pode parecer adverso para pais e filhos. A presença do pai, da mãe ou, eventualmente, de outra pessoa conhecida, no momento da internação, pode amenizar a angústia e os temores das crianças. A permanência dessas pessoas no hospital durante essa fase não deixa que a criança sinta a perda do ambiente amoroso e dos objetos

mais queridos, como também tende a minimizar eventuais experiências incômodas e dolorosas da hospitalização (CECCIM e CARVALHO, 1997). A esse respeito, o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 12, reza:

"Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente" (Art.12).

A importância da presença dos pais e familiares no hospital junto com a criança, como afirmação do amor parental (pai, mãe ou um representante da família), procurando resgatar a segurança e a confiança no ambiente hospitalar, é fundamental. Contudo, essa presença constante e confortadora de familiares nem sempre é possível, em virtude de dificuldades como a distância do local de residência e a impossibilidade deles de conciliar essa assistência com suas responsabilidades domésticas, o cuidado de outros membros da família e o trabalho no caso daqueles que exercem atividade remunerada. Daí a importância da efetivação de programas de familiarização do hospital.

A Declaração dos Direitos da Criança Hospitalizada constitui uma tentativa de assegurar-lhe os cuidados de saúde em um ambiente diferenciado. O cumprimento desses direitos, porém, não se resume apenas à equipe de profissionais, embora estes possam intervir positivamente, mediante a oferta de um ambiente agradável e um trato humanizado e amoroso às crianças, aliviando, assim, o seu sofrimento.

1.2. Justificativa

As crianças pertencentes às famílias de baixa renda, que apresentam algum problema de saúde, seja por carência nutricional, acidentes, intoxicações ou afecções broncorrespiratórias, geralmente são atendidas através de consultas pelos médicos credenciados pelo SUS, sendo atendidas no ambulatório dos hospitais ou no centro de saúde da mulher e da criança. Quando há necessidade, os médicos as encaminham para a internação, onde elas recebem cuidados específicos. O número de AIHs que os hospitais da rede pública de Viçosa dispõem para atendimento dessas crianças muitas vezes não é suficiente, pois para Viçosa acorrem crianças de outros municípios vizinhos mais carentes. Por vezes, as famílias têm que recorrer a hospitais de cidades maiores não só por falta de vagas, como também pela precariedade de recursos disponíveis nos hospitais locais, nos casos de problemas de saúde mais comprometidos e de doenças graves.

Ainda que seja necessária para o tratamento, a hospitalização na vida da criança constitui um momento estressante. Restabelecer a saúde e auxiliar no tratamento físico podem ser amenizados por meio de atividades lúdicas, em um projeto de familiarização do ambiente hospitalar. Assim, um estudo abordando os comportamentos da criança pequena durante a rotina hospitalar na participação das atividades lúdicas e na volta a casa é de fundamental importância.

1.3. Objetivos

1.3.1. Geral

Desenvolver e testar procedimentos metodológicos relacionados com a análise do comportamento de crianças hospitalizadas e com a realização de atividades lúdicas em hospitais, visando avaliar a contribuição destas para o bem-estar e a recuperação das crianças.

1.3.2. Específicos

- Delinear o perfil das crianças hospitalizadas.
- Traçar o perfil socioeconômico de suas famílias.
- Construir e utilizar instrumentos para: registrar e classificar comportamentos das crianças durante a rotina hospitalar; detectar a autopercepção do estado emocional da criança; registrar as atividades e manifestações verbais da criança no jogo simbólico; identificar o comportamento da criança pós-hospitalização.
- Observar, registrar e analisar o comportamento das crianças durante os principais eventos da rotina diária hospitalar nos períodos da manhã, tarde e noite.
- Identificar a autopercepção das crianças antes e depois das atividades lúdicas.
- Identificar e analisar o comportamento/reação da criança hospitalizada ao jogo simbólico do qual participa.
- Identificar o comportamento da criança pós-hospitalização.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. A criança doente no ambiente hospitalar

A saúde da criança repousa, em grande medida, nas atividades preventivas que se assentam num tripé, formado por três elementos fundamentais: exames e cuidados da mãe durante o período pré-natal, alimentação e higiene adequadas e vacinação (CRESPIN,1996). O cartão de vacina é o instrumento de controle do cumprimento do programa de imunização da criança, a qual constitui um tratamento preventivo indispensável. A doença, além do desconforto, faz surgir na vida da criança personagens

novos, o médico e a equipe de enfermagem, com os quais deve estabelecer relações, para ela, inteiramente novas. Dependendo da gravidade do caso, essa criança será separada da família por um período que poderá ser breve ou longo, e que poderá se repetir por diversas vezes, para entrar no contexto de uma instituição que também lhe é estranha: o hospital (AJURIAGUERRA, 1980).

Segundo LIPP (1991), ao chegar ao hospital, a criança se depara com um ambiente totalmente novo: a enfermaria ou quarto, o berço, as roupas e os demais objetos, que são estranhos para ela. A própria doença constitui um fator a mais de estresse, pois, muitas vezes, exige um doloroso tratamento.

A criança no período pré-operacional, que vai de dois a seis anos, relaciona a dor principalmente a uma experiência física concreta, pensa no desaparecimento mágico da dor, pode visualizar a dor como punição a um ato errado, tende a culpar alguém pela própria dor e pode bater nas pessoas que a tratam (WONG,1999).

A enfermidade e a hospitalização de crianças pequenas provocam situação estressante e traumática para elas e sua família, além de inúmeros problemas importantes e complexos para o hospital (TOSTA,1997). No caso do Hospital São Sebastião, os maiores problemas enfrentados estão relacionados às questões financeiras e ao número de AIH's, que não consegue atender à demanda (dados do Hospital São Sebastião).

O estresse da hospitalização resulta do fato de que a permanência num hospital representa o afastamento radical de tudo que é confortável, seguro e familiar no mundo da criança. Há uma perda temporária não somente da família e dos amigos, mas também de muitos rituais que estruturam a vida da criança e que variam desde os padrões de alimentação e horários de dormir e acordar até a escolha de programas favoritos na televisão (HUGHES,1999). Além dos procedimentos médicos hospitalares, fazem parte da rotina do Hospital São Sebastião eventos como: atividades lúdicas e assistir à TV.

mais de uma vez. A água é um elemento primordial, tanto que o feto vive em líquido até o nascimento. Esse é um dos motivos pelos quais o banho morno tem efeitos tranqüilizador e relaxante não só nos primeiros meses, mas pelo resto da vida (MALDONADO, 1996).

Durante a visita médica, observava-se que os comportamentos das crianças estavam associados, igualmente, ao tipo de relação que se estabeleceu entre o médico e elas durante as trocas estabelecidas anteriormente, bem como aos condicionamentos criados nessas primeiras relações. Assim é que, com frequência, a simples visão de uma blusa branca pode desencadear reações de pânico (AJURIAGUERRA, 1980). No entanto, as crianças na faixa etária de quatro a seis anos já têm um nível mais elevado de compreensão, e a visão do médico para elas pode ser de alguém importante e poderoso ao qual elas têm que obedecer. Ele transmite segurança, podendo representar o papel do pai exigente, autoritário e poderoso (CECCIM e CARVALHO, 1997).

Terminada a rotina dos cuidados médico-hospitalares, têm início as atividades para entretenimento das crianças. A televisão é, sem dúvida, o meio de comunicação que maior impacto exerce sobre as crianças, qualquer que seja seu nível social. Apesar de serem raros os programas ditos infantis, a TV é vista como meio de entretenimento (CRISPIN, 1996), por isso tem sido muito utilizada em hospitais, creches e escolas. Porém, de acordo com NELSON (1994), os programas de televisão apenas complementam em vez de substituírem as atividades para transmitir conhecimento, habilidades, informações e motivar o aprendizado. Assim, o uso da televisão nessas instituições deveria obedecer a uma escolha criteriosa dos programas, adequando-se conteúdo, horários e duração aos propósitos de entreter e, ou, educar. A televisão exhibe mais comumente cenas de violência, que servem de modelo para um comportamento agressivo.

As atividades lúdicas para crianças de dois a seis anos, realizadas em hospitais, devem seguir uma proposta estabelecida, incluindo-se atividades de reconhecimento do corpo e reconhecimento do espaço físico (hospital); trabalhos com noções de tempo, conversas, contar ou ler histórias, ouvir músicas infantis; estímulo a falar sobre sentimentos e conscientização da doença, confecção de brinquedos com sucatas que a criança possa levar para casa; e treino de independência nos próprios cuidados, visando melhorar a confiança e a auto-estima (Lenzi, citado por FRIEDMAN, 1992). Essas atividades podem ser de natureza passiva, cujo objetivo é simplesmente distrair a criança momentaneamente, ou de natureza ativa, como os jogos nos quais se promove a participação da criança visando não apenas o entretenimento, mas também propiciar condições que permitam a ela criar situações nas quais também possa elaborar e exteriorizar os sentimentos vivenciados no ambiente hospitalar. Um exemplo desse tipo de atividade é o jogo simbólico executado na área de brinquedo dramático.

Ao brincar, a criança se afasta da realidade, cria um mundo próprio diferente do mundo real, ignora as leis deste e está livre das pressões e restrições da realidade (MORAES e CARVALHO, 1994).

O brinquedo possui muitas características dos objetos reais. Por ser de tamanho reduzido, permite que a criança exerça domínio sobre ele, transformando-o num instrumento para o domínio de situações penosas, difíceis, traumáticas, que se engendram na relação com objetos reais. Além disso, no jogo simbólico os objetos podem ter representações diversas, permitindo à criança experimentar, à vontade, situações prazerosas e, ou, dolorosas, as quais, de outra maneira, não podem reproduzir no mundo real. Ao brincar, a criança desloca para o seu íntimo medos, angústias e problemas internos, dominando-os por meio da ação (ABERASTURY, 1992).

Como afirmou HUGHES (1999), ao brincar com bonecas, a criança pode reverter os papéis, tornando-se o poderoso médico em vez de ser o paciente desamparado. Essa ilusão temporária de poder pode ajudar a construir autoconfiança e tornar a experiência no hospital menos ameaçadora.

Brincando, portanto, a criança coloca-se num papel de poder, em que ela pode dominar os vilões ou as situações que lhe provocariam medo ou que fariam sentir-se vulnerável e insegura. Para BOMTEMPO (1999), as crianças têm pouco poder num mundo dominado pelos adultos, e elas têm consciência disso.

O faz-de-conta é um tipo de brincadeira especialmente interessante para se olhar do ângulo do "sério" e do "real", pois é justamente uma forma de brincar com a realidade, desafiando suas leis: "sou quem não sou, faço o que não posso fazer, vivo o que não vivo." É onde a criança aparentemente se liberta dos vínculos com a percepção imediata e se comporta "como se," ou seja, aparentemente nega ou se afasta do que é, do real (MORAES e CARVALHO, 1994).

A criança pode apresentar comportamentos como distúrbio de sono e alimentar, dificuldade de relacionamento, fadiga, fobias e agressões após uma experiência de hospitalização (BUTTERWORTH, 2000). Além dos distúrbios que podem ser observados ao longo do período de internação, os efeitos da hospitalização podem se prolongar, manifestando-se no ambiente doméstico mesmo depois da alta hospitalar. Segundo HUGHES (1999), vários autores têm relatado a ocorrência de comportamento anti-social e manifestações de ansiedade, no final da infância, em crianças que passaram por internações hospitalares antes dos cinco anos de idade.

A internação, ainda que benéfica para o tratamento da criança, oferece situações de sujeição resultantes da rotina hospitalar, as quais podem gerar constrangimentos nas crianças de diversas maneiras, como: a privação da autonomia para andar, comer, brincar, dormir. O repouso forçado no leito, o uso da comadre, a incapacidade de escolher o cardápio, a falta de privacidade, a

ajuda com o banho no leito ou, ainda, o transporte em uma cadeira de rodas ou maca podem ser percebidos por elas como ameaça direta para a sua segurança. Embora todos os procedimentos hospitalares usuais sejam apresentados como procedimentos comuns e rotineiros, eles não possibilitam a liberdade de escolha para as crianças se comportarem ou “agirem como se fossem gente grande” (WONG, 1999). Uma boa ilustração desse fato é a constatação de que alguns dos pacientes mais cooperativos, satisfeitos e contentes são aquelas crianças que ajudam a fazer suas camas, escolhem seus horários de atividades, ajudam nos procedimentos e auxiliam a enfermagem nos cuidados de crianças mais novas.

De acordo com HUGHES (1999), para reduzir o estresse da hospitalização das crianças, seria importante trazer para a ala do hospital, tanto quanto possível, os elementos que compõem o mundo delas externo ao hospital. Esses elementos incluem desde pessoas familiares – mãe e pai, por exemplo – até artigos de vestuário, brinquedos favoritos e as oportunidades de brincar com outras crianças.

Estudos recentes na área da Psicologia têm evidenciado um reconhecimento crescente da importância de componentes do ambiente sobre o desenvolvimento da criança (DAVID e WEINSTEIN, 1987; WACHS e CAMLI,1991). Apesar disso, as características físicas do ambiente geralmente são negligenciadas no planejamento de ambientes infantis coletivos, sejam eles creches, escolas ou hospitais, exceto pelas recomendações gerais de que esses ambientes devem ser ricos e estimuladores (OLIVEIRA, 1994).

De acordo com TOSTA (1997), um ambiente físico adequado que permite a realização de brincadeiras ajuda a criança, seus pais e o próprio corpo médico a lidarem melhor com a doença à medida que reduz, ou elimina, a ansiedade e o estresse da rotina hospitalar. Nesse ambiente físico deve haver, além de atmosfera orientada para o bem-estar da criança, um suprimento de materiais

apropriados para realização de diferentes jogos; finalmente, um componente essencial é a orientação de um supervisor que zelará pelo bom desenvolvimento do programa de atividades lúdicas (HUGHES,1999).

No Brasil existem diferentes tipos de programas para crianças hospitalizadas, tendo como objetivo principal divertir a criança enquanto ela se encontra no ambiente hospitalar. Os mais conhecidos são aqueles que vêm sendo desenvolvidos por hospitais como Albert Einstein, Sara Kubitschek e Nossa Senhora de Lourdes, em São Paulo; Hospital Escola de Santa Catarina e Hospital Universitário de Juiz de Fora. Alguns deles são conduzidos pelos “*Doutores da Alegria*”, cujos objetivos são: usar suas habilidades como "clown" com arte e sensibilidade, no sentido de atender à necessidade de cada criança doente através de vários recursos – truques, magia, malabarismo; devolver à criança um pouco do controle sobre o corpo e sobre sua vida que lhe é tirado enquanto está enferma e hospitalizada; e favorecer uma atitude mais positiva e ativa da criança em relação a enfermidade e recuperação (NOGUEIRA, 1999).

As hospitalizações repetidas impõem sofrimento à criança, bem como um conjunto de prejuízos que ela enfrenta pelo fato de permanecer internada num hospital que leva em conta sua condição de enfermo. O hospital é, pois, a organização institucional de carência afetiva (CRESPIN, 1996).

Estudando o comportamento de crianças hospitalizadas por um período prolongado, WONG (1999) classificou as manifestações observadas da ansiedade da separação em três fases definidas: protesto, desespero e desligamento. O choro, o grito, a procura pelos pais com os olhos, a rejeição por estranhos e a preferência pelos pais são comportamentos característicos da fase de protesto observados durante o final do período de lactância. Além de apresentar tais comportamentos, a criança a partir de dois anos de idade ataca verbal e fisicamente as pessoas estranhas (Ex. "vai embora," chuta, morde, bate, belisca), tenta fugir para

encontrar os pais e procura forçá-los fisicamente a permanecer com ela. WONG (1999) observou que esses comportamentos podem durar algumas horas a dias. O protesto, como choro, pode ser contínuo, cessando apenas com a exaustão física.

Na fase de desespero, a criança fica inativa, isolando-se das outras pessoas; deprimida e mal-humorada; apresenta desinteresse pelo ambiente; torna-se não-comunicativa; e regride, apresentando comportamento de fases anteriores (Ex. chupa dedo, urina na cama, usa chupeta, usa mamadeira). Os comportamentos podem durar por intervalos de tempo variável. A condição física da criança pode ser deteriorada a partir da recusa em alimentar-se, beber ou movimentar-se.

Os comportamentos que caracterizam o desligamento ocorrem após a separação prolongada dos pais; raramente isso é observado em crianças hospitalizadas. Nessa fase, a criança mostra crescente interesse pelo ambiente, interage com estranhos ou com prestadores de cuidados conhecidos, forma relacionamentos novos, porém superficiais, e parece feliz. Para WONG (1999), tais comportamentos representam ajuste superficial à perda.

A pouca pressão exercida sobre o brincar permite a livre ação da criança que se torna sujeito da sua ação e autor de suas idéias. É nessa direção que as teorias referendam o brincar. No campo da psicologia, as propostas de Piaget, Wallon, Winnicott, Vygotsky, entre outros, destacam facetas que relacionam o brincar ao desenvolvimento e à aprendizagem infantil.

2.2. Atividade lúdica: questões conceituais

O brinquedo é um objeto destinado a divertir uma criança. A brincadeira é a ação de brincar; divertimento. O jogo é a ação do jogar; folguedo, jogo, divertimento, como: jogo de futebol, jogo de damas e jogo de palavras, entre outros (LAROUSSE, 1982).

Um brinquedo pode ser visto de diferentes maneiras pela criança: como potencial de recolhimento e consolação, estímulo à autonomia ou à associação do coletivo, realização, cooperação e progresso; e como novidade, distração ou informativo. Os brinquedos têm impacto próprio e constituem, ao mesmo tempo, meios para brincar e veículo da inteligência e da atividade lúdica (FRIEDMANN et al., 1992a). A importância do brinquedo na recuperação da saúde das crianças foi muito bem retratada por FRIEDMANN et al. (1992b), no trecho a seguir:

Um menino de quatro anos, com dor de estômago, veio ao hospital acompanhado pela mãe. Aguardaram na sala de espera destinada para adultos. Mas, na estante, diante de uma janela, eu tinha colocado um trenzinho de madeira, um carro e alguns livros infantis. Assim que o garoto entrou na sala percebeu o trenzinho e começou a brincar. Deixaram que o levasse para sala de exames para não interromper sua brincadeira. Como nada foi encontrado de mal em seu estômago, pôde retornar à casa em seguida. Algum tempo mais tarde teve uma inflamação no ouvido. Quando a mãe disse que era preciso ir ao médico, respondeu imediatamente: “Vamos lá onde fica o trenzinho”. Seu irmão maior, que o escutava, disse: “Vou também lá onde está o trem”. Sua mãe me contava depois “Vi diante de mim aquele trenzinho simples e gasto, que teve um papel tão importante em sua atitude face ao hospital”.

Para BOMTEMPO (1992), crianças que brincam muito serão adultos mais ajustados e preparados para a vida. É brincando que se descobre como enfrentar situações de medo, dor, angústia, alegria ou ansiedade.

Conforme WINNICOTT (1975), as crianças brincam para buscar prazer, para expressar agressão, para controlar a ansiedade, para estabelecer contatos sociais, para realizar a integração da personalidade e, por fim, para comunicar-se com as pessoas.

Segundo Piaget e Vygotsky, a brincadeira assinala um marco no desenvolvimento à medida que favorece o desenvolvimento da função simbólica, aspecto relacionado ao fato de, na brincadeira, a criança tratar a ação ou objeto como um significante (DANTAS, 1992).

Segundo RIZZO (2000), Freud ensinava que uma criança brinca não apenas para repetir situações satisfatórias, mas também para elaborar as que lhe foram traumáticas e dolorosas.

Dependendo da qualidade das oportunidades que lhe sejam oferecidas, através de brincadeiras e brinquedos, pode-se garantir às crianças que suas potencialidades e sua afetividade se harmonizem. Aplicada em pediatria de hospitais, a ludicidade é muito importante para a saúde mental da criança, sendo, por isso, um espaço que merece atenção dos pais e educadores, inclusive porque envolve o direito de toda criança ao exercício de uma relação afetiva positiva com o mundo, com as pessoas e com os objetos (GOUVÊA, 1999).

O jogo é fundamentalmente uma atividade de grupo e, ao mesmo tempo, é através dele que a criança aprende a se relacionar com os outros. Por ser uma atividade livre, permite a criança criar um ambiente adequado para que ela possa investigar, explorar, criar, extravasar suas emoções e procurar resolver problemas. Por isso, desde muito cedo, o jogo é importante na vida da criança (KAMII e DEVRIES, 1980). Ninguém ensina a criança a dramatizar, a fazer de conta, mas nós podemos organizar jogos dramáticos, que são exercícios de expressão para que ela coordene sua inclinação natural (VECCHIO, 1986).

De acordo com PIAGET (1946), existem três grandes tipos de estruturas que caracterizam os jogos infantis: o exercício, o símbolo e a regra.

Os jogos de exercícios, também chamados de jogos funcionais, são marcados pelo caráter exploratório e realizados com o próprio corpo: mexer as mãos, balançar a cabeça ritmadamente, passar objetos de uma mão para outra. Esses jogos exploram

ritmo, força, limitações, assim como os efeitos que os atos produzem no ambiente. Esses jogos iniciais são movimentos simples, que a criança repete por prazer, sem nenhuma intenção de representação, e evoluem para atos mais complexos, como encher e esvaziar um balde de areia ou manipular massinha e nomear o objeto que ela produziu sem querer; de repente olha para uma caixa e acha que parece com uma seringa: "Olha a seringa do médico"! Só com o tempo irá estabelecer o objeto da brincadeira: "Agora eu vou aplicar injeção no neném" (AROEIRA et al., 1996).

Quando um brinquedo qualquer representa para criança um objeto ausente, essa brincadeira é classificada como jogo simbólico. Ao brincar com bonecas, reproduzindo cenas da vida real, a imaginação infantil está no seu máximo. O brinquedo tem como conteúdo a própria vida da criança, reproduzindo e prolongando a vida real. Muitos jogos simbólicos desempenham função compensatória, já que, pelo jogo, a criança não apenas copia a vida real, mas a corrige à medida que manifesta emoções, satisfaz desejos e elimina conflitos (BARROS, 1996).

Os jogos de regras são jogos de combinações sensoriomotoras, como corridas, jogo de bola de gude; ou de combinações intelectuais, como cartas, xadrez, damas, envolvendo competições entre os indivíduos, o que torna a regra necessária (BARROS, 1996).

PIAGET (1946) citou ainda uma quarta modalidade, que é o jogo de construção, em que a criança cria algo; situa-se a meio caminho entre o jogo e o trabalho, pelo compromisso com as características do objeto.

Mesmo em se tratando de crianças sadias e em situações normais de vida, podem-se destacar as contribuições do jogo para o desenvolvimento infantil. Ele influencia significativamente o desenvolvimento integral da criança, já que todas as suas dimensões estão intrinsecamente vinculadas à inteligência, à afetividade, à motricidade e à sociabilidade. Esses são elementos inseparáveis, dentre os quais se deva destacar a afetividade, porque esta desperta a energia necessária para a progressão psíquica,

moral, intelectual e motriz da criança. O jogo é, por excelência, uma atividade da criança, uma atividade vital, que possibilita a ela conhecer a si mesma e formar conceitos sobre o mundo (NEGRINE, 1994).

De acordo com estudiosos da psicologia infantil, o jogar é considerado o meio de melhor compreender o funcionamento da psique, das emoções e da personalidade dos indivíduos. Na clínica, ele é utilizado basicamente para observação das diversas condutas e para recuperação de situações de crise, compondo o que FRIEDMANN (1996) chamou de ludoterapia. Esta é uma expressão usada no Brasil para identificar profissionalmente a terapia pelo brincar ou pelo brincar.

2.2.1. A criança e o jogo simbólico

O jogo do faz-de-conta, até mesmo nas suas formas embrionárias, possui qualidades emocionais e afetivas que foram salientadas, principalmente, pela literatura psicanalítica. Nessa atividade, observa-se que a criança não reproduz somente variações deformando a experiência real segundo os seus próprios desejos ou para acalmar suas próprias angústias (BONDIOLI e MANTOVANI, 1998).

O jogo simbólico, ou jogo do faz-de-conta, é uma forma de expressão totalmente espontânea da criança, que lhe permite vivenciar diferentes papéis ao dramatizar suas experiências. Ao embarcar nesse tipo de jogo, a criança cria situações de representações, que constituem imitações da realidade; tais brincadeiras são verossímeis e constituem uma recriação das experiências vividas (MANTOVANI, 1994).

Conceitualmente, o jogo simbólico é definido como "a vitória da assimilação sobre a acomodação, processos que se dão graças à inter-relação complementar dos quais tem lugar o desenvolvimento". O jogo é ainda uma manifestação da capacidade de representação simbólica, posto que o objeto e, ou, a ação são tratados como significantes (PIAGET, 1978).

A vivência através da dramatização se traduz por emoção e compreensão como um sentimento, e, em consequência, a compreensão se torna mais ampla e duradoura (VECCHIO, 1986).

VYGOTSKY (1991) vê a inauguração de um novo modo de funcionamento psicológico. A conduta se organiza agora em função da atividade mental e não da atividade perceptiva. Esse procedimento permite o acesso à abstração, uma vez que criar uma situação imaginária requer a capacidade de substituir um objeto, ou uma situação real por uma de tipo ficcional. Duas crianças, por um momento, passam a ser médico e paciente, e uma caneta passa a ser termômetro.

Vale assinalar que o real não se confunde com o lógico objetivo, mas com o cultural, do qual a brincadeira se nutre (o faz de conta é uma reedição de normas sociais perfeitamente identificadas, como médico, dona de casa, policial etc.). A criança nessa situação é plenamente consciente do real.

Somente aproximadamente aos dois anos e meio de idade é que o jogo simbólico torna-se mais elaborado e a criança é capaz de construir cenários imaginários, dramatizando seqüências de ação sempre mais longas (BONDIOLI e MANTOVANI, 1998). Esse tipo de jogo é praticado aproximadamente até os seis ou sete anos. As funções dos jogos simbólicos são: compensação, realização de desejos e liquidação de conflitos que se somam ao prazer de se sujeitar à realidade a sua imaginação (FRIEDMANN, 1996).

Segundo MANTOVANI (1994), o jogo simbólico aparece na forma de esquemas simbólicos na sexta fase da inteligência sensoriomotora. Esses esquemas são chamados de simbólicos porque indicam um esboço de representação, ou seja, evocação de

uma situação ausente vivenciada. Marcam o início da representação e são considerados os intermediários entre os simples exercícios motores e os símbolos lúdicos da brincadeira simbólica, alcançando seu apogeu no período pré-operatório (crianças de dois a sete anos) e declinando no período das operações concretas, a partir dos sete anos. Esse tipo de jogo recebe várias denominações: jogo imaginativo, faz-de-conta, de papéis ou sociodramático. A ênfase é dada à simulação ou faz-de-conta, cuja importância é ressaltada por pesquisas que comprovam sua eficácia para promover o desenvolvimento cognitivo e afetivo social da criança (BOMTEMPO, 1999).

SEBER (1989) identificou cinco atividades de brincadeira simbólica: brincar livremente, sugerir temas, dramatizar histórias, compor narrativas em grupo para posterior dramatização e discutir sobre tópicos variados. Cada uma dessas atividades representa refinamentos e elaborações aprendidos na vivência de brincadeiras precedentes, propiciando ajustamento cada vez maior das imagens à realidade das coisas.

No faz-de-conta, a criança aprende a dominar regras e a trabalhar suas emoções e seus medos. Através dele, ela experimenta diferentes papéis e geralmente escolhe aqueles que são mais próximos do mundo que a cerca. Assumindo esses papéis, ela pode, então, entender o seu conteúdo e a sua função quando, por exemplo, "faz de conta que sou médico, vou sarar seu nenê" (COSTA et al., 1998).

Na criança, os intensos sentimentos de amor e ódio, de medo ou tristeza, além de seus conflitos e confusões, podem ser elaborados em situações transferidas de pessoas e circunstâncias nas quais se originaram tais sentimentos. Em sua brincadeira, em tempo, lugar e jeito de sua própria escolha, a criança pode reviver repetidas vezes certas situações que de certa forma, na vida real ou no mundo de sua fantasia interior, tomaram-na de surpresa e a deixaram desconsertada. Por meio da brincadeira, a criança consegue chegar a uma completa compreensão da situação, dando forma aos seus sentimentos (ROSENBLUTH, 1973).

A lição de maior valor que as crianças podem aprender brincando é a aceitação de situações frustrantes: se a criança perde num jogo, pode ganhar em outro, ou da próxima vez que jogar aquele mesmo jogo. Perdendo em jogos que podem ser disputados de novo e vencidos, as crianças entendem que, apesar de reveses temporários na vida, ainda podem ter sucesso, inclusive na mesmíssima situação que tenham experimentado uma derrota (BETTELHEIM, 1989).

A dramatização permite a criança vivenciar a realidade por meio da fantasia. Quando as crianças representam com objetos desconhecidos (soro, estetoscópio, seringas...), elas conseguem manipulá-los e assimilar as qualidades e funcionalidades, diminuindo a ansiedade a respeito do brinquedo. Por isso, essas atividades de dramatização podem resultar em menor tempo de internação da criança, proporcionando mais atendimento para outras crianças e uma redução de custos para o hospital (BUTTERWORTH, 2000).

O jogo é uma ajuda para a terapia. Nele, as crianças expressarão todos os seus sentimentos mais íntimos não diretamente, mas simbolicamente. O jogo traduz em palavras as mensagens simbólicas fundamentais, pois, quando o simbolismo lhes é apontado, as crianças têm suficiente discernimento para reconhecer o significado de seus comportamentos. À medida que as crianças compreendem melhor suas necessidades e sentimentos, elas gradualmente desenvolvem modos novos e mais efetivos para se adaptarem ao mundo ao seu redor (Klein, citado por WINNICOT, 1975).

No jogo simbólico, as crianças são capazes de lidar com complexas dificuldades psicológicas, procurando interagir com experiências de dor, de medo e de perda (BETTELHEIM, 1988).

No entender de BOMTEMPO (1999), a criança assume o papel de alguém que ela teme e cuja personificação é determinada por ansiedade ou frustração. Por exemplo, uma criança brinca de médico depois de ter tomado uma injeção ou de ter sido submetida a uma pequena cirurgia. Dessa forma, as atividades lúdicas desenvolvidas na área de brinquedo dramático, com

brinquedos que imitam os instrumentos usados pelos médicos e equipe de enfermagem dentro do contexto hospitalar, são importantes para a criança na medida em que a ajuda a conviver com os médicos, com os enfermeiros e com todo o ambiente hospitalar no qual ela está momentaneamente inserida.

No faz-de-conta, a passagem de um papel passivo para um papel ativo é o mecanismo básico de muitas atividades lúdicas; reduz o efeito traumático de uma experiência recente e deixa o indivíduo mais bem preparado para ser submetido novamente ao papel passivo, quando necessário. Isso explica, em grande parte, o efeito benéfico da brincadeira (PELLER, 1971).

Nesse âmbito, no material dos jogos simbólicos dos hospitais certamente deveriam ser incluídos brinquedos que representam os aparatos médico-hospitalares utilizados, como: estetoscópios, seringas, bandagens, "kits" de verificação da pressão sanguínea, roupas de enfermeiras e de médicos, ambulâncias de brinquedo e uma diversidade de bonecas e marionetes que podem ser destinados a vários papéis num drama de hospital. Ensaando os procedimentos médicos aos quais elas esperam ou sabem que vão se submeter, as crianças podem vir a compreendê-los melhor e temê-los menos. Além de educar as crianças e ajudá-las a lutar contra seus medos, o jogo dramático com um tema médico pode lhes dar um senso de controle que usualmente falta durante sua permanência no hospital (HUGHES, 1999).

A criança só imita quando seu grau de desenvolvimento lhe permite contar com uma imagem interna, uma imagem com a qual se identifica ao atuar. Ela precisa ter bem claros e bem discernidos as características e os conjuntos de atuações que definem determinado papel. Por exemplo, imitar a mãe implica conhecer o papel de filho e imitar o médico é prova de que sabe o que é ser um paciente. Em resumo, imitar um papel indica o reconhecimento e a vivência de um papel complementar. Como a primeira pessoa em contato constante com a criança geralmente é a mãe, ela costuma ser o primeiro objeto de dramatizações. Brincando com a boneca, a criança revive o papel da mãe; no hospital, brincando com seringas, soro e estetoscópio, ela vivencia o papel do

médico exercendo toda a função simbólica do jogo. O objeto, ou o brinquedo, passa a existir na interseção de várias formas de aprendê-lo. Experimentando, manuseando, a criança entende o mundo que a cerca e se localiza nele (RIPPER, 1984).

3. METODOLOGIA

Considerando a natureza do presente trabalho, optou-se por fazer um estudo de caso realizado nas seguintes fases: delimitação da unidade/caso; observação das crianças durante a rotina hospitalar; coleta de dados; visitas domiciliares após a alta; análise e interpretação dos dados. Por ter esse estudo como objetivo geral testar os procedimentos metodológicos, por meio de observação, análise e descrição do programa e do comportamento da criança, essas análises foram realizadas com o intuito de

averiguar a contribuição das atividades lúdicas para as crianças no ambiente hospitalar não como distração, mas criando condições para a criança lidar com os sentimentos gerados na vivência hospitalar.

3.1. Área de estudo

O presente estudo foi desenvolvido na Cidade de Viçosa, que está localizada na Zona da Mata do Estado de Minas Gerais, a aproximadamente 220 km da capital, possuindo uma população aproximada de 57.450 habitantes, dos quais 5.097 são crianças compreendidas na faixa etária de 0 a 4 anos e 5.644 entre 5 e 9 anos (FIBGE/MG, 1996). Viçosa é uma cidade universitária, com algumas indústrias de pequeno porte e dois hospitais que prestam atendimentos públicos, mantidos por diversos convênios, bem como pelo Sistema Único de Saúde e por filantropia. Ambos mantêm uma ala de atendimento privado, que atendem a particulares, incluindo planos de saúde.

3.2. População e amostra

A população de interesse neste estudo foi constituída de crianças hospitalizadas na faixa etária de 2 a 6 anos. Essa população foi escolhida por se tratar de um contingente para o qual a hospitalização significa o enfrentamento de uma gama extensa de problemas, tanto para as crianças hospitalizadas quanto para seus familiares. A escolha do Hospital São Sebastião deveu-se ao fato de este contar com um programa de desenvolvimento de atividades lúdicas, desde 1993, bem como ao fato de a pesquisadora estar familiarizada com o programa em causa, tendo participado de sua implantação como estagiária.

A escolha inicial de crianças na faixa etária de 4 a 6 anos foi motivada, primeiramente, pelo fato de existir, nessa faixa etária, uma pesquisa prévia e por se encontrarem entre estas os maiores índices de crianças hospitalizadas, segundo levantamento de dados anteriores cedidos pelo hospital. Outro motivo relevante é que essa faixa etária compreende o estágio de desenvolvimento da criança, classificado por Piaget em período pré-operacional (crianças de 2 a 6 anos). No período pré-operacional, a característica predominante das crianças é o uso de símbolos mentais, imagens ou palavras, para representar coisas e pessoas que não estão presentes. Contudo, no decorrer da pesquisa, observou-se elevada incidência de internação de crianças menores de 4 anos na enfermaria pediátrica. Assim, optou-se por ampliar a faixa etária e incluir crianças a partir de 2 anos e 6 meses.

A amostra dessa pesquisa foi constituída de 20 crianças, na faixa etária de 2 anos e 6 meses a 6 anos, que estiveram internadas no Hospital São Sebastião no período compreendido entre 7 de fevereiro e 12 de março de 2000, cujas causas da internação lhes permitiram participar do programa de atividades lúdicas.

Dessa primeira amostra, foram selecionadas 10 crianças para a observação do comportamento, na forma de registro corrido, enquanto brincavam na área de brinquedo dramático, durante os três dias de internação. A observação era feita com a criança sozinha ou interagindo com outras. Essas crianças, pertencentes à subamostra, participavam também de outras atividades lúdicas. Ao longo das observações feitas para essa pesquisa, percebeu-se que a criança dramatizava também em outras áreas, até mesmo utilizando outros brinquedos. Como exemplo, estando na área externa, ao pedalar um velotrol ela dizia que fazia de conta que era o motorista da ambulância.

O contato inicial com a criança e sua família foi realizado no momento da internação, quando a criança, acompanhada dos pais, ou só do pai, ou só da mãe, ou de algum familiar como tios, avós e irmãos, chegava ao hospital. Esse primeiro contato foi muito importante para a obtenção dos dados com relação à criança e à sua família. Muitas famílias sentiam-se constrangidas em

responder às perguntas, enquanto outras se sentiam importantes ao saber que o filho(a) estava fazendo parte de uma pesquisa, algumas delas também ficavam receosas, achando que poderíamos ser do Conselho Tutelar.

3.3. Instrumentos e coleta de dados

Para a realização deste estudo, foi elaborado um instrumento de coleta de dados, para cada objetivo específico. Além dos questionários, roteiros de entrevistas e fichas de observações, foram usadas fotografias das crianças em atividades, no leito, no momento da internação, com a família e nas visitas domiciliares. Os questionários e roteiros de entrevistas foram usados para entrevistas com as famílias no momento da internação, nas visitas hospitalares e nas visitas domiciliares. O comportamento da criança durante a rotina hospitalar, bem como durante as atividades lúdicas, foi registrado em fichas específicas, elaboradas para cada um desses fins de acordo com a literatura.

3.3.1. Ficha de identificação da criança

Os dados relativos ao perfil das crianças e de suas famílias foram levantados através do prontuário de internação preenchido pelo hospital, em conjunto com uma ficha de identificação da criança, elaborada pela pesquisadora (APÊNDICE 1). Esta ficha era preenchida parcialmente no momento da internação e completada durante o contato da pesquisadora com os pais, nos horários de visita, estabelecidos pelo hospital. Essas visitas aconteciam duas vezes no meio da semana e uma no final de semana (terça-feira,

quinta-feira e domingo) durante o período de uma hora, sempre na parte da tarde. Esses horários fazem parte das normas e do regimento interno do hospital.

3.3.2. Comportamento das crianças nos principais eventos da rotina hospitalar diária

O objetivo deste instrumento foi levantar dados que respondessem a perguntas como: existiria um padrão definido de comportamento da criança nos três períodos: manhã, tarde e noite? Esse padrão se repetiria ao longo dos dias de internação? Quais seriam os comportamentos relacionados ao estado de depressão da criança segundo a literatura?

Os dados referentes ao comportamento das crianças nos eventos da rotina hospitalar compõem o número de episódios que ocorrem durante o período de internação da criança. Para o registro dos eventos e os respectivos comportamentos que constituem a rotina diária foram elaboradas três planilhas, uma para cada período: manhã, tarde e noite. Os comportamentos foram classificados e agrupados, segundo a literatura, em três fases: protesto, desespero e desligamento. A discussão sobre os eventos e o comportamento é apresentada nos parágrafos subseqüentes.

Os comportamentos que caracterizavam a "fase de protesto" foram: choro, grito, ataque verbal às pessoas, pergunta pelos pais, pedido para ir embora, ataque físico às pessoas, tentativa de fuga para casa. Urinar e defecar na roupa, usar chupeta, chupar dedo, pedir mamadeira, pedir água, recusar alimentos prescritos, apresentar vômito, ficar inativa, isolar-se das pessoas, ficar triste, zangada, ter dor e medo foram comportamentos que caracterizaram a "fase de desespero". Já a "fase de desligamento" foi caracterizada pelos comportamentos: parecer satisfeita e interessada pelo ambiente e buscar conversação.

Inicialmente, era preenchida uma ficha sobre o comportamento observado durante os principais eventos da rotina diária hospitalar, tendo duas opções, sim ou não, para serem marcadas. Essa ficha foi elaborada a partir do modelo sugerido por WONG (1999) (APÊNDICE 2). Foram aplicados dois pré-testes iguais, um com crianças hospitalizadas no Hospital São Sebastião e outro com as crianças de uma creche pública na faixa etária de 2 anos e 6 meses a 6 anos. Com base no modelo sugerido e nos resultados da aplicação do pré-teste, foi elaborada a ficha com os comportamentos e eventos. Cada ficha de observação era identificada pelo nome da criança, por um número correspondente à ficha do APÊNDICE 1 e por uma tarja de cor diferente, para não ocorrer troca de fichas, uma vez que foram realizadas até duas observações de três crianças por observador. A pesquisadora, durante todo o período de internação, chegava ao hospital às 6 h da manhã, antes de as crianças acordarem, e saía aproximadamente às 23 h, quando elas já estavam dormindo, acompanhando e observando todos os seus comportamentos durante os episódios da rotina diária hospitalar.

A pesquisadora contou com o auxílio de duas estagiárias, a partir da terceira semana de plantão, que foram treinadas para participarem da coleta de dados e do preenchimento das fichas. Para a execução das atividades lúdicas, contou também com o auxílio das estagiárias do hospital; essas atividades eram realizadas todos os dias, inclusive aos sábados e domingos, de manhã e à tarde. Quando as estagiárias faltavam, a própria pesquisadora realizava essas atividades com as crianças.

3.3.3. Autopercepção do estado emocional da criança

Além dos dados referentes à observação do comportamento da criança de acordo com os eventos da rotina hospitalar, procurou-se obter, dessas informações, dados sobre o seu estado emocional antes e depois das atividades lúdicas diárias. O objetivo era verificar a expressão do sentimento da criança antes e depois das atividades lúdicas, a partir da sua própria percepção do estado emocional em que se encontrava nesses momentos. Para isso, foi elaborado um instrumento de autopercepção emocional, com jogo de seis cartões, cada um com uma expressão fisionômica diferente simbolizando susto, tristeza, raiva, sono, alegria, choro (APÊNDICE 3). Os cartões eram alinhados horizontalmente sobre a mesa onde ficavam expostos diante da criança. Antes de iniciar a atividade, era explicado para a criança que cada face representava o que se sentia. Em seguida, perguntava-se: – Como você está se sentindo neste momento? As expressões fisionômicas eram representadas nas fichas de papelão, e a criança escolhia uma, identificando seu estado emocional naquele momento. Essa operação era repetida diariamente antes e depois das atividades lúdicas, objetivando perceber o sentimento da criança antes e depois da atividade. O jogo das fisionomias foi realizado com todas as 20 crianças, independentemente de terem ou não participado do registro corrido no brinquedo dramático.

3.3.4. Registro corrido do comportamento da criança na área de brinquedo dramático

Esta etapa foi realizada por meio da observação das 10 primeiras crianças internadas. Destas, cinco tinham menos de 4 ou 4 anos e 5 tinham mais de 4 anos. As observações eram feitas na área de brinquedo dramático enquanto as crianças brincavam. Essas crianças eram observadas em horários diferentes, uma de cada vez, durante três dias de hospitalização. As estagiárias do curso de Economia Doméstica, especialmente treinadas pela responsável pelo programa no hospital, conduziam as atividades com a criança ao mesmo tempo em que a pesquisadora, através de um protocolo de observação (APÊNDICE 4), identificado como registro

corrido ou registro contínuo, descrevia todas as ações da criança em atividade. O protocolo de registro corrido foi adaptado do modelo sugerido por MATOS e DANNA (1986). Esta técnica consiste em, dentro de um período ininterrupto de tempo de observação, registrar o que ocorre na situação, obedecendo à seqüência temporal em que os fatos se dão.

3.3.5. Comportamento da criança pós-hospitalização

Após a criança receber a alta do hospital, a pesquisadora realizava uma visita domiciliar. Essas visitas não puderam ser marcadas previamente por dificuldades de acesso e falta de telefone, entre outros motivos. Quando os pais não eram encontrados em casa, a pesquisadora retornava posteriormente. Com as visitas domiciliares pós-hospitalização, objetivava-se conhecer a criança em seu meio ambiente, bem como verificar o comportamento delas no período que se seguiu à hospitalização. Os dados relacionados ao comportamento pós-hospitalar das crianças foram obtidos, utilizando-se um questionário semi-estruturado (APÊNDICE 6) aplicado pela pesquisadora, por meio de uma entrevista com a família durante uma visita ao local de residência desta.

Através desse instrumento, pretendeu-se verificar se, após seu retorno a casa, a criança apresentou comportamentos como: desconforto ao fazer uso do remédio; recusa aos medicamentos; vômito; regressão, voltando a fazer uso de algum objeto pessoal já abandonado, como chupeta, chupar o dedo, usar a mamadeira e fraldas e apego a animais de estimação; perda de apetite e, ou, rejeição nas principais refeições de sal (almoço e jantar); dormir mais tarde, demorar a dormir e demorar para se deitar; deixar de dormir à tarde; ter pesadelo durante à noite; acordar assustada e chorando; chamar pelos pais; pedir para dormir com os pais; ficar mais agressiva; ter medo de pessoas com roupas brancas; ficar triste, chorar com freqüência, chorar sem motivo aparente, ficar

muito tempo calada e sorrir pouco; mostrar desinteresse em voltar para a escola, não querer ir à escola; chorava ao chegar à escola, não queria ficar; desinteresse por seus brinquedos e livros; não pegava os brinquedos e não brincava.

Para a coleta de dados no hospital, a pesquisadora fez 35 dias corridos de plantão. O contato com a primeira criança aconteceu no sétimo dia de plantão, quando a pesquisadora permaneceu no hospital das 6 às 23 h. Na primeira semana, observou-se que todas as crianças internadas tinham menos de três anos, estando, portanto, abaixo da idade preestabelecida no projeto. Assim, decidiu-se incluir na amostra crianças a partir de 2 anos e 6 meses, uma vez que estas também se encontravam no estágio pré-operacional (2 a 6 anos) de desenvolvimento.

No oitavo dia de observação, foram hospitalizadas duas crianças, e assim sucessivamente, até perfazer o total de 20, conforme havia sido definido previamente. A duração da internação era estabelecida a critério médico e variou de três a sete dias, de acordo com o estado de saúde da criança. Todas as observações foram realizadas pela pesquisadora, com o auxílio de duas estagiárias por ela treinadas para coleta de dados. Nos dias em que havia mais de quatro crianças a serem observadas, esse procedimento era dividido com uma das estagiárias que participavam do trabalho.

As etapas seguintes foram organizadas de acordo com a interpretação dos dados, seguidas da síntese e das conclusões, baseadas em referencial teórico, estruturado por meio da pesquisa bibliográfica.

3.4. Análise dos dados

Os dados relativos ao perfil das crianças e respectivas famílias foram analisados de forma descritiva.

Quanto ao comportamento das crianças durante os eventos da rotina diária hospitalar, os dados foram analisados em duas etapas. Primeiramente, tabularam-se os registros correspondentes a todos os dias de internação de cada criança. Pela análise das tabelas, percebeu-se que esses dados indicavam uma nítida mudança no comportamento das crianças em determinados eventos e que essa mudança era consistente ao longo da internação. Embora tenham sido feitas observações durante o período de internação, consideraram-se, para fins das análises tabulares, somente os três primeiros dias, em virtude da variação no período de internação. Em primeiro lugar, levou-se em conta os registros feitos nesses três primeiros dias. Analisaram-se, por meio de estatística descritiva, os seguintes eventos: Despertar, Banho, Visita médica, Assistir à TV, Atividade lúdica, Repouso, Preparo para dormir e Sono noturno, destacando um padrão de comportamento no primeiro, segundo e terceiro dias de internação. Esse critério foi estabelecido da seguinte forma:

- Separaram-se os eventos;
- agruparam-se os comportamentos, caracterizando as três fases, denominadas protesto, desespero e desligamento;
- separaram-se as fichas por faixas etárias em inferior ou igual a 4 anos e maiores de 4 anos;
- separaram-se os dias de internação em primeiro, segundo e terceiro;
- relacionou-se a repetição dos comportamentos nos eventos; e
- descreveram-se os resultados.

Nesse período foi observado o comportamento de 20 crianças, correspondendo ao número de observações no período de internação, com relação aos eventos: despertar de manhã e da tarde, banho, visita médica, assistir à TV à tarde e à noite, atividade lúdica da manhã e da tarde, repouso, sono da tarde e da noite, visita dos pais e preparo para dormir. Tendo em vista que os eventos

referentes à administração de medicamentos variavam de criança para criança e ao longo do período de internação, decidiu-se fazer apenas a análise descritiva dos comportamentos observados. Os comportamentos relacionados aos eventos referentes à alimentação não apresentaram mudanças dignas de nota do primeiro para o terceiro dia. Os dados referentes ao evento visita dos pais não foram analisados estatisticamente, pois essa acontecia somente em três dias da semana e, muitas vezes, não coincidia com os dias de observação da criança. Os quadros evolutivos dos três primeiros dias de internação relacionados aos comportamentos de protesto, desligamento e desespero puderam ser organizados somente nos eventos que ocorreram rigorosamente nos três dias de observação da criança hospitalizada. Para as análises estatísticas referentes à evolução do comportamento durante a hospitalização, foram utilizados apenas os dados referidos nos três primeiros dias de internação.

Com relação à autopercepção do estado emocional das crianças, a análise foi realizada, comparando-se os registros feitos diariamente nos dois turnos, manhã e tarde, antes e depois de todas as crianças participarem das atividades lúdicas.

A análise dos dados referentes ao brinquedo dramático obtidos por meio do registro corrido durante as atividades lúdicas foi feita da seguinte maneira: procurou-se verificar, em primeiro lugar, quais os brinquedos mais utilizados nessa área. Em seguida, foi construída uma tabela para cada criança relacionando a frequência de uso e manipulação de cada brinquedo por dia (APÊNDICE 5). Nessa análise, procurou-se associar os brinquedos mais utilizados pela criança com o registro de sua linguagem verbal.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1. Características das crianças pertencentes à amostra

Participaram do estudo 14 crianças do sexo masculino e seis do sexo feminino. Quanto à idade, as maiores incidências de crianças internadas situavam-se nas faixas entre 4 e 5 anos (7) e menores de 3 anos (6).

Como mostrado no Quadro 2, as causas principais de internação foram problemas de natureza do aparelho respiratório (55%), como bronquite (40%) e pneumonia (15%). As doenças do aparelho digestivo (35%) foram a causa de internação das crianças com menos de 3 anos e cerca de um terço das com mais de 4 anos. Uma criança foi internada por disfunção neurológica e uma apresentou apendicectomia.

A cor predominante das crianças pesquisadas, segundo a declaração dos pais, era branca (45%), seguida das cores morena (35%) e negra (20%).

A posição dessas crianças nas respectivas famílias era assim configurada: filhos únicos (3), primogênitos (6), segundo filho (2), terceiro filho (1) e caçulas (8), indicando que quase metade das famílias estava na fase inicial do ciclo de vida.

Quadro 2 – Distribuição das crianças segundo a faixa etária e causas de internação no Hospital São Sebastião. Viçosa, MG, 2000

Faixa Etária	Enfermidades				Total
	Doença do Aparelho Respiratório	Doença Aparelho Digestivo	Deficiência Neurológica	Apendicectomia	
< que 3 anos	2	3	-	1	6
3 a 4 anos	3	-	-	-	3
4 a 5 anos	4	3	-	-	7
5 a 6 anos	2	1	1	-	4
%	55%	35%	5%	5%	100%

Quadro 3 – Posição da criança em estudo na família, de acordo com faixa etária de 2 anos e 6 meses a 6 anos. Viçosa, MG, 2000

Posição da Criança na Família	Número de Crianças
Único	3
Filho mais velho	6
Segundo filho	2
Terceiro filho	1
Caçula	8

Das 20 crianças pesquisadas, oito freqüentavam uma creche, seis a pré-escola e seis não freqüentavam programa algum de atendimento à criança, ficando em casa aos cuidados dos avós ou de irmãos mais velhos. Constatou-se que as crianças não freqüentavam creche ou pré-escola por falta de oportunidade, pois moravam em localidades onde não havia esses serviços ou não encontraram vagas.

A reincidência de internação (Quadro 4) revelou-se elevada (13). Essa reincidência pode indicar que as crianças não tinham se restabelecido plenamente e, portanto, estariam mais suscetíveis à contaminação por vírus e bactérias e com o organismo mais vulnerável a doenças. A reincidência da internação está associada a vários fatores, podendo-se destacar a interrupção do tratamento realizado pelos médicos no hospital por falta de remédios ou, pior, pela permanência dos fatores de risco como alimentação e habitação inadequadas e higiene precária.

Quadro 4 – Freqüência de internação por criança pertencente à amostra no Hospital São Sebastião. Viçosa, MG, 2000

Freqüência de Internação	Nº
Primeira internação	7
Segunda internação	9

No período da coleta de dados, o hospital estava passando por dificuldades na aquisição de medicamentos por falta de recursos financeiros do SUS. Dessa maneira, nem sempre as crianças, ao terem alta, recebiam os medicamentos necessários. Assim, a continuidade do tratamento, em casa, ficava na dependência de os pais terem meios para adquirir os remédios prescritos.

Acontece, porém, que muitas famílias atendidas pelo SUS não têm condições para aquisição desses remédios, que, na maioria das vezes, são antibióticos de preços elevados; os mais usados no caso de doenças respiratórias custam em torno de R\$25,00 a unidade. Quando a criança retorna ao lar, após a alta, e ali não recebe os medicamentos e os cuidados básicos, como: agasalho, calçados, água tratada e em abundância, higiene corporal e dos alimentos, da casa e dos arredores e alimentação adequada, sua recuperação fica comprometida.

Segundo as mães, antes da internação, 10 crianças usavam chupeta e cinco, mamadeira. Sabe-se que a necessidade de sucção está presente nas crianças na faixa etária de 0 a 2 anos. A chupeta no hospital era usada no momento do choro e do desespero; as auxiliares de enfermagem a ofereciam à criança como se fosse um calmante, um consolo. As que não tinham chupeta começavam a pedi-la aos pais e às auxiliares de enfermagem; quando não eram atendidas, chupavam o dedo.

A sucção é uma atividade comum e característica do primeiro ano de vida, especificamente do reflexo, primeira etapa do estágio sensoriomotor. O uso da chupeta, após essa idade, já não é recomendável, devendo ser desencorajado. No entanto, devemos considerar a influência cultural que prolonga e reforça esse hábito, condicionando seu uso diante de qualquer frustração

como recurso para acalmar a criança (LEÃO et al., 1983). A literatura demonstra que crianças, quando submetidas a estresse, experimentam regressão, que se revela pelo retorno a hábitos já abandonados, como o uso da chupeta e da mamadeira. Uma das características de crianças entre 2 e 6 anos de idade é a aquisição progressiva de independência, não se justificando, pois, a volta do uso de mamadeiras ou que os alimentos lhe sejam dados na boca.

No que se refere à imunização sistemática, observou-se que seis crianças na faixa etária em estudo apresentavam o cartão de vacina incompleto, podendo estar, dessa maneira, mais suscetíveis a enfermidades. Entretanto, nenhuma das causas de internação estava relacionada, de forma direta, a enfermidades resultantes da falta de vacinação. Embora a unidade de análise deste estudo tenha sido circunscrita ao Município de Viçosa, em um período específico de tempo, os dados são comuns em todo o país.

4.2. Características das famílias das crianças

Das 20 crianças participantes, 11 viviam com a família nuclear, em geral composta por pai, mãe, irmãos e agregados, residindo em casa própria. As demais, nove crianças, viviam sem o pai em outros arranjos familiares, das quais cinco moravam com a mãe, irmãos e agregados em casa própria e quatro com a mãe, na casa dos avós. Estas últimas eram filhas de mães solteiras e moravam na casa da avó materna, juntamente com os tios.

O tamanho das famílias era, em média, de 5,75 membros por residência, variando entre 3 e 12 membros, acima da média do país (3,7) e do estado (3,8), inclusive quando se levava em consideração a renda *per capita*, que no país era de 5,2 e no estado, de 5,3, naquelas que viviam com até 1/4 de salário mínimo (FIBGE,2001).

Na totalidade dos casos, participaram do estudo crianças pertencentes a famílias com perfil socioeconômico representativo do segmento de baixa renda mensal, variando entre meio e dois salários mínimos e meio. Na época da pesquisa, o salário mínimo era de R\$151,00.

Todas as mães trabalhavam fora do lar, em geral como empregada doméstica e, ou, diarista; duas delas prestavam serviços na lavoura.

Verifica-se, no Quadro 5, que o local de residência da maioria das famílias (17) era proveniente de bairros periféricos do Município de Viçosa, como Bom Jesus, Nova Viçosa, Estrelas, São Sebastião e Fátima. Duas viviam na zona rural (Vau-Açu e Paraíso), duas famílias em distritos próximos a Viçosa (Silvestre e Cachoeirinha) e três em municípios próximos, Cajuri, Coimbra e Paula Cândido.

Quadro 5 – Local de residência das famílias. Viçosa, MG, 2000

Local	Número de Famílias
Bairros próximo ao centro	3
Bairros afastados	10
Zona rural	2
Distritos próximos	2

A idade dos pais variava de 17 a 41 anos, apresentando uma média de 30 anos, enquanto a idade das mães oscilava entre 22 e 42 anos. Observou-se que o índice de crianças consideradas como filho mais velho era elevado, visto que os filhos tinham idade inferior a 6 anos. Verifica-se, no Quadro 6, que a maior incidência de casos encontrava-se na faixa etária abaixo de 30 anos, confirmando, assim, que, aproximadamente, metade das famílias estava no estágio de iniciação do ciclo de vida. Uma pequena minoria dos pais tinha idade acima de 40 anos.

Quadro 6 – Idade dos pais das crianças em estudo. Viçosa, MG, 2000

Faixa etária	Pai	Mãe
Menos de 30 anos	11	9
De 30 a 40 anos	6	6
Acima de 40 anos	3	5

Conforme mostrado no Quadro 7, observou-se maior concentração de crianças que viviam com ambos os pais, casados ou amigados (11), sendo considerável o número de mães solteiras (6) e de mães separadas (3). Sem um cônjuge ou pai das crianças, essas mães tinham que arcar sozinhas ou com a ajuda de seus familiares as responsabilidades de cuidar e criar os filhos, o que tornaria essas famílias mais vulneráveis.

Quadro 7 – Caracterização do estado conjugal das mães. Viçosa, MG, 2000

Estado Conjugal	Número de Crianças
Casadas	9
Amigadas	2
Separadas	3
Mãe solteira sem cônjuge	6

4.3. Descrição da rotina diária hospitalar, nos períodos da manhã, tarde e noite

A rotina diária no hospital iniciava-se aproximadamente entre 6 e 7 h, quando as crianças começavam a acordar. Esse período coincidia com o primeiro turno do plantão da equipe de enfermagem, cuja carga horária era de 12 horas, revezando com um dia de descanso. Na enfermaria pediátrica trabalhavam, durante o dia, uma técnica em enfermagem e uma auxiliar. Na pediatria, ficava uma técnica em enfermagem, que era supervisionada e orientada por uma enfermeira, com nível superior.

Assim que as crianças acordavam, dava-se início aos procedimentos de enfermagem, iniciando por higienização, banho, trocas de fraldas, limpeza e troca de roupa de cama dos berços. Nesse mesmo horário era realizada a administração de medicamentos a cargo de uma auxiliar de enfermagem. As crianças que precisavam fazer exames específicos, como de sangue e raios X, eram encaminhadas para os setores apropriados. Existia, no hospital, uma pessoa responsável para executar a tarefa de levar as crianças aos setores de exames e retornar com elas para a pediatria.

As crianças que estavam higienizadas e medicadas eram conduzidas à mesa onde era servido o desjejum, o qual, para crianças acima de 2 anos, era constituído de pão de sal com manteiga e leite com café. Para as crianças menores era oferecida a mamadeira, servida no próprio berço, à base de leite e uma farinha, como amido de milho ou arroz. As crianças que estavam em dieta especial, com alimentação suspensa ou com restrição de alimentos, recebiam uma refeição individual e específica. Quando a prescrição exigia jejum, a criança era alimentada apenas no momento recomendado pelo médico.

A visita médica iniciava-se por volta das 8 h. No momento em que esta pesquisa estava sendo realizada, havia três pediatras e um cirurgião que atendiam as crianças internadas. Primeiramente, os médicos analisavam os prontuários e depois faziam os

exames físicos. Após esses procedimentos, as crianças, cujos estados de saúde permitia, iam para a sala de televisão, que ficava dentro da pediatria, assistir a uma programação infantil. Algumas delas iam carregando o soro no braço, outras ficavam assentadas nas cadeiras e debruçadas sobre estas.

Independentemente do número de crianças internadas, as atividades lúdicas eram realizadas duas vezes ao dia, uma às 9 h, após os exames médicos, e outra às 15 h, depois de tomarem o lanche. Quando havia muitas crianças internadas aptas a participar de brincadeiras, fazia-se um rodízio para que todas pudessem brincar, pois não havia pessoal treinado (estagiárias) em número suficiente para prestar os cuidados, quase que individuais, de que essas crianças necessitavam. As que participaram dessas atividades no dia anterior ficavam desejosas de repetir a brincadeira e perguntavam, constantemente, a que horas iam descer para brincar. Quando a estagiária chegava, os olhos das crianças brilhavam e elas sorriam, antecipando esse momento de prazer.

O almoço era servido às 11 h, cujo cardápio era elaborado, balanceado e supervisionado por uma nutricionista, constando de todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento da criança, como cereais ou tubérculos, carnes, hortaliças e gordura. As criança menores de um ano recebiam esses nutrientes em forma de sopa ou mamadeira à base de leite.

O horário do almoço em geral era calmo e tranquilo, sem choro ou outras manifestações de desagrado. A maior parte das crianças se alimentava bem, e algumas pediam para repetir. Um menino de 6 anos disse que “a comida do hospital era muito gostosa e tinha carne todo dia”, indicando, com isso, que em casa não recebia alimentação completa.

Quadro 8 – Rotina diária da criança no Hospital São Sebastião. Viçosa, MG, 2000

Horário

Eventos

6-7h	Despertar
7h	*Exames de rotina e administração de medicamentos conforme prescrição médica
7-7h30min	Banho
7h30min-8h	Desjejum
8-9h	Visita médica
8-9h	Assistir à TV
9-11h	Atividade lúdica
11h	Almoço
11h30min	Início do repouso
12h	Sono
13h	As crianças acordam (despertar)
13h	Visita dos pais (terça, quinta e domingo)
14h	Lanche
15 -17h	Atividade lúdica
17h	Jantar
18-20h	Assistir à TV
20h	Ceia

21h30min	Preparo para dormir
22-7h	Sono noturno

* Medicação oral, nasal e injetável. Administração de soro e exame de sangue.

Em três dias da semana, terça, quinta e domingo, o hospital estabelecia um horário, no período da tarde, para visitas. Nessas tardes, a rotina girava em torno dos preparativos para esse momento. Observava-se que, desde cedo, as crianças ficavam ansiosas para reencontrar alguém da família, mas, mesmo assim, costumavam dormir. Perguntavam pelos pais e deitavam esperando o encontro. Nesse horário, costumavam ir ao hospital não só os pais da criança, mas avós, tios, irmãos mais velhos e amigos. Quando o desejo de reencontrar os parentes era frustrado ou as visitas não apareciam, as crianças ficavam tristes, com os olhos cheios de lágrimas.

Outro momento doloroso presenciado era o da despedida dos familiares e amigos, quando tanto as crianças quanto os pais costumavam chorar. Muitas delas ficavam gritando e chamando pelos pais durante muito tempo. Um toque do sino do hospital assinalava o fim da visita. Esse som já era conhecido pelas crianças maiores, que, muitas vezes, ainda chorosas e tristes, ajudavam a consolar as menores, com gestos e palavras de carinho ou oferecendo-lhes a chupeta.

Nessas visitas, os pais revelam seu carinho e sua preocupação, fazendo recomendações à equipe de enfermagem. Muitos traziam agrados, como queijo e verduras, frutas produzidas em suas hortas domiciliares ou em suas propriedades, como uma forma significativa de dizer "muito obrigado".

Observou-se também que, no momento das visitas, algumas crianças se comportavam de maneira agressiva com os pais. Estes, não tendo domínio sobre os filhos, reagiam de maneira que se pode considerar agressiva. Dentre as situações presenciadas, destaca-se a seguinte fala de uma das mães, que, naquelas condições, soava terrivelmente ameaçadora: "se você não obedecer, você vai ficar aqui no hospital". Essa frase simboliza e reforça para a criança a percepção que ela tem da dor, do sofrimento físico, da rejeição, do isolamento, como punição, revelando, ainda, a percepção que os pais têm a respeito do hospital, como se lá fosse um lugar de correção para a criança.

Nos dias de visita, o lanche era servido após a saída dos familiares. A maioria dos pais trazia de casa guloseimas, como iogurtes, frutas, biscoitos, balas, doces e "Chips", o que deixava as crianças enfasiadas na hora do lanche servido pelo hospital, mas, mesmo assim, elas aceitavam o lanche. As crianças maiores guardavam os alimentos trazidos pelas visitas para comerem mais tarde, geralmente à noite, após o jantar. Ainda que os pais fossem orientados acerca dos alimentos que podiam trazer, muitos contrariavam essas normas. Com isso, era possível que alguma criança ingerisse alimentos fora da prescrição médica ou nutricional. Observou-se, também, que algumas crianças dividiam os alimentos recebidos com outras, oferecendo, por vezes, às enfermeiras e estagiárias.

O gesto dos pais de trazer as guloseimas para os filhos tinha o intuito de recompensá-los pelo sofrimento advindo da internação, como pode ser percebido no depoimento de uma mãe: "olha o que a mamãe trouxe para você, uma surpresa, enquanto você estiver aqui a mamãe vai trazer tudo que você gosta".

Depois do horário de visitas, as crianças eram levadas, pelas estagiárias, à Sala de Atividades Lúdicas, onde eram realizadas as brincadeiras.

O jantar das crianças era servido às 17 h, cujo cardápio era sempre uma sopa. Depois do jantar, as crianças permaneciam na sala e ficavam assistindo à televisão e conversando umas com as outras e com as auxiliares de enfermagem.

Às 19 h era realizada a troca de plantão da enfermagem. A auxiliar de enfermagem que está entrando assumia o plantão, recebia o relato minucioso dos acontecimentos do dia e analisava a ficha de cada criança. A partir daí, ficava apenas uma auxiliar de enfermagem na pediatria. Era um horário difícil, pois, além de fazer trocas de fraldas e atender as crianças que estavam sendo internadas, ela tinha, freqüentemente, de dar assistência individual a mais de uma criança.

Às 20 h era servida a última refeição: uma ceia com leite, pão ou biscoito para crianças acima de 2 anos e mamadeira para as menores. Observou-se que algumas crianças não tomavam a ceia, ou por estarem dormindo ou por estarem sem fome.

No período noturno de observação, notou-se que a maioria das crianças dormia tranquilamente. Entretanto, duas tinham o sono inquieto, quatro chamavam pelos pais e três pela auxiliar de enfermagem, pedindo para ir ao banheiro.

4.4. Caracterização e descrição do comportamento da criança nos eventos da rotina hospitalar

Embora tenham sido feitas e registradas observações durante todo o período de internação, nas análises estatísticas consideraram-se apenas os três primeiros dias de internação, para efeito da homogeneização dos dados.

Como se nota no Quadro 9, o período mais crítico da rotina hospitalar era o do início da manhã, justamente porque nesse período aconteciam eventos relacionados a procedimentos médico-hospitalares, como administração de medicamentos. Nesse

período da manhã, as crianças apresentavam padrões de comportamento que caracterizavam protesto e desespero. Esses padrões, em determinados eventos, repetiam-se ao longo da internação, enquanto outros eram amenizados com o passar dos dias, pois as crianças conheciam os procedimentos, e assim sua ansiedade e medo eram intensificados. Pôde-se constatar que os comportamentos estavam diretamente relacionados aos eventos da rotina do hospital.

Os comportamentos relacionados ao estado de depressão foram os que caracterizaram a fase de desespero segundo a qual a criança apresentava-se isolada das pessoas, inativa, mal-humorada, zangada, triste, não se comunicava e sempre regressava a determinado comportamento anterior, como chupar dedo e chupeta, urinar na cama, pedir mamadeira. Os eventos que mais apresentaram características da fase de desespero foram: preparo para dormir, sono noturno, medicação oral, medicação nasal, medicação intradérmica, administração de soro, exame de sangue, visita dos pais.

O desligamento foi caracterizado por comportamentos como: parece satisfeita, interessa-se pelo ambiente e busca conversação, presenciado nos eventos despertar, medicações oral, nasal e intradérmica, administração de soro e exame de sangue a partir do segundo dia. O desligamento observado na rotina hospitalar apareceu nos demais eventos desde o primeiro dia de internação, conforme mostrado no Quadro 9.

Quadro 9 – Comportamentos que caracterizavam a fase de protesto, desespero e desligamento, de acordo com eventos da rotina hospitalar do Hospital São Sebastião. Viçosa, MG

Eventos	≤ 4 anos			> 4 anos		
	1 ^o Dia	2 ^o Dia	3 ^o Dia	1 ^o Dia	2 ^o Dia	3 ^o Dia
Despertar	Protesto	Desespero	Desligamento	Protesto	Desligamento	Desligamento
Medicação oral						
Medicação nasal						
Medicação intradérmica	Desespero	Desespero	Desligamento	Desespero	Desligamento	Desligamento
Administração de soro						
Exame de sangue						
Banho	Protesto	Desligamento	Desligamento	Protesto	Desligamento	Desligamento
Desjejum	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento
Visita médica	Protesto	Protesto	Desligamento	Protesto	Protesto	Desligamento
Assiste à TV	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento
Atividade lúdica	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento
Almoço	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento
Início do repouso	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento
Sono	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento

Quadro 9, Cont.

Eventos	≤ 4 anos			> 4 anos		
	1 ^o Dia	2 ^o Dia	3 ^o Dia	1 ^o Dia	2 ^o Dia	3 ^o Dia
As crianças acordam (despertar)	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento
Visita dos pais	Desespero	Desespero	Desligamento	Desespero	Desligamento	Desligamento
Lanche	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento
Atividade lúdica	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento
Jantar	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento
Assistir à TV	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento
Ceia	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento
Preparo para dormir	Desespero	Desespero	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento
Sono noturno	Desespero	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento	Desligamento

Legenda:

Comportamentos que caracterizam fase de protesto: choro, grita, ataque verbal às pessoas, pergunta pelos pais, pede para ir embora, ataque físico às pessoas, tenta fugir para casa.

Comportamentos que caracterizaram a fase de desespero: urina e defeca na roupa, usa chupeta, chupa dedo, pede mamadeira, pede água, recusa alimentos prescritos, apresenta vômito, inativa, isola-se das pessoas, triste, zangada, dor e medo.

Comportamentos que caracterizaram a fase de desligamento: parece satisfeita, interessa pelo ambiente e busca conversação.

4.4.1. Descrição do comportamento da criança no evento Despertar

Em geral, ao despertar, as crianças demonstravam estranhamento ao ambiente, reclamando saudades da família, por meio de perguntas como: “cadê meu pai?” Cadê minha mãe? E de afirmativas: "eu quero ir embora" e "eu quero minha mãe", comportamentos esses que caracterizam protesto. De acordo com o Quadro 10, em relação à frequência dos comportamentos característicos da fase de desespero, não se verificou diminuição progressiva do primeiro ao terceiro dia, quando se consideram separadamente as crianças com menos de 4 anos. Entre estas, registrou-se uma diminuição da frequência do primeiro para o segundo dia, mas um aumento do segundo para o terceiro dia. Já as crianças acima de 4 anos apresentaram comportamento de diminuição progressiva de protesto e desespero e um aumento correspondente de desligamento.

Quadro 10 – Caracterização da frequência de comportamentos no evento Despertar, no período da manhã, referente a 12 crianças menores ou de idade igual a 4 anos e 8 crianças maiores de 4 anos, hospitalizadas durante três dias no Hospital São Sebastião. Viçosa, MG, 2000

Fases	≤ 4 anos			> 4 anos		
	1º dia	2º dia	3º dia	1º dia	2º dia	3º dia
Protesto	77,07%	47,89%	18,72%	45,83%	37,5%	12,5%
Desespero	64,28%	48,80%	60,41%	40%	22,5%	12,5%
Desligamento	36,11%	47,22%	63,88%	37,5%	58,33%	83,33%

Analisando o Quadro 11, verifica-se também que, para as crianças com menos de 4 anos, a frequência dos comportamentos característicos do desespero diminuiu do primeiro para o segundo dia, mas voltou a aumentar no terceiro dia. E entre as crianças com mais de 4 anos, a frequência do comportamento de desespero aumentou bruscamente do primeiro ao terceiro dia.

Quadro 11 – Caracterização da frequência de comportamentos no evento Despertar, no período da tarde, referente a 12 crianças menores ou de idade igual a 4 anos e 8 crianças maiores de 4 anos, hospitalizadas durante três dias no Hospital São Sebastião. Viçosa, MG, 2000

Fases	≤ 4 anos			> 4 anos		
	1º dia	2º dia	3º dia	1º dia	2º dia	3º dia
Protesto	77,77%	36,11%	16,66%	25%	12,5%	0%
Desespero	41,66%	34,72%	47,91%	37,5%	62,5%	62,5%
Desligamento	80,55%	72,22%	77,77%	66,66%	87,5%	62,5%

No terceiro dia, a criança já conhecia o procedimento do despertar ocorrido no segundo dia, fato este que não acontecia no primeiro dia de internação, pois a criança não despertava no hospital, já chegava lá pela manhã para ser internada.

Ao acordar pela manhã, as crianças permaneciam nos leitos, dependentes das auxiliares de enfermagem responsáveis, que tomavam a decisão e a iniciativa de que evento realizar primeiro, que na maioria das vezes era a higienização. O banho era necessário nesse horário, porque todas as crianças acordavam suadas e com as roupas molhadas de urina ou sujas de fezes. As crianças passavam toda a noite sem ir ao banheiro e acabavam fazendo suas necessidades fisiológicas na própria roupa. As crianças de 6 anos que fizeram parte da amostra não usavam fraldas durante a noite, enquanto as outras eram vestidas com uma fralda de pano e um saco plástico envolvendo-as, afixado com fita crepe. Essa fralda era colocada pela auxiliar de enfermagem que entrava no plantão da noite. Havia casos de a auxiliar de enfermagem colocar a fralda em criança já adormecida. Em geral não havia troca de fraldas à noite, exceto em casos excepcionais.

O que foi percebido no hospital é que as crianças que dormiam ou permaneciam em seus leitos à tarde tinham o sono mais calmo, mais tranquilo durante a noite, ficando mais relaxada e mais fácil para adormecer.

4.4.2. Descrição dos comportamentos da criança nos eventos referentes à medicação: oral, nasal, intradérmica, soro e exame de sangue

A medicação oral nas crianças era realizada em intervalos de horas, dependendo do seu estado de saúde e da prescrição médica. Esses medicamentos geralmente eram antitérmicos, analgésicos, xaropes e antibióticos.

Os comportamentos das crianças mais freqüentemente encontrados nesse evento no primeiro dia de internação foram: perguntar pelos pais, pedir para ir embora, pedir água, apresentar náuseas, estar inativa, isolar-se das pessoas e ficar triste. No segundo dia, os comportamentos como perguntar pelos pais e pedir para ir embora já não ocorriam tanto. No terceiro dia, apareceram comportamentos característicos do desespero, como pedir água e ter náuseas, entretanto o terceiro dia de observação foi caracterizado pelo desligamento.

O comportamento da criança "apresenta vômito" foi encontrado com freqüência somente nesse evento. O vômito é um sintoma freqüente na infância, tornando-se fator preocupante quando se repete, no mesmo dia, por várias vezes, ou no caso de deixar a criança apática após sua manifestação (LAMARE, 1999). O vômito apresentado pelas crianças em estudo foi observado e justificado pelos médicos pela própria indisposição na aceitação do remédio, já que estes apresentam gosto, odor forte e tamanho grande (comprimidos), sendo difíceis de engolir.

No período da coleta de dados, o hospital estava passando por dificuldades financeiras com relação à aquisição de medicamentos, principalmente os ingeridos por via oral, fossem líquidos ou comprimidos. As crianças recebiam alta, mas o médico prescrevia medicamentos como antibióticos líquidos para os pais comprarem e administrarem em casa, em continuidade ao tratamento.

Foram observados 25 episódios de nebulização nos três primeiros dias de internação, realizados pelas auxiliares de enfermagem ou pela família. Algumas crianças faziam nebulização somente no primeiro dia, outras realizavam em todos os dias de internação e, ainda, existiam aquelas que não precisavam desse tratamento. Os comportamentos de protesto mais freqüentemente encontrados no

primeiro dia de nebulização foram: grito, pergunta pelos pais, pedido para ir embora e de água, vômito, isolamento das pessoas e tristeza. A única medicação nasal usada no hospital no momento da pesquisa foi a nebulização, que é a filtragem do ar utilizada no tratamento para desobstruir as vias respiratórias. Esta medicação era aplicada na pediatria, em intervalos de quatro, seis e oito horas, por meio de um aparelho específico, chamado de nebulizador.

A medicação injetável era administrada à criança geralmente em intervalo de seis a oito horas; ou outro, segundo as prescrições médicas em caso de necessidade, por exemplo em casos de desconforto externo e quando a criança estava sentindo muita dor.

Os comportamentos mais freqüentemente encontrados nos 20 episódios de medicação injetável foram: choro, grito, pergunta pelos pais, pedido para ir embora, inatividade, isolamento das pessoas, tristeza, zangas, dor e medo. Independentemente de a criança ter tomado a injeção no primeiro ou no terceiro dia de internação, os comportamentos manifestados eram sempre os mesmos, variando a freqüência e intensidade, o que amenizava a ansiedade e o medo.

O soro foi ministrado em 80% das crianças (16) observadas. Pelo menos nos dois primeiros dias de internação, elas geralmente recebiam esse tipo de medicamento. No primeiro dia de internação, no auge da fase de protesto, as crianças com menos de 5 anos precisavam ser imobilizadas na parte lateral do berço, com uma atadura com uma tala na mão ou no pé, para manter agulha e soro na veia. Verificou-se que as crianças demonstravam raiva e frustração devidas às limitações físicas impostas por esse procedimento. Tentando se esquivar da "agulhada", as crianças se debatiam, dificultando o trabalho da auxiliar de enfermagem, o que aumentava o seu próprio sofrimento, posto que, com isso, a auxiliar de enfermagem tinha que puncionar a veia do braço e, ou, da perna da criança várias vezes em busca de uma veia para fixar a agulha do soro. Quando a criança apresentava sobrepeso, as dificuldades eram maiores, devido ao acúmulo de tecido adiposo nesses locais. Esse fato foi presenciado em uma das crianças, sendo ilustrado através deste depoimento, cujo nome é fictício, visando preservar sua identidade:

"Ai, tá doendo muito, sai tentação, sai de mim moça, tá doendo."

(RICARDO)

Confirmando esse relato, destacam-se, nesse evento, comportamentos como choro, pergunta pelos pais, pedido para ir embora, inatividade, isolamento das outras pessoas, tristezas, zangas, dor e medo.

As respostas das crianças à dor foram manifestadas por meio de altos gritos, choro, expressões verbais de "Ai", "Ui", "Isto dói", agitação de braços e pernas, tentativa de empurrar o soro para longe antes que ele fosse aplicado, havendo necessidade de contenção física, fato que dificultava o término do procedimento. A criança agarrava-se aos pais, à enfermeira ou a outra pessoa.

Os comportamentos das crianças foram registrados nos momentos de introdução da agulha do soro. Essas choravam até se cansarem por esgotamento físico e acabavam dormindo ou permaneciam em seus leitos inativas, com olhos cheios de água, testas franzidas, encolhidas e tristes. Com o passar das horas, as crianças passavam a se acostumar com a imobilidade parcial da mão ou do pé. Esses comportamentos foram presenciados no primeiro, no segundo e no terceiro dia. Verificou-se que, mesmo a criança sabendo e conhecendo o procedimento da aplicação de soro, ela continuava sentindo dor, chorava, porém a ansiedade e o medo eram amenizados, pois elas conversavam e sorriam, parecendo mais satisfeitas.

A coleta de sangue para os exames era realizada pela manhã. Aquelas que precisavam se submeter a esse procedimento ficavam em jejum até que a funcionária do laboratório responsável por essa atividade, no hospital, comparecesse à pediatria. Das 20 crianças que fizeram parte da amostra, 13 (65%) passaram por essa coleta, todas no primeiro dia de internação. No momento da retirada do sangue, era acompanhado de choro em decorrência da dor, pois algumas crianças gritavam: "está doendo".

A seringa usada pela auxiliar de enfermagem para retirada do sangue nas crianças era descartável. Tanto a seringa como o "garrote" ficavam em uma bandeja inoxidável. Ao vê-la aproximar-se do leito com a bandeja, mesmo sendo

a primeira vez – a criança já conhecia os objetos de coleta de sangue e os associava à dor – já começava a choramingar fazendo perguntas: "tia, você vai me dá injeção", "vai doer", "eu não quero injeção não", "eu já sarei". A auxiliar de enfermagem conversava com a criança, perguntava o nome, explicava o que ia fazer, pedia ajuda para outra auxiliar de enfermagem, que segurava o braço da criança enquanto amarrava o garrote e executava a coleta do sangue. Os comportamentos mais observados foram: choro, grito, pergunta pelos pais, pedido para ir embora, inatividade, isolamento das pessoas, tristeza, zangas, dor e medo. Tais comportamentos, que caracterizam a fase de protesto e desligamento, apresentaram a maior frequência no evento exame de sangue.

4.4.3. Descrição dos comportamentos da criança nos eventos referentes à alimentação diária: desjejum, almoço, lanche e jantar

Em geral, no hospital as crianças recebiam cinco refeições diárias: desjejum, almoço, lanche, jantar e ceia. Estas eram bem recebidas e comidas com gosto como se a doença não lhes afetasse o apetite. Considerando que as crianças que fizeram parte da amostra eram de família de renda baixa, podendo estar, de acordo com a verificação visual física, com baixo peso e apresentando, em sua maioria, anemia que poderia esta associada possivelmente à falta de nutrientes em sua alimentação diária, infere-se que em casa elas não recebiam as refeições em qualidade e quantidade adequadas para seu desenvolvimento. A carência alimentar dessas crianças era vista aparentemente pelas características de peso e altura avaliadas no prontuário médico de internação. Nesse prontuário, não são encontrados propriamente o peso e a altura da criança, entretanto os médicos costumam emitir um parecer técnico de acordo com a aparência e características físicas da criança, como avaliação da pele, dos cabelos, dos dentes, das unhas e dos olhos.

Nesse estudo, o desligamento, nos eventos de alimentação, caracterizado pelo comportamento de descontração da criança observado nos eventos de alimentação, era nitidamente presenciado.

Quadro 12 – Distribuição do comportamento das crianças com relação às fases de protesto, desespero e desligamento, nos eventos relacionados à alimentação, na rotina do Hospital São Sebastião. Viçosa, MG, 2000

Fases	Eventos			
	Desjejum	Almoço	Lanche	Jantar
Protesto	-	-	-	-
Desespero	-	Pede água	-	Pede água
Desligamento	Parece satisfeita	Parece satisfeita	Parece satisfeita	Parece satisfeita
	Interessa-se pelo ambiente	Interessa-se pelo ambiente	Interessa-se pelo ambiente	Interessa-se pelo ambiente
	Busca conversaço	Busca conversaço	Busca conversaço	Busca conversaço

Os horários das refeições eram vivenciados pelas crianças com muito prazer e alegria, demonstrados através do sorriso, da colaboração com as auxiliares de enfermagem levando o prato até a copa, da colaboração com as outras crianças com falas de incentivo e pelos olhares acompanhados de perguntas e histórias referentes à situação. As crianças comiam tudo que era servido, conversavam, faziam perguntas se poderiam repetir e falavam que a comida estava muito gostosa, que precisavam comer tudo para melhorar, ficar forte e sair do hospital. Fatos esses ilustrados pelos seguintes depoimentos:

"Minha mãe disse que se eu comer tudo eu fico feliz e forte e posso ir embora para casa" (AMANDA).

"Aqui no hospital tem comida deliciosa todo dia" (SÍLVIA).

De acordo com a distribuição das frequências, verificou-se que algumas criança pediam água durante as refeições, entretanto os demais comportamentos das crianças nos eventos relacionados às refeições caracterizaram a fase de desligamento, pois apresentavam comportamentos como “parece satisfeita”,

“interessa-se pelo ambiente” e “busca conversação”, durante os três dias de internação.

4.4.4. Descrição do comportamento da criança no evento Banho

Nessas análises foram utilizados os dados referentes à observação de 20 crianças em três dias, tomando um banho por dia, num total de 60 episódios. Dos comportamentos observados, verificou-se que no primeiro dia de internação as crianças com menos de 4 anos apresentavam comportamentos característicos de protesto, como choro, grito, ataque físico às pessoas e pedidos para ir embora.

Quadro 13 – Caracterização da frequência de comportamentos no evento Banho, no período da tarde, referente a 12 crianças menores ou com idade igual a 4 anos e oito crianças maiores de 4 anos, hospitalizadas durante três dias, no Hospital São Sebastião. Viçosa, MG, 2000

Fases	≤ 4 anos			> 4 anos		
	1º dia	2º dia	3º dia	1º dia	2º dia	3º dia
Protesto	83,33%	43,75%	8,33%	34,37%	25%	0%
Desespero	12,5%	0%	0%	0%	0%	0%
Desligamento	69,44%	69,44%	75%	66,66%	75%	95,83%

No segundo e terceiro dias, os comportamentos típicos de protesto foram decrescendo acentuadamente e já apresentavam comportamentos característicos de desligamento: “parece satisfeita”, “interessa-se pelo ambiente” e “busca conversação”. Entre as crianças acima de 4 anos de idade não se observaram comportamentos típicos de desespero. Os protestos caíram de 34,37% no primeiro dia para 0% no terceiro dia, enquanto comportamentos típicos de desligamento cresceram de 66,66% para 95%, indicando uma familiarização

rápida nos dois grupos. Apesar de a maioria das crianças apresentar-se inativa, nos três dias de internação elas demonstravam, por meio do sorriso, das perguntas e das palavras, que o banho era um momento gostoso e prazeroso, podendo ser ilustrado nos depoimentos seguintes:

"Na minha casa a gente toma banho na bacia ou no ibeirão, essa água aqui é quente e tem sabonete também" (MARCIA).

"Tia nós tem que tomar banho pra lavar e depois ir brincar né" (RICARDO).

4.4.5. Descrição do comportamento da criança no evento Visita Médica

No evento Visita Médica, os pediatras analisam os prontuários, nos quais estavam registrados os dados específicos da criança, como medicação, dosagem e resultados de exames e a evolução da doença. Os médicos conversam com as enfermeiras, fazendo perguntas com relação ao seu estado geral e realizavam em cada criança o exame físico. A visita médica era realizada todos os dias, inclusive aos sábados e domingos, mesmo porque acontecem internações nesses dias.

Como mostrado no Quadro 14, com relação ao evento Visita Médica, observou-se que tanto as crianças com menos de 4 anos quanto as com mais de 4 apresentavam decréscimo nos comportamentos, o que caracterizava a fase de protesto, do primeiro dia para o terceiro dia de internação. No decorrer dos dias de internação, as crianças choravam, gritavam, perguntavam pelos pais e pediam para ir embora com menos frequência, demonstrando menos ansiedade. Esse fato pode ser justificado, já que no primeiro dia, além da insegurança e ansiedade da criança, tudo era diferente da sua rotina: os procedimentos do médico, os exames laboratoriais e até mesmo a aplicação de injeção e a administração de soro, procedimentos que, muitas vezes, eram amenizados no decorrer do segundo e do terceiro dia. Já os comportamentos típicos de desespero entre as crianças menores de 4 anos tiveram crescimento do primeiro para o segundo dia e queda do segundo para o terceiro dia.

Quadro 14 – Caracterização da frequência de comportamentos no evento Visita Médica, referente a 12 crianças menores ou com idade igual a 4 anos e oito crianças maiores de 4 anos, hospitalizadas no Hospital São Sebastião. Viçosa, MG, 2000

Fases	≤ 4 anos			> 4 anos		
	1º dia	2º dia	3º dia	1º dia	2º dia	3º dia
Protesto	57,14%	28,57%	8,33%	87,5%	29,16%	0%
Desespero	7,05%	17,30%	11,53%	2,88%	0,96%	0%
Desligamento	33,33%	27,77%	19,44%	25%	10,71%	29,16%

A análise do Quadro 14 revela que, tanto para crianças com menos de 4 anos como para as com 4 anos e mais, a frequência dos comportamentos característicos da fase do desligamento não aumenta progressivamente como ocorre na maioria dos outros da rotina hospitalar. Na realidade, para as crianças com menos de 4 anos, há uma diminuição do primeiro ao terceiro dia. Para as crianças com mais de 4 anos, a frequência dos comportamentos de desligamento declina do primeiro para o segundo dia e aumenta do segundo para o terceiro. A postura dos médicos pode alterar o comportamento das crianças, pois as visitas diárias à pediatria eram realizadas com pouco diálogo, mantendo sempre os mesmos procedimentos.

As crianças com mais de 4 anos buscavam conversação com o médico através de perguntas, como: "Que dia eu vou para casa? Vai doer? Eu já sarei?" Os médicos respondiam a essas perguntas sem prolongar muito o assunto. Notava-se que os médicos conversavam pouco com as crianças, muitas vezes nem respondiam às perguntas que elas lhes faziam. Os exames físicos realizados pelos médicos eram feitos igualmente para todas as crianças. No segundo dia de internação, na maioria das vezes era realizado o mesmo procedimento do primeiro dia, já no terceiro dia de internação os médicos se restringiam apenas ao prontuário, fazendo perguntas sobre o estado da criança às auxiliares de enfermagem.

4.4.6. Descrição do comportamento da criança no evento Assistir à TV

A televisão, tendo como objetivo a diversão, nem sempre era sintonizada em canais que estivessem passando programas infantis. Esta divertia apenas pela novidade, pois, de acordo com dados coletados, referentes à visita domiciliar, verificou-se que 65% (13) das crianças não tinham aparelho de TV em casa. As auxiliares de enfermagem procuravam ligar a TV em programas infantis, mas nem sempre era possível, pois o hospital não tinha TV a cabo e nem mesmo videocassete, tendo sido observado, algumas vezes, as crianças assistindo a filmes de luta e violência, novela, jornal e programas de auditório.

A televisão parece ser uma alternativa amplamente utilizada pelo hospital para entreter as crianças. Pelo que se observou, as crianças vão assistir à televisão quando não querem ficar no leito, enquanto aguardam algum procedimento da rotina hospitalar, após o exame físico e em qualquer ocasião que lhes aprouver.

Analisando conjuntamente os Quadros 15 e 16, verifica-se que a frequência dos comportamentos característicos do desespero durante o evento assistir à TV pela manhã diminui progressivamente do primeiro para o terceiro dia, considerando todas as crianças observadas. Já no evento assistir à TV à noite, a frequência dos comportamentos de desespero não seguia um padrão progressivo de diminuição, havendo inclusive aumento do primeiro ao terceiro dia para as crianças com mais de 4 anos e aumento do primeiro ao segundo para as crianças com mais de 4 anos. Possivelmente, esse comportamento reflete o período do dia em que a falta dos pais ou a saudade de casa eram mais acentuadas, o que fazia aflorar o desespero.

Já que o hospital não conta com TV a cabo e videocassete, a opção de programas infantis fica restrita para as crianças, e no período da manhã as emissoras de televisão apresentam maiores opções de programas infantis, fazendo as crianças demonstrarem comportamentos que estejam mais relacionados ao desligamento, ou seja, característicos deste.

Quadro 15 – Caracterização da frequência de comportamentos no evento Assistir à TV no período da tarde, referente a 12 crianças menores ou com idade igual a 4 anos e oito crianças maiores de 4 anos, hospitalizadas no Hospital São Sebastião. Viçosa, MG, 2000

Fases	≤ 4 anos			> 4 anos		
	1º dia	2º dia	3º dia	1º dia	2º dia	3º dia
Protesto	22,22%	16,66%	0%	0%	0%	0%
Desespero	31,94%	27,77%	23,33%	29,16%	20,83%	18,75%
Desligamento	66,66%	83,33%	91,66%	87,5%	95,83%	100%

Quadro 16 – Caracterização da frequência de comportamentos no evento Assistir à TV no período da noite, referente a 12 crianças menores ou com idade igual a 4 anos e oito crianças maiores de 4 anos, hospitalizadas no Hospital São Sebastião. Viçosa, MG, 2000

Fases	≤ 4 anos			> 4 anos		
	1º dia	2º dia	3º dia	1º dia	2º dia	3º dia
Protesto	12,5%	8,3%	0%	0%	0%	0%
Desespero	58,33%	66,66%	52,77%	45,8%	50%	50%
Desligamento	83,33%	91,66%	100%	75%	79,16%	79,16%

4.4.7. Descrição do comportamento da criança no evento Atividade Lúdica

O horário das atividades lúdicas era muito apreciado pelas crianças que já ficavam esperando e perguntando pela estagiária. Para as crianças debilitadas pela doença, as estagiárias traziam para a pediatria brinquedos como quebra-cabeça, monta tudo, lego e livros de história, os quais, muitas vezes, eram usados também no próprio leito. Entretanto, as que ficavam nos leitos queriam brincar,

faziam perguntas e questionavam por que não poderiam ir para a sala de atividades também.

As atividades lúdicas desenvolvidas no hospital compreendiam: desenho e pintura, com material diverso, como lápis de cor, canetinhas, giz de cera, pintura com tinta-guache em diferentes tipos de papéis; recorte e colagem; massinha industrializada; brincadeiras tradicionais tipo passar anel, boca do forno, coelhinho sai da toca, telefone sem fio, histórias, música, dobraduras, fantoches, confecção de brinquedo com sucata, confecção de adereços e enfeites pessoais e para sala, visando a comemorações socioculturais como carnaval, confecção de máscara e colar; jogos: memória, dominó, quebra-cabeça, seqüência lógica; construção com blocos de madeira; etc.

Notou-se na sala de atividades uma aceitação maior na área de brinquedo dramático, no qual as crianças usavam, como brinquedos, jalecos brancos, bonecas, soro, estetoscópio, ambulância de plástico, "kits" sangüíneo e de medir pressão, termômetro, caixas de remédios vazias e berços.

De acordo com o Quadro 17, os resultados obtidos no período da manhã e da tarde, no evento Atividade Lúdica, foram comportamentos típicos da fase de desligamento: parece satisfeita, interessa-se pelo ambiente e busca conversação. Percebe-se que não houve variação dos comportamentos do primeiro para o segundo e terceiro dias de internação.

Quadro 17 – Caracterização da freqüência de comportamento, no evento Atividade Lúdica, no período da manhã, referente a 12 crianças menores ou com idade igual a 4 anos e oito crianças com mais de 4 anos, hospitalizadas durante três dias no Hospital São Sebastião. Viçosa, MG, 2000

Fases	≤ 4 anos		> 4 anos	
	Manhã	Tarde	Manhã	Tarde
Protesto	0%	0%	0%	0%
Desespero	0%	0%	0%	0%
Desligamento	100%	100%	100%	100%

No meio da manhã, por volta das 9 h, as crianças iam para a sala de atividades lúdicas do hospital, onde comportamentos como choro e lágrimas, sentimentos de tristeza e desinteresse passavam a dar lugar ao sorriso e à conversa, à alegria e à descontração. Esse era também para a pesquisadora o evento mais alegre, o melhor momento. Durante essas atividades, as crianças sorriam, faziam perguntas, exploravam o ambiente descontraidamente. No primeiro dia de internação, quando eram apresentadas à sala de atividades, as crianças olhavam tudo, tocavam e manipulavam os brinquedos, faziam perguntas, trocavam os brinquedos de lugar. No segundo dia de internação, as crianças perguntavam às enfermeiras e às estagiárias qual seria o momento das atividades – esta pergunta era garantida. Ocorria também o fato de a criança não querer sair da sala de atividades lúdicas para voltar à enfermaria. As mudanças nas crianças eram observáveis durante o período de internação. Verificava-se que os comportamentos de desespero e protesto encontrados em certos eventos, como: visita médica, administração de medicamentos, banho, eram amenizados e substituídos por comportamentos que caracterizavam a fase de desligamento.

O desligamento é raramente observado em crianças hospitalizadas, mas os dados obtidos do comportamento da criança nos eventos da rotina hospitalar evidenciam que, com as atividades lúdicas, atividades estas pouco comuns nas rotinas hospitalares, as crianças passam a apresentar evolução significativa dos comportamentos durante o período de internação.

Na área de brinquedo dramático, através da manipulação e manuseio dos brinquedos e equipamentos, as crianças aprendem o nome dos equipamentos médicos, como funcionam e qual a sua finalidade, aumentando o seu conhecimento. Percebeu-se que a criança, por meio da dramatização, elaborava melhor os seus sentimentos, eliminando seus medos e ansiedades, exteriorizava o seu mundo interior, construído de sentimentos e afetos que ainda não era capaz de reconhecer e identificar. Verificaram-se casos de crianças que tinham muito medo de agulha, mas no brinquedo dramático elas demonstravam e aplicavam injeção até no colchão e no travesseiro dos leitos em miniatura.

Por meio dos instrumentos de coletas de dados, bem como das observações da criança, verificou-se que as atividades lúdicas no hospital não eram consideradas apenas simples distração/diversão, como era o caso do evento Assistir à TV, mas uma forma sólida e eficiente de a criança internalizar os conceitos e papéis vivenciados no hospital, como o de paciente, médico e enfermeiro, elaborando seus medos, suas ansiedades e seus conflitos, interferindo positivamente no decorrer dos dias de internação, diminuindo o tempo e recursos do hospital, acarretando menores complicações e aceitando melhor o tratamento.

De acordo com a literatura, o desligamento geralmente ocorre após a separação prolongada dos pais, sendo raramente observado em crianças hospitalizadas. O que se pôde constatar, no hospital, foi que as crianças, de acordo com seus comportamentos, tinham resposta positiva quando iam brincar na sala de atividades lúdicas. Na fase de desligamento, os comportamentos passavam a representar um ajuste superficial à perda. As crianças brincavam e formavam novos relacionamentos, tanto com médicos, estagiárias e enfermeiros quanto com as crianças. No entanto, os únicos comportamentos que caracterizavam a fase de protesto e desespero no evento Atividade Lúdica foram: pedem água e pedem para ir ao banheiro, comportamentos esses verificados nas crianças com menos de 4 anos duas a três vezes, os quais possivelmente correspondiam à expressão de reais necessidades.

No período de observação de uma criança que fazia parte da amostra, percebeu-se a boa disposição com que se alimentava, tinha fome voraz, sorria quando era convidada a participar das atividades, mostrava-se meiga e cativante. Num certo dia, o médico aproximou-se da menina, para fazer os exames diários de rotina, e ela ficou observando todos os seus movimentos. O médico disse que estava de alta, que poderia ir para casa. Disse isso conduzindo o olhar à enfermeira, indicando que fossem tomadas as devidas providências. Quando o médico passou a examinar outra criança, aquela que acabara de receber alta começou a fazer vômito e a tossir. Tendo conseguido obter a atenção de todos que ali estavam, ela disse que não estava boa, que queria permanecer no hospital,

porque ali ela tinha comida, um monte de brinquedos e tomava banho no chuveiro.

4.4.7.1. Percepção das crianças com relação ao seu estado emocional antes e depois da atividade lúdica

Para caracterizar o estado emocional das crianças antes e depois das atividades lúdicas, foi realizada, com as 20 crianças pertencentes à amostra, uma atividade que consistia de um jogo de cartões ilustrados com expressão fisionômica, visando conhecer e registrar a percepção que elas tinham sobre o seu próprio estado emocional. Essa atividade de expressão fisionômica era aplicada às crianças assim que elas chegavam à sala de atividades e reaplicada minutos antes de voltarem à pediatria, onde se encontravam os leitos.

No Quadro 18, mostra-se a autopercepção das crianças com relação ao seu estado emocional, antes e depois das atividades lúdicas, nos períodos da manhã e da tarde. Verifica-se, nesse quadro, que no período da manhã a expressão fisionômica susto não foi identificada pela criança. Expressões como tristeza, raiva, sono e choro tiveram percentual decrescente do antes para o depois, constatando-se "alegria" como a única expressão crescente. Já no período da tarde, expressões como susto, tristeza e raiva não foram evidenciadas quando a pesquisadora perguntava como a criança estava se sentindo depois das atividades lúdicas. O sono e o choro apresentaram decréscimo, e a alegria foi evidenciada de forma crescente do antes para o depois.

Os depoimentos abaixo confirmam a importância das atividades lúdicas no ambiente hospitalar.

"Aqui é o melhor lugar do hospital" (LÚCIO).

"Tia, amanhã eu posso voltar pra brincá de novo?" (VANDO).

"Na minha casa eu não tenho brinque do. Posso levar um brinquedo daqui para minha casa? É que eu adoro brincar" (PAULO).

"Quando eu estou brincando, eu fico só feliz" (AMANDA).

Quadro 18 – Autopercepção do estado emocional das 20 crianças hospitalizadas na pediatria do Hospital São Sebastião, antes e depois, em 60 episódios das atividades lúdicas, no período da manhã e tarde. Viçosa, MG, 2000

Estado Emocional	Manhã		Tarde	
	Antes	Depois	Antes	Depois
Susto	-	-	3	-
Tristeza	16	-	20	-
Raiva	7	0	7	-
Sono	6	3	8	4
Alegria	8	52	18	55
Choro	23	5	4	1

O resultado do jogo de autopercepção revela nítida mudança no humor das crianças, indicando que as atividades lúdicas são para a criança não apenas distração, mas auxilia na elaboração da vivência hospitalar, exteriorizando medos, angústias e problemas internos e dominando-os por meio da ação do brincar.

As crianças com menos de 4 anos, possivelmente devido à sua idade e ao estágio do desenvolvimento, tinham dificuldades em distinguir as expressões fisionômicas, apontando, ocasionalmente, a mesma expressão fisionômica antes e depois. Porém, era perceptível a expressão de satisfação delas ao convite e durante a participação das atividades lúdicas. Durante a aplicação dessa atividade, perceberam-se diferentes manifestações simbólicas, que diferiram com relação à idade, mesmo sendo todas as crianças classificadas no período pré-operacional. Percebeu-se que, quanto menor a idade, maior era a dificuldade em distinguir as expressões fisionômicas, muitas vezes escolhendo a mesma expressão do antes e depois, em outras fazendo confusão entre o sono e a tristeza; no entanto, as crianças acima de 3 anos já mostravam, com maior precisão, as

figuras que retratavam sua percepção. Os depoimentos verbais relatados são de crianças acima de 4 anos.

4.4.7.2. O brincar de médico no hospital

Dentre as 20 crianças que fizeram parte da amostra, foi selecionada uma subamostra de 10, seguindo-se o critério da ordem de internação, com cinco crianças com menos de 4 e cinco com mais de 4 anos de idade. Essas crianças foram observadas no jogo simbólico, enquanto brincavam com objetos como bonecas, jaleco branco, roupa de médico e enfermeiro, "kits" de verificação da pressão sangüínea, seringas, estetoscópio, termômetro, soro, ambulância de plástico e caixas de remédio, tudo em miniatura. Todos esses brinquedos eram oferecidos de forma propícia ao desenvolvimento da criança. Nessa área, as crianças ensaiavam os procedimentos médicos, imitando o que acontecia com elas no momento da visita médica. Nesses momentos, suas concepções sobre os cuidados no hospital eram ilustradas através dos seguintes registros:

"Todo médico usa roupa branca, meu pai também usa roupa branca, mas só quando ele vai sair para passear, meu pai é bravo e compra bala pra gente."

"O médico vai furá sua cabeça agora, vai furá seu pé e sua barriga."

"Vou colocar duas bonecas num berço só pra ela não ficar sozinha, se não o médico vai pegá ela e levá lá pra bem longe."

"Agora eu estou querendo ir embora, já estou bom, vim na ambulância igual a essa, mas quero voltar no carro, no trator do Tatão."

"Vou vê se você está com febre, abre o bocão, sua barriga tá vazia, você tem que raspar o prato."

"Vou trocar sua fralda, não chora, não vai doer não, se doer eu chamo o médico."

Além de educar as crianças e ajudá-las a lutar contra seus medos, a dramatização com o tema "médico" pode dar-lhes um senso de controle, que usualmente falta durante sua permanência no hospital (HUGHES, 1999).

Ao brincar de médico, a criança criava um mundo próprio no qual estava inserida. "Fazendo de conta", as crianças repetiam as situações vividas como excessivas, impressionantes ou como sem sentido. Isso era permitido devido ao ambiente e aos objetos externos que a área de brinquedo dramático oferecia, tornando ativa aquela situação que viveu passivamente, modificando uma situação que lhe foi difícil tolerar, como a utilização do soro, e vivenciando situações que lhes seriam proibidas como brincar com o estetoscópio do médico. No entanto, a criança também repetia, à vontade, situações praze rosas, oferecendo comida para a boneca e colocando-a no carrinho para ir brincar e passear.

"Eu sou o médico, você vai me ajudar a colocar o soro no menino, ele vai chorar, mais ele vai ficar bom, precisa ficar bom logo, porque as tias da escola estão esperando por ele."

Os brinquedos disponíveis na área de brinquedos dramáticos, como mostrado no Quadro 19, eram sempre organizados e arrumados antes de a criança ser observada. Verificou-se que as crianças utilizavam os objetos que elas mais temiam durante a visita médica e a hospitalização. Quanto menor a idade, menor o nível de compreensão com relação às situações. Brincando, as crianças refaziam as coisas, os acontecimentos de um jeito que elas pudessem entender. As crianças com menos de 4 anos que temiam as seringas e o frasco de soro, mas aplicavam injeção nas bonecas o tempo todo. As crianças com mais de 4 anos mostravam um universo mais amplo em suas fantasias. Conversavam e explicavam o que faziam: ora eram o motorista da ambulância e que tinham que levar doentes para o hospital, ora eram o médico e precisavam examinar o doente. No momento da brincadeira, as crianças davam à pesquisadora a oportunidade de observar a sua comunicação e sua ação, restabelecendo sua confiança nos outros e em si mesma.

Quadro 19 – Brinquedos mais usados por 10 crianças, 5 com menos ou com idade igual a 4 anos e 5 com mais de 4 anos, pertencentes à subamostra na área de brinquedo dramático. Viçosa, MG, 2000

≤ 4 anos	> 4 anos
Seringas	Ambulância de plástico
Frasco de soro	Estetoscópio
Estetoscópio	Aparelho para exame de ouvido (otoscópio)
Espátula descartável	Seringas
Jaleco branco	Jaleco branco
Boneca	Estetoscópio

O modo como as crianças brincavam na área de brinquedo dramático evidenciava seu mundo interior, as experiências vivenciadas na pediatria, a fala dos médicos e as atitudes das enfermeiras, proporcionando o aprender fazendo. Observando as ações concretas da criança brincando de médico, verificava-se que ela se apropriava de algumas características do ato da realidade, reproduzindo cenas do meio no qual estava inserida.

4.4.8. Descrição do comportamento da criança no evento Repouso

No horário de repouso, as crianças ficavam deitadas nos leitos, com olhar fixo em algum lugar, reagindo apenas quando estimulada pela conversação de outra criança ou adulto. Sorria quando alguém lhe dirigia a palavra e cooperava quando tinha que tomar remédio ou trocar o soro. Faziam perguntas sobre coisas e pessoas.

Em alguns casos específicos de cada doença ou quando era o primeiro dia de internação e uso do soro, os médicos recomendavam que a criança ficasse de repouso forçado no leito.

Analisando o Quadro 20, verifica-se que houve pouca mudança no comportamento das crianças durante o repouso ao longo dos três primeiros dias de internação, exceto no que se refere aos protestos. Entre as crianças menores de 3 anos, esses comportamentos só eram verificados no terceiro dia, enquanto nas maiores de 4 anos o protesto, que no primeiro dia já era menos, reduzia-se a zero nos outros dois dias, podendo ser justificado pelo fato de as crianças, nessa faixa etária, terem maior necessidade de sono, ou seja, ficavam de repouso e acabavam adormecendo. As crianças com mais de 4 anos acabavam fazendo repouso forçado no leito.

Quadro 20 – Caracterização da frequência de comportamentos no evento Repouso no período da tarde, referente a 12 crianças com menos ou com idade igual a 4 anos e oito crianças com mais de 4 anos, hospitalizadas no Hospital São Sebastião. Viçosa, MG, 2000

Fases	≤ 4 anos			> 4 anos		
	1º dia	2º dia	3º dia	1º dia	2º dia	3º dia
Protesto	66,6%	70,83%	16,66%	37,5%	0%	0%
Desespero	53,12%	50%	55%	40%	43,75%	43,75%
Desligamento	75%	77,77%	88,88%	62,5%	62,5%	58,33%

4.4.9. Descrição do comportamento da criança no evento Preparo para Dormir

O evento Preparo para Dormir foi estabelecido para observar as crianças no último ritual do dia, realizando suas necessidades fisiológicas e procedimentos higiênicos, como tomar água, ir ao banheiro, urinar ou defecar, lavar as mãos e escovar os dentes.

As crianças chegavam à enfermaria pediátrica, acompanhadas de alguém da família, para serem hospitalizadas. As auxiliares de enfermagem avaliavam a ficha de internação e começam os procedimentos com relação à criança: tiravam a roupa pessoal da criança e a vestiam com roupas do hospital. Essas roupas eram, muitas vezes, curtas ou pouco adequadas para o tamanho da criança. Devido às dificuldades financeiras em que o hospital se encontrava, essas roupas não eram repostas com frequência, e acontecia também o fato de a criança ter que ir embora para casa com a roupa do hospital. As crianças não ficavam com nenhum objeto pessoal dentro da enfermaria; tudo que era usado pela criança nos dias de internação pertencia ao hospital. Elas não levavam objetos de higiene, como escova de dente. No período de internação, as crianças ficavam sob os cuidados da equipe de enfermagem, e a prática de escovar os dentes não era executada; a criança não trazia de casa escova de dente, e o hospital não tinha condições financeiras para adquiri-las. Assim, percebia-se que a escovação dos dentes não fazia parte da rotina hospitalar.

Verifica-se, no Quadro 21, que as crianças apresentavam comportamentos como urinar na roupa, isolar-se das pessoas, ficar triste e buscar conversação e perguntar sempre pela família. Os comportamentos mais esperados não foram observados com frequência, ou seja, os que seriam os que caracterizam a fase de protesto e o choro, principalmente. Verifica-se, nesse quadro, que tanto a fase de protesto quanto a fase de desespero apresentavam índices decrescentes do primeiro para o terceiro dia. No entanto, a fase de desligamento apresentava índice crescente do primeiro para o terceiro dia. Esses dados indicam que o primeiro dia de internação é um dia crítico, tudo para a criança era novo e diferente e, à medida que iam passando as horas e os eventos iam acontecendo, a criança iam se adaptando à rotina. Possivelmente, isso se deve ao uso das atividades lúdicas como meio de elaboração dos sentimentos vivenciados nos eventos. As crianças que não mais usavam fraldas em casa ficavam de fralda no hospital, evitando pedir para ir ao banheiro, fazendo, portanto, suas necessidades fisiológicas na própria fralda durante a noite.

Quadro 21 – Caracterização da frequência de comportamentos no evento Preparo para Dormir no período da noite, referente a 12 crianças com menos ou com idade igual a 4 anos e oito crianças com mais de 4 anos, hospitalizadas no Hospital São Sebastião. Viçosa, MG, 2000

Fases	≤ 4 anos			> 4 anos		
	1º dia	2º dia	3º dia	1º dia	2º dia	3º dia
Protesto	33,33%	14,58%	8,33%	18,75%	12,5%	0%
Desespero	45,83%	41,66%	29,16%	35%	20,8%	12,5%
Desligamento	33,33%	33,33%	36,11%	37,5%	37,5%	50%

4.4.10. Descrição do comportamento da criança no evento Visita dos Pais

A presença da família no hospital era restrita aos dias de visita e, devido ao baixo poder aquisitivo das famílias que moravam longe e tinham dificuldades econômicas para se dirigirem até o hospital, estas acabavam limitando a visita aos horários estabelecidos. Nenhum representante da família ficava com a criança dentro da pediatria durante todo o tempo de internação. Ocorreu um caso específico de um menino que não fazia parte da amostra e ficou internado 24 dias com pneumonia; nesse caso, a mãe ou a tia ficava com ele o tempo todo, sentada em uma cadeira ao lado do seu leito. Considerando que a semana tem sete dias, os três dias estabelecidos para visita pelo hospital eram relativamente poucos.

Na hora da visita dos pais, a angústia das crianças no momento da despedida e separação aumentava a ansiedade da mãe, influenciando o grau de dificuldade da criança em se readaptar à situação.

Foram observados 36 episódios de Visita dos Pais, nos quais se constataram, durante a visita, comportamentos de maior frequência: choro, grito, pedido para ir embora, "parece satisfeita," interesse pelo ambiente e busca conversação, comportamentos esses característicos do protesto e desligamento.

Os momentos críticos da visita dos pais eram o início, antes um pouquinho da chegada deles, quando as crianças esperavam ansiosas, com expectativa, a presença de seus amigos e familiares, e o momento da despedida, quando eles iam embora. Neste último caso, as crianças choravam e gritavam, durante um período de cinco minutos, aproximadamente, comportamento que era mais evidenciado nas crianças com menos de 4 anos. Por se tratar de crianças inseridas no período pré-operacional, cabe relacionar o comportamento do choro momentâneo à característica de crianças desse período de desenvolvimento, que são os estados e as transformações, pois o pensamento pré-operacional é estático e rígido e a criança fixa impressões de estados momentâneos. Durante a visita, as crianças ficavam conversando com seus visitantes, sorrindo, felizes por estarem perto de pessoas queridas, mas, ao mesmo tempo, pediam para ir embora com elas.

Esses comportamentos positivos, como sorriso e diálogo, são igualmente estressantes para os pais, que não estão cientes de seu significado e se sentem intrusos. Passam a considerar sua ausência como benéfica para o ajuste e a recuperação da criança. Em consequência, eles podem responder ao comportamento da criança permanecendo apenas por curtos períodos, visitando-a ocasionalmente nos horários de visita ou ludibriando-a no momento de sair. O resultado é um ciclo destrutivo de compreensão errônea e de necessidades não satisfeitas.

4.4.11. Descrição do comportamento da criança no evento Sono Noturno

O sono é um estado fisiológico e reparador, fundamental para a saúde física e psíquica da criança.

As crianças, no hospital, geralmente dormiam em torno de 20 a 21 horas. Após assistir à televisão, a auxiliar de enfermagem comunica às crianças que estava na hora de dormir. Umas dormiam debruçadas na mesa e eram levadas no colo, pela auxiliar de enfermagem, para os leitos; outras ficavam em seus leitos inativas até adormecerem.

Os comportamentos de maior frequência encontrados neste evento foram: "inativa, isola-se das pessoas, parece satisfeita". De acordo com o Quadro 22, percebe-se que os comportamentos caracterizavam a fase de desligamento apresentando crescente porcentagem do primeiro para o terceiro dia. Já os comportamentos característicos da fase de desespero apareciam de forma decrescente nas crianças com menos de 4 anos; nas com mais de 4 anos, esses comportamentos não estavam presentes.

Quadro 22 – Caracterização da frequência de comportamentos no evento Sono Noturno no período da noite, referente a 12 crianças com menos ou com idade igual a 4 anos e oito crianças com mais de 4 anos, hospitalizadas no Hospital São Sebastião. Viçosa, MG, 2000

Fases	≤ 4 anos			> 4 anos		
	1º dia	2º dia	3º dia	1º dia	2º dia	3º dia
Protesto	8,33%	0%	0%	0%	0%	0%
Desespero	66,66%	54,16%	45,83%	0%	0%	0%
Desligamento	61,11%	80,55%	88,88%	41,66%	70,83%	83,33%

4.5. Comportamento pós-hospitalar das crianças

Após obter alta no hospital, a criança ficava aguardando, na pediatria, até que os pais ou responsável fossem buscá-la. Para esse procedimento, era exigida, pelo hospital, a apresentação desses pais ou responsáveis munidos da certidão de nascimento, bem como de roupas e sapatos da criança, pois, no momento da internação, a criança era despida e suas roupas pessoais voltavam com o responsável. No hospital, as crianças internadas usavam roupas cedidas pelo hospital, o que também era um problema, já que este não dispunha de roupas suficientes para todos e com numeração específica para as idades. Muitas vezes,

as crianças apresentavam-se com roupas muito largas ou muito apertadas e curtas.

A visita domiciliar à família normalmente era realizada pela pesquisadora uma semana após a saída da criança do hospital. Muitas vezes, a pesquisadora aproveitava a oportunidade, no momento da alta, e levava a criança em casa em seu veículo particular junto com o responsável que a retirou do hospital. Dessa forma, a pesquisadora ficava conhecendo o local de moradia e já marcava previamente um horário para uma posterior visita, já que nenhuma das crianças analisadas possuía telefone residencial. Aconteciam casos de a pesquisadora perder a viagem, tendo que retornar várias vezes aos locais de residência, por não ter como programar a visita com os pais com antecedência.

Foram realizadas 20 visitas domiciliares a todas as crianças pertencentes à amostra. Os objetivos dessas visitas eram investigar e identificar se as crianças, após a hospitalização, apresentavam algum comportamento diferenciado em casa.

De acordo com o Quadro 23, verificou-se que um número reduzido de crianças apresentava comportamentos de regressão, agressão, distúrbio de sono, rejeição aos remédios e estados depressivos, corroborando a literatura pesquisada.

Vale ressaltar que comportamentos como regressão, distúrbio de conduta, rejeição aos remédios e tratamentos, distúrbios de sono, regressão esfinteriana e estados depressivos foram detectados por pesquisadores, em crianças hospitalizadas que não participavam de quaisquer programas lúdicos de atendimento à criança, no ambiente hospitalar. Os comportamentos mais evidenciados neste estudo foram: 11 crianças perderam o apetite nas refeições e duas comeram normalmente, 9 crianças apresentaram desinteresse em ir para a escola, ressaltando-se que, das 11 crianças que voltaram para a escola, seis delas não freqüentavam nenhum programa de atendimento à criança, concluindo-se que apenas cinco crianças voltaram para a escola sem maiores manifestações e problemas.

Quadro 23 – Comportamentos das crianças relatados pelos pais das 20 crianças pertencentes à amostra após a internação. Viçosa, MG, 2000

Comportamento	Sim	Não
A criança recusava os medicamentos em casa; apresentando vômito e desconforto ao fazer uso do remédio	2	18
A criança voltou a fazer uso de algum objeto pessoal, já abandonado, como chupeta, mamadeira, fraldas e animais de estimação	6	14
A criança recomeçou a chupar dedo	1	19
A criança voltou a usar fraldas	5	15
A criança perdeu o apetite nas refeições de sal (almoço e jantar), rejeitava as refeições, deixava resto no prato	11	9
A criança passou a dormir mais tarde, demorava a dormir, demorava para se deitar	2	18
A criança deixou de dormir à tarde	2	18
A criança apresentou algum pesadelo durante a noite, acordava assustada, chorando, chamava pelos pais, pedia para dormir com os pais	3	17
A criança ficou mais agressiva	2	18
A criança apresentou medo das pessoas com roupas brancas	1	19
A criança ficou triste, chorava com frequência, chorava sem motivo aparente, ficava muito tempo calada, sorria pouco	8	12
A criança mostrou desinteresse em voltar para a escola, não queria ir à escola, quando chegava na escola chorava, não queria ficar	9	11
A criança apresentou desinteresse por seus brinquedos e livros, não pegava os brinquedos, não brincava	1	19

Depois de uma internação, a criança já afastada do ambiente familiar queria ficar mais tempo ao lado da família e receber carinho e atenção dos irmãos, pais e demais membros. A escola representava a independência da criança, tendo ela que dividir tempo, espaço, brinquedo e atenção do adulto. Estando em casa, a criança era mais dependente, tendo a atenção voltada para ela, principalmente depois de um período de hospitalização, o que era muito evidenciado nas visitas domiciliares. A criança era mais acariciada pela família. Um menino, assim que chegou a casa vindo do hospital, foi recebido pela irmã mais velha com sorrisos e gritos de alegria, abraçando muito e beijando o irmão e, em seguida, o presenteou com um desenho: um coração escrito "eu te amo".

Com relação à alimentação, a criança em casa não tinha a diversidade e qualidade dos alimentos que o hospital oferecia. Muitas vezes, a criança não tinha nem o que comer em todas as refeições; alguns pais perguntavam-lhe o que ela queria comer mesmo não tendo condições financeiras para tal, mas pediam emprestado ao vizinho.

5. RESUMO E CONCLUSÕES

As crianças pequenas, quando apresentam problemas de saúde, como carência nutricional, acidentes, intoxicações ou afecções broncorrespiratórias, freqüentemente precisam de hospitalização para submeter-se a tratamento médico adequado. Essa hospitalização implica enfrentar um ambiente desconhecido e adverso, caracterizado por procedimentos médicos hospitalares, quase sempre dolorosos; a doença; e o afastamento da família, dos amigos e da escola. Ainda que essa internação seja necessária para o tratamento, a hospitalização na vida da criança constitui um momento estressante. Entendendo esse problema, muitos hospitais têm procurado amenizar o sofrimento das crianças desenvolvendo projetos de familiarização, utilizando atividades lúdicas diversas. A literatura indica que, entre as atividades lúdicas, as mais efetivas são os jogos simbólicos, nos quais a criança, por meio de vivências de situações, movimentando-se e manipulando brinquedos, passa a internalizar conceitos e modificar comportamentos.

Este trabalho, caracterizado como estudo de caso descritivo, teve como principal objetivo testar a metodologia sugerida e os respectivos instrumentos de coleta de dados. Caso esses instrumentos se mostrassem consistentes, seriam respondidas perguntas como: Existe um padrão definido de comportamento da criança nos três períodos do dia: manhã, tarde e noite? Esse padrão se repete ao

longo dos dias de internação? Quais são os comportamentos relacionados ao estado de depressão que a criança apresenta durante sua internação? Haveria mudanças no estado emocional da criança, observáveis por meio do comportamento antes e depois das atividades lúdicas? Essas mudanças são observáveis durante o período de internação?

Primeiramente, expõe-se a concepção da criança hospitalizada que fundamenta este trabalho; em seguida, discute-se o valor psicológico da atividade lúdica, especificamente o brinquedo dramático, e, num terceiro momento, faz-se a análise estatística, bem como o relato da experiência de 20 crianças, na faixa etária de 2 anos e 6 meses a 6 anos, durante três dias de hospitalização no Hospital São Sebastião, em Viçosa, MG. Para isso, foram analisados os prontuários médicos, juntamente com a ficha de identificação da criança, observados os comportamentos das crianças na rotina diária, registradas as atividades na área de brinquedo dramático, aplicação de uma atividade sobre a autopercepção da criança antes e depois das atividades lúdicas, além de visitas domiciliares após a hospitalização. Chega-se, então, a uma sistematização da importância das atividades lúdicas – brinquedo dramático – no hospital.

Os dados indicam que a metodologia de coleta de dados escolhida para analisar o comportamento das crianças foi adequada, uma vez que os resultados obtidos por meio das planilhas referentes ao comportamento da criança nos eventos foram consistentes. Os resultados sugerem que as atividades lúdicas no hospital auxiliam na recuperação da criança doente, permitindo a interiorização e a expressão da vivência da criança doente por meio do jogo; possibilitando-lhe condições para elaborar a sua vivência e enfrentar, sem estresse e trauma, a situação da hospitalização; reduzindo o tempo de internação hospitalar; e aumentando, conseqüentemente, a rotatividade dos leitos. Verificou-se que as crianças que participaram das atividades no hospital não apresentavam comportamentos característicos de regressão após sua alta hospitalar. Como pôde se observar, os objetivos propostos foram atingidos e, especificamente, conseguiu-se demonstrar a importância do brincar no hospital para a criança, bem como os seus benefícios.

Como já se sabe, o desenvolvimento integral da criança implica em um equilíbrio entre os aspectos socioemocional, biológico e fisiológico. Ressalta-se, também, a respeito da importância das atividades lúdicas; o que ainda se precisa fundamentalmente, dentro do ambiente hospitalar, é de trato humanizado e carinhoso com essas crianças, que, ainda pequenas, passam por situações consideradas estressantes, como é o caso da hospitalização.

6. LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Embora os objetivos desta pesquisa tenham sido voltados primeiramente ao desenvolvimento e teste de instrumentos de coleta de dados para o estudo do comportamento de crianças de 2 anos e seis meses a 6 anos de idade ao longo dos principais eventos da rotina hospitalar, bem como das atividades lúdicas de que participaram durante a internação, podem ser apontados como limitações e recomendações neste estudo os aspectos relacionados a seguir.

- **Participaram deste estudo apenas crianças internadas na enfermaria pediátrica do Hospital São Sebastião. Recomenda-se que outros estudos sejam feitos com a participação de crianças de várias camadas socioeconômicas e que estejam internadas pelos diversos tipos de convênios e, ou, particular.**
- Desenho do estudo sem que houvesse um grupo de controle. Sugere-se que futuros estudos sejam feitos em mais de um hospital da comunidade e que incluam grupos de controle, de modo a permitir comparações entre crianças que não tenham participado das atividades lúdicas.
- A caracterização do comportamento das crianças durante os eventos da rotina hospitalar. Para este propósito, o tempo de internação das crianças deveria ter sido mais extenso, uma vez que a literatura que serviu de base para o estudo abrangia períodos de internação prolongada. Nesse caso, poder-se-ia observar

um número menor de crianças por um período mais longo. Outro problema que teve relação com a duração foi o fato de ter sido necessário que se descartassem dados de alguns dias de observação dos instrumentos relacionados aos comportamentos durante os eventos em observação.

- Recomenda-se que os registros corridos das atividades lúdicas sejam feitos com a participação contínua e permanente de auxiliares, para que o trabalho da observadora não sofra interrupções de qualquer natureza.
- As observações e coleta de dados no hospital coincidiram com o período de verão, que é caracterizado por chuvas e calor, sendo, assim, propício a afecções dos aparelhos broncorrespiratório e digestivo, as quais compraziam a quase totalidade das causas de internação das crianças. As chuvas trouxeram também algumas dificuldades para a realização da visita domiciliar das crianças que residiam fora do perímetro urbano, a qual deveria suceder a alta do hospital.
- Também, merecem estudo mais aprofundado as condições ambientais em que vivem as crianças, bem como o envolvimento da família na recuperação destas, tanto durante a internação quanto na convalescência em casa após a internação.
- Sugere-se ainda, para futuros estudos desta natureza, que sejam incluídas observações sobre o relacionamento da criança com o seu próprio corpo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. **A criança e seus jogos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- ANJURIAGUERRA, de J. **Manual de pediatria infantil**. São Paulo: Masson do Brasil, 1980. 952 p.
- ARAÚJO, R.L. **Situação nutricional alimentar no Brasil**. Brasília: Vox, 1992. 203 p.
- AROEIRA, M.L.C. et al. **Didática de pré-escola: vida criança, brincar e aprender**. São Paulo: FTD, 1996.
- BARROS, C.S.G. **Psicologia e construtivismo**. São Paulo: Ática, 1996. 208 p.
- BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. São Paulo: Harba, 1984. 421 p.
- BETTELHEIM, B. **Uma vida para seu filho**. 17. ed. Trad. Cabral. M. e Geordane. [S.l.]: M. H. SP. Campus, 1989. p.323.
- BOMTEMPO, E. A brincadeira de faz-de-conta: lugar do simbolismo da representação, do imaginário. In: ——. **Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999. 183 p.
- BOMTEMPO, E.; HUSSEIN, C.L. **Psicologia do brinquedo – Aspectos teóricos e metodológico**. São Paulo: Nova Stella, 1992. 202 p.
- BONDIOLI, A.; MANTOVANI, S. **Manual de educação infantil**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

BUTTERWORTH, D. **Socio-dramatic play: a therapeutic tool for learning**. Rio de Janeiro: OMEP, 2000. (Paper apresentado no Seminário Internacional de Educação Infantil).

CARSON, G.; COUNCIL. 1992. Efeitos da hospitalização sobre crianças. In: CARSON, G.; COUNCIL. 1992. **Enfermagem pediátrica**. Trad. C.L.C de Araújo. São Paulo: Guanabara Koogan, 1999. p.1118.

CARVALHO, A.M.A.; SALUM de M. L. Faz de conta: temas, papéis e regras na brincadeira de crianças de quatro anos. **Boletim de Psicologia**, v. 44, n. 100/101, p. 21-30, 1994.

CECCIM, R.; CARVALHO, R. P. **Criança hospitalizada. atenção integral com escuta à vida**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1997. 195 p.

CENSO Demográfico: Minas Gerais. Rio Janeiro: FIBGE, [s. d.].

COSTA, E. A. A et al. Faz-de-conta, por quê? In: Maria, C. R.F. **Os fazeres na educação infantil**. São Paulo: Trajetória Cultural, 1998.

CRESPIN, J. **Puericultura: ciência arte e amor**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1996. 265 p.

DANNA, M.F.; MATOS, M.A. **Ensinando observações: uma introdução**. São Paulo: Edicon, 1986.

DANTAS, H. **Piaget, Vygotsky e Wallon**. São Paulo: Summus Editorial, 1992.

DAVID, T.G.; WEINSTEIN, C.S. The built environment and children's development. New York: Plenum, 1987. In: OLIVEIRA, Z.M.R. **Educação infantil: muitos olhares**. São Paulo: Cortez, 1994.

EISENBERG, A.; MURKOFF, H.; HATHAWAY, S. **O que esperar dos primeiros anos**. São Paulo: Record, 1994. 736 p.

ERIKSON, E. **Infância e sociedade**. Rio Janeiro: Zahar, 1971. 391 p.

EUCLYDES, M.P. **Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada**. Viçosa, MG: UFV, Impr. Univ., 1997.

FRIEDMANN, A. et al. A evolução do brincar. In: FRIEDMANN, A. et al. **O direito de brincar: a brinquedoteca**. São Paulo: Scritta, 1992a. p.267.

FRIEDMANN, A. et al. Brincar no hospital. In: FRIEDMANN, A. et al. **O direito de brincar: a brinquedoteca**. São Paulo: Scritta, 1992b. p.267.

FRIEDMANN, A. **Brincar, crescer e aprender – o resgate do jogo infantil**. São Paulo: Moderna, 1996. 108 p.

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – FIBGE. **Síntese de indicadores sociais**. Porto Alegre, RS: FIBGE, 2001. 369 p.

GOUVÊA, G. **Fantasia, criatividade e saúde – Gestalt-terapia com crianças**. Disponível em: www.geocities.com/HotSpings/Resort/2631/hugo.htm#Gestalt-terapia

HUGHES, F.P. **Children, play, and development**. 3. ed. Boston: Allyn and Bacon, 1999. 271 p.

KAMII, C.; DEVRIES, R. **Jogos em grupo na educação infantil**. São Paulo: Trajetória Cultural, 1980. 355 p.

KISHIMOTO, T. **Jogos tradicionais infantis: o jogo, a criança e a educação**. São Paulo: Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, 1992. Tese (Livre docência).

KLEIN, M. 1932. In: WINNICOTT, D.W. **O brincar e a realidade**. Rio Janeiro: Imago, 1975.

LAROUSSE, K. **Pequeno dicionário enciclopédico Koogan Larousse**. Rio de Janeiro: Larousse, 1982.

LEÃO, E.; CORREA, E. J.; VIANA, M. A. **Pediatria ambulatorial**. Belo Horizonte: UFMG, Impr. Univ., 1983. 437 p.

LENZI, T.P. Recreação para crianças em enfermaria pediátrica. In: FRIEDMANN, A. et al. **O direito de brincar: a brinquedoteca**. São Paulo: Scritta, 1992. p.267.

LIPP, M.N. **Como enfrentar o stress infantil**. São Paulo: Ícone, 1991. 93 p.

MALDONADO, M.T. **Como cuidar de bebês e crianças pequenas**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 1996. 121 p.

MANTOVANI, O. Z. de A. O jogo simbólico na teoria de Piaget. In: MANTOVANI, O. Z. de A. **Pró-posições**, v. 5, n. 1/13, p. 99-107, 1994.

MAZZONI, C.M.S. **A cultura da criança por um uso lúdico da pedagogia**. 1999. Site Internet (?)

MOURA, de D.M. **Psicanálise e hospital; a criança e sua dor**. Rio Janeiro: Revinter, 1999. 160 p.

NEGRINE, A. **Aprendizagem e desenvolvimento infantil – Simbolismo e jogo.** Porto Alegre: Prodiz, 1994. 124 p.

OLIVEIRA., Z.M.R. **Educação infantil: muitos ohares.** São Paulo: Cortez, 1994.

OLIVEIRA, Z.M.R. **Jogo de papéis: uma perspectiva para análise do desenvolvimento humano.** São Paulo: [s.n.], 1988. Tese (Doutorado).

NOGUEIRA, W. **Doutores da alegria.** Disponível: www.doutoresdaalegria.com.br

PELLER, L.E. Models of children's play. In: HERRON, R. E.; SUTTON-SMITH, B. **Child's play.** New York: John Wiley, 1971.

PIAGET, J. **A formação do símbolo na criança. Imagem e representação.** 3. ed. Trad. A. Cabral e C.M. Oiticica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978. 370 p.

RIPPER, T.D. O sentido do brinquedo no desenvolvimento da criança. **Revista Psicologia Atual**, v. 3, n. 15, 1984.

RIZZO, G. **Creche: organização, currículo, montagem e funcionamento.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. 400 p.

ROSENBLUTH, D. **Orientação psicológica para os pais.** Rio de Janeiro: Imago, 1973. 110 p.

SEBER, M. da G. **Construção da inteligência pela criança: atividades do período pré-operatório.** São Paulo: Scipione, 1989.

TOSTA, R. M. A atividade lúdica da criança no contexto da internação hospitalar. São Paulo: 1997. In: **Boletim clínico faculdade de psicologia.** Disponível em: www.pucsp.br/~clinpsic

VECCHIO, M. Dramatização: forma criativa de aprender. **Revista do Professor**, Setembro, 1986.

VELASCO, C.G. **Brincar o despertar psicomotor.** Rio de Janeiro: Spint, 1996.

VIEIRA, R. **Psicologia da criança e problemas de desenvolvimento – uma proposta para orientação de mães.** Rio de Janeiro: Vozes, 1983. 119 p.

VYGOTSKY, Lev. S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores.** São Paulo: Martins Fontes, 1991.

WACHS, T.D.; CAMLI, O. Do ecological or individual characteristics mediate the influence of the physical environment upon maternal behavior? *Journal of Environmental Psychology* 1991. In: OLIVEIRA, Z.M.R. **Educação infantil: muitos olhares**. São Paulo: Cortez, 1994.

WAJSKOP, G. **O brincar na pré-escola**. São Paulo: Cortez, 1995.

WALLON, H. **A evolução psicológica da criança**. Lisboa: Edições 70, 1968.

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

WONG, D.L. Cuidado de enfermagem centrado na família à criança doente ou hospitalizada. In: WONG, D.L. **Enfermagem pediátrica**. Trad. C.L.C de Araújo. São Paulo: Guanabara Koogan, 1999. p.1118.

WONG, D.L. Doutor da alegria ajuda a curar criança. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 27 de julho de 1997.

WONG, D.L. O trabalho realizado por doutores da alegria. **Revista Claudia**, São Paulo, outubro de 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE 01
UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DOMÉSTICA

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

- Data de entrada: __/__/__ Registro: _____ Prontuário: _____ Leito: _____
- 1- Nome da Criança: _____ Nº _____
- 2- Idade: _____ Data de Nascimento: _____
- 3- Sexo: () F () M Cor: _____
- 4- Endereço de residência: _____
- 5- Local de origem: _____
- 6- Filiação: _____
- 7- Idade dos pais: pai _____ mãe _____
- 8- Estado marital com relação a criança: _____
- 9- Responsável pela criança: Mora com os pais S () N ()
Mora com os avós S () N ()
Mora com irmãos mais velhos S () N ()
- 10- Tamanho da família: _____
- 11- Posição da criança na família: _____
- 12- Frequência: Creche em horário integral S () N ()
Creche em horário parcial S () N ()
Pré-escola S () N ()
- 13- Reincidência de internação: S () N () Retorno Nº: _____
- 14- Médico responsável: _____
- 15- Enfermidade/ Causa da internação: _____
- 16- Data de saída do hospital: _____
- 17- Usa Chupeta: S () N ()
- 18- Usa mamadeira: S () N ()

APÊNDICE 02**UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA****CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES****DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DOMÉSTICA****COMPORTAMENTO OBSERVADO DURANTE OS PRINCIPAIS EVENTOS DA ROTINA DIÁRIA****Período: Manhã Nome da Crç: _____ Data de nascimento:****_____ Data : _____ N^o _____**

ROTINA DA CRIANÇA	CHORA	GRITA	ATAQUE VERBAL PESSOA	BUSCA CONVERSAÇÃO	PERGUNTA PELOS PAIS	PEDE PARA IR EMBORA	ATAQUE FÍSICO AS PESSOAS	TENTA FUGIR P/ CASA
Ao acordar	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S
Café da manhã	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S
Banho	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S
Visita médica	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S
Assistir à TV	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S
Atividades lúdicas	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S

Período: Manhã Nome da Crç: _____ Data de nascimento:**_____ Data : _____ N^o _____**

ROTINA DA CRIANÇA	USA CHUPETA	CHUPA DEDO	PEDE MAMADEIRA	PEDE ALIMENTO	PEDE ÁGUA
Ao acordar	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S

Café da manhã	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	
Banho	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	
Visita médica	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	
Assistir à TV	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	
Atividades lúdicas	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	
Almoço	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	

Período: Manhã Nome da Crç: _____ Data de nascimento:

_____ Data : _____ N° _____

ROTINA DA CRIANÇA	PARECE SATISFEITA	INTERESSA PELO AMBIENTE	INATIVA	ISOLA DAS OUTRAS PESSOAS	TRISTE	ZAN
Ao acordar	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ
Café da manhã	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ
Banho	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ
Visita médica	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ
Assistir a TV	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ
Atividades lúdicas	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ

Almoço	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ
---------------	-----	-----	-----	-----	-----	---

Período: Tarde Nome da Crç: _____ Data de nascimento:

Data : _____ N^o _____

ROTINA DA CRIANÇA	CHORA	GRITA	ATAQUE VERBAL PESSOA	BUSCA CONVERS AÇÃO	PERGUNTA PELOS PAIS	PEDE PARA IR EMBORA	ATAQUE FÍSICO ÀS PESSOAS	TENTA FUGIR PAR CASA
Repouso	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S
Preparo para dormir	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S
Ao acordar	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S
Lanche da tarde	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S
Visita dos pais	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S
Atividades lúdicas	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S

Período: Tarde Nome da Crç: _____ Data de nascimento:

Data : _____ N^o _____

ROTINA DA CRIANÇA	USA CHUPETA	CHUPA DEDO	PEDE MAMADEIRA	PEDE ALIMENTO	PEDE ÁGUA	
Repouso	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	

Preparo para dormir	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	
Ao acordar	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	
Lanche da tarde	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	
Visita dos pais	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	
Atividades lúdicas	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	

Período: Tarde Nome da Crç: _____ Data de nascimento:

_____ Data : _____ N^o _____

ROTINA DA CRIANÇA	PARECE SATISFEITA	INTERESSA PELO AMBIENTE	INATIVA	ISOLA DAS OUTRAS PESSOAS	TRISTE	ZAN
Repouso	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ
Preparo para dormir	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ
Ao acordar	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ
Lanche da tarde	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ
Visita dos pais	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ

Atividades lúdicas	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ
---------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	---

Período: Noite Nome da Crç: _____ **Data de nascimento:**

_____ **Data :** _____ **Nº** _____

ROTINA DA CRIANÇA	CHORA	GRITA	ATAQUE VERBAL PESSOA	BUSCA CONVERSAÇÃO	PERGUNTA PELOS PAIS	PEDE PARA IR EMBORA	ATAQUE FÍSICO ÀS PESSOAS	TENTA FUGIR PARA CASA
Jantar	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S
Assistir à TV	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S
Preparar para dormir	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S
Sono noturno	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S
Administração soro	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S
Exame de sangue	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S
Medicação oral	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S
Medicação nasal	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S

Período: Noite Nome da Crç: _____ **Data de nascimento:**

_____ **Data :** _____ **Nº** _____

ROTINA DA CRIANÇA	USA CHUPETA	CHUPA DEDO	PEDE MAMADEIRA	PEDE ALIMENTO	PEDE ÁGUA
Jantar	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S
Assistir à TV	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S

Preparar para dormir	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	
Sono noturno	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	
Administração soro	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	
Exame de sangue	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	
Medicação oral	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	
Medicação nasal	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	

Período: Noite Nome da Crç: _____ Data de nascimento:
_____ Data : _____ N° _____

ROTINA DA CRIANÇA	PARECE SATISFEITA	INTERESSA PELO AMBIENTE	INATIVA	ISOLA DAS OUTRAS PESSOAS	TRISTE	ZA
Jantar	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	1
Assistir à TV	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	1
Preparar para dormir	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	1
Sono noturno	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	1
Administração soro	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	1
Exame de sangue	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	1
Medicação oral	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	1
Medicação	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	Ñ S	1

nasal						
-------	--	--	--	--	--	--

APÊNDICE 03

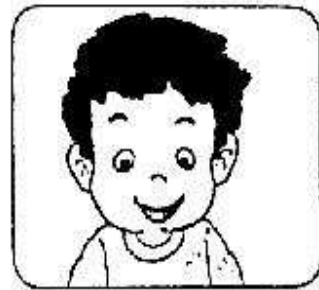
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DOMÉSTICA**

AUTO PERCEPÇÃO DO ESTADO EMOCIONAL DA CRIANÇA

Nome da criança: _____ Nº _____

Antes da atividade lúdica () Depois da atividade lúdica ()

1-Sono 2-Tristeza 3-Alegria 4-Susto 5-Choro 6-Raiva



APÊNDICE 05

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DOMÉSTICA**

**BRINQUEDOS MAIS UTILIZADOS PELAS CRIANÇAS NA ÁREA DE
BRINQUEDO DRAMÁTICO**

Nome da criança: _____ Data: _____ Nº _____

Brinquedos	1º Dia	2º Dia	3º Dia
Estetoscópio			
Seringas			
Bandagens			
Algodão			
Frasco de soro			
Suporte de soro			
Vareta exame de garganta			
Caixas de remédio vazia			
Jaleco branco			
Berços			
Bandeja			
Aparelho para exame de ouvido			
Fita crepe ou esparadrapo			
Kit verificação de pressão sanguínea			

Boneca			
Roupa de boneca			
Roupa de cama			
Ambulância de plástico			

APÊNDICE 06

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DOMÉSTICA

COMPORTAMENTO DAS CRIANÇAS PÓS HOSPITALIZAÇÃO

Nome da criança: _____ Data: _____ Nº _____

Comportamento	Sim	Não
1. A criança recusava os medicamentos em casa; apresentando vômito e desconforto ao fazer uso do remédio		
2. A criança voltou a fazer uso de algum objeto pessoal já abandonado, como: chupeta, mamadeira, fraldas e animais de estimação		
3. A criança recomeçou a chupar dedo		
4. A criança voltou a usar fraldas		
5. A criança perdeu o apetite nas refeições de sal (almoço e jantar), rejeitava as refeições, deixava resto no prato		
6. A criança passou a dormir mais tarde, demorava a dormir, demorava para se deitar		
7. A criança deixou de dormir à tarde		
8. A criança apresentou algum pesadelo durante à noite, acordava assustada, chorando, chamava pelos pais, pedia para dormir com os pais		
9. A criança ficou mais agressiva		
10. A criança apresentou medo das pessoas com roupas brancas		
11. A criança ficou triste, chorava com frequência, chorava sem		

motivo aparente, ficava muito tempo calada, sorria pouco		
12. A criança mostrou desinteresse em voltar para a escola, não queria ir à escola, quando chegava na escola chorava, não queria ficar		
13. A criança apresentou desinteresse por seus brinquedos e livros, não pegava os brinquedos, não brincava		