

TÔNIA LOPES SOARES MOL

**O (RE)CONHECIMENTO DO LAZER EM BRINQUEDOTECA
HOSPITALARES**

Belo Horizonte – MG

2010

TÔNIA LOPES SOARES MOL

**O (RE)CONHECIMENTO DO LAZER EM BRINQUEDOTECAS
HOSPITALARES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Lazer da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Lazer.

Linha de Pesquisa: Formação e Atuação Profissional em Lazer.

Orientador: Prof. Dr. Hélder Ferreira Isayama

Belo Horizonte – MG

2010

M94r Mol, Tônia Lopes Soares
2010

O (re)conhecimento do lazer em brinquedotecas hospitalares. [manuscrito] / Tônia Lopes Soares Mol – 2010.
99 f., enc.:il.

Orientador: Hélder Ferreira Isayama

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
Bibliografia: f. 87-96

1. Lazer - Teses. 2. –Humanização na saúde - Teses. 3. Brinquedotecas- Teses. 4. Hospitais – Teses. I. Isayama, Hélder Ferreira . II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. III. Título.

CDU: 379.8 (81)



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Mestrado em Lazer
Área Interdisciplinar

Dissertação intitulada ***O (Re) conhecimento do Lazer em Brinquedotecas Hospitalares*** de autoria da mestrandia **Tônia Lopes Soares Mol** defendida e aprovada em 28 de julho de 2010, na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais e submetida à banca examinadora composta pelos professores:

Prof. Dr. Hélder Ferreira Isayama (Orientador)

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dr. Edmur Antonio Stoppa

Universidade de São Paulo
Escola de Artes, Ciências e Humanidades

Prof. Dr. José Alfredo Oliveira Debortoli

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Universidade Federal de Minas Gerais

À Deus, razão da minha existência,
por ter me dado a certeza da vitória
mesmo quando, essa não era real!!!

Todo mérito a Ti.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por nunca ter me deixado faltar nada em meio à “selva de pedra”. Por me proporcionar essa oportunidade de ser mestre quando eu mesma não acreditava. Sou grata em cada amanhecer, quando reconheço tudo que já fez por mim e percebo que isso é apenas o começo. Ao meu amor maior!

À minha família que, de alguma forma, é a base de tudo: À minha mãe; à vovó Nilva, que me faz querer cada vez mais ser mais forte. Aos meus irmãos, Sandrinha e Guigui, a “confusão” de vocês é o meu equilíbrio. À minha razão maior de ter ficado “pra titia” com orgulho: Guilherme Antônio, Luiz Henrique, Natanael e Samuel. E, em especial, ao meu papai amado “Toninho Violento”, todas as minhas conquistas têm um gosto a mais quando vejo, em seus olhos, a lágrima de orgulho. “TE AMO”!!!

À Universidade Federal de Viçosa que me acolheram, instruíram-me, mas muito além, ensinaram, com a convivência diária, a maior lição da vida: “CRESCA E VIRE-SE. “O bom filho à casa retorna!”

Agradeço à minha família LDI – Laboratório de Desenvolvimento Infantil, por terem acreditado em mim no primeiro emprego; o que fez com que eu me sentisse em casa e por me receberem “de braços abertos”. Em especial à Soninha e a Dilma, por alegrarem sempre o meu almoço!!!

Agradeço o privilégio de ter tido não apenas quatro anos de estágio, mas de vivências lúdicas reais na Ludoteca UFV. Obrigada, Maria José de Oliveira Fontes, por ter me orientado em todos os sentidos a seguir adiante.

Agradeço a oportunidade de ter feito meu estágio final de conclusão de curso na Brinquedoteca Hospitalar – Hospital São João Batista, pois ali foi o início da certeza do lugar que as Brinquedotecas Hospitalares ocupariam em minha vida.

Agradeço ao CLIC - Centro Lúdico de Interação e Cultura -, onde desconstruí padrões para reconstruir novas formas de educar. Hoje sei ousar por que me ensinaram a voar. Em especial à Aline, à Fê Lora, à Fê Morena e à Julinha. Por favor “Para de ser doida comigo!!!”

Agradeço à minha família HEAVEN HELP, por serem minha base, nos momentos de angústias e de aflições, a me levarem sempre para perto das minhas promessas de vitória em Cristo, pois Nele, EU SOU MAIS QUE VENCEDORA!!! Principalmente às minhas amadas: Dricks, Melzoca, Patricinha, Renatecks, Vivi e Ró.

Agradeço aos amigos da Comunidade Horizonte, em especial, à Fabi por ter me aguentado esses anos todos debaixo do mesmo teto e à Família Arlegde, à Marcela Tcheleks, ao Sam e à Rebekinha, simplesmente por existirem em minha vida.

Agradeço aos professores da EEFFTO e o CELAR por terem me recebido para novas trocas buscando a interdisciplinaridade possível, principalmente à Secretária do Mestrado Cinira Veronezi.

Agradeço à Turma do Mestrado em Lazer 2008, à Turma “que deu liga” por terem me acolhido tão bem. Vocês me fizeram sentir parte disso tudo. Também aos que se tornaram íntimos desse processo: à Amanda, ao Marquinhos, ao Túlio e à “caloura” Marie.

Agradeço, em especial, aos meus “presentes” exportados de Viçosa diretamente para BH, Didico (Adriano Gonçalves) e Balinha (Fernanda Caetano). Vocês serão sempre lembrados como a melhor forma de viver a vida!!!

Agradeço ao Hélder por ter sido a melhor “desorientação” da minha vida acadêmica e, por muitas vezes, deixar a “compreensão” virar “com pressão”. Como diria Piaget, só a partir da “desequilibração” pode-se avançar nas construções do conhecimento. Você sempre será lembrado. “TE ADORO”!

Aos componentes da minha banca examinadora: Edmur Stoppa, por ter aceitado, gentilmente, participar desse momento tão importante em minha vida e contribuir para que esse se concretizasse. Em especial ao José Debortolli. É um privilégio conhecer um educador-professor tão dedicado; não tenho palavras para descrever a alegria em receber de você, poeta lúdico, contribuições a essa pesquisa.

Às comunidades “Carona BH-Viçosa”, por terem me levado com conforto, rapidez e baixo custo para Viçosa!!!

Aos motorista de ônibus de Belo Horizonte que me proporcionaram tamanhas vivências, tanto boas quanto ruins, mas acima de tudo marcantes. Acredito que tenha passado bastante tempo dentro desses ônibus. Valeu 2004 e 5102!!!

Agradeço a todas às minhas amadas amigas que fizeram parte dessa história maravilhosa na “ponte-aérea BH-Viçosa”: à Fê Almeida e à Camila (alojamento), “Às Mocorongas” (Alice, Débora, Nat-tallia, Poly, Gabriel e Nick) e às Pós-Mocorongas (Ju Carioca, Érica e Alê). E às inseparáveis que não deixaram em nenhum momento a tristeza da distância ser tão insuportável para continuarmos juntas....Rúbia e Maria Eduarda (in útero), Lucíola, Aline Chaves e Jacqueline Sampaio. As “panteras” sempre detonam no final!!!

A todas as coordenadoras das brinquedotecas que, gentilmente, cederam um pouco do seu tempo para (re) construirmos bases fortes para consolidarmos cada vez mais esse espaço.

E a todos que já se envolveram ou irão se envolver de alguma forma com esse espaço mágico e cativante que é a brinquedoteca hospitalar. Por fim, a todos que querem realizar algo: Se apenas existir a sua certeza e a de mais ninguém, VÁ EM FRENTE!

“Pois quando estou fraco, então é que sou forte.”

II Cor. 10:12b

RESUMO

As Brinquedotecas Hospitalares se configuram hoje dentro das Instituições de Saúde enquanto espaços lúdicos direcionados as crianças em recuperação. Contudo, atualmente, tem se voltado um novo olhar para esse espaço, ampliando sua importância no contexto de saúde. A partir dessas considerações, o objetivo deste estudo foi diagnosticar e analisar a realidade das brinquedotecas em Unidades Hospitalares da rede pública da cidade de Belo Horizonte - MG, tendo em vista realizar um diagnóstico da situação de atendimento de brinquedotecas hospitalares; identificar os profissionais responsáveis por brinquedotecas hospitalares em unidades de saúde; identificar projetos, programas que estão ligados a esses espaços dentro da unidade hospitalar; identificar as concepções de lazer e de humanização hospitalar presente na fala dos profissionais dessas instituições; e verificar se existem ou não recursos públicos, privados e/ou filantrópicos direcionados para esses espaços. A justificativa deste estudo baseia-se na busca pela ampliação do conhecimento sobre Brinquedotecas Hospitalares e pela compreensão de suas relações com as discussões sobre a humanização hospitalar e sobre o lazer. O trabalho foi estruturado em três partes. Na primeira trata do debate sobre a humanização, conciliada à questão da saúde em uma visão ampliada. Na segunda parte trata da contextualização da discussão sobre brinquedoteca, em sua história e trajetória, bem como: funções, objetivos e classificações. E para finalizar, são apresentadas as análises feitas a partir das instituições pesquisadas, levantando-se os pontos que foram recorrentes e as questões divergentes. Como possibilidades metodológicas, este estudo conjuga a pesquisa bibliográfica, juntamente com a pesquisa de campo. A pesquisa de campo foi realizada por meio da técnica de entrevistas semi-estruturadas com os coordenadores/dirigentes do espaço e possibilitou compreender questões fundamentais sobre o espaço estudado. A partir dessas análises, foi possível identificar que a ideia que se constrói sobre as brinquedotecas hospitalares avançou nos últimos anos e atualmente se constitui muito além de materialização concreta, como: espaços físicos e brinquedos. O entendimento de lazer relaciona essa dimensão da cultura, principalmente a ideia de ocupação do tempo ocioso e a diminuição do estresse e da ansiedade ligadas aos procedimentos hospitalares. No entanto, é possível perceber visões que relacionam o lazer ao desenvolvimento dos sujeitos e aos processos educativos que fazem parte do envolvimento com essas ações. Com relação ao conceito de lazer, essa se restringe a ação à perspectiva do brincar, contudo é presente a ideia de que o lazer é uma possibilidade de trabalho que ajuda na concretização da proposta de humanização hospitalar. Quanto aos profissionais envolvidos, reconhecem a importância do trabalho multiprofissional, buscando consolidar uma ação interdisciplinar, por isso, não existe uma formação profissional única. Sobre os projetos e ações desenvolvidos nas brinquedotecas hospitalares. Esses espaços muitas vezes são “auto-sustentáveis” por não terem verbas específicas direcionadas, sendo necessário se mobilizarem para desenvolver parcerias, vínculos com projetos e outros órgãos. Consenso geral é que esses espaços são compreendidos como uma forma para potencializar a humanização.

Palavras-chave: Lazer, Humanização, Brinquedotecas Hospitalares.

ABSTRACT

The Toy Library Hospital configure themselves today within the health institutions while the children play areas aimed at recovery. However, currently, has turned a new look to this space, increasing its importance in the context of health. From these considerations, the objective of this study was to detect and analyze the reality of toy Hospital Units in the public network of the city of Belo Horizonte - MG, in order to achieve a diagnosis of the situation of care for hospital playrooms, to identify the individuals responsible for toy library hospital in health care facilities, identifying projects, programs that are linked to those spaces within the hospital, identifying the concepts of leisure and hospital humanization of the professionals present at the speech of those institutions, and to check whether there are public, private and / or philanthropic directed to these spaces. The rationale of this study is based on the search for the expansion of knowledge about Toy Library Hospital and understanding of their relationship with the discussions about the humanization of the hospital and leisure. The work was structured in three parts. The first deals with the debate on the humanization, reconciled to the issue of health in a larger view. The second part deals with the contextualization of the discussion of toy library in its history and trajectory, as well as roles, goals and ratings. And finally, we present the analysis made from the institutions surveyed, rising to the points that were recurrent and the divergent issues. As methodological possibilities, this study combines literature search, along with field research. Field research was carried out using the technique of semi-structured interviews with the coordinators / directors of the space and allowed us to understand fundamental questions about the area studied. From this analysis, we observed that the idea that builds on the toy library hospital has advanced in recent years and now constitutes much more than concrete evidence, such as physical spaces and toys. Understanding leisure relates this dimension of culture, especially the idea of occupation of idle time and lowering stress and anxiety related to hospital procedures. However, it is possible to see visions that relate to the development of leisure subjects and the educational processes that are part of involvement in these actions. Regarding the concept of leisure, this action is restricted to the prospect of playing, but this is the idea that leisure is a possibility of work that helps in completion of the proposed hospital humanization. And health care professionals recognize the importance of multiprofessional work, seeking to consolidate an interdisciplinary approach, so there is a unique professional training. About the projects and actions developed in the toy library hospital. These spaces are often "self-sustaining" for not having money specifically targeted, it is necessary to mobilize to develop partnerships, projects and links to other organs. General consensus is that these spaces are understood as a way to enhance the humanization.

Keywords: Leisure, Humanization, Toy Library Hospital.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE.....	18
2.1	Significados do termo <i>Humanização</i>	26
2.2	Princípios Orientadores da Humanização Hospitalar.....	31
3	LAZER, RECREAÇÃO E BRINQUEDOTECAS HOSPITALARES: CONEXÕES....	42
3.1	Refletindo Sobre o Entendimento de Lazer.....	42
3.2	Compreendendo as Brinquedotecas.....	45
3.3	Reflexões sobre as Brinquedotecas Hospitalares.....	53
4	LAZER E BRINQUEDOTECAS HOSPITALARES: UM DIAGNÓSTICO.....	60
4.1	Pensando as Brinquedotecas para além do Espaço.....	66
4.2	Sobre a Proposta e os Objetivos.....	70
4.3	Descrevendo a Infra Estrutura e as Ações.....	73
4.4	Ação profissional nas Brinquedotecas.....	75
4.5	O Investimento Financeiro e as Possibilidades de Parcerias.....	80
4.6	Sobre a Avaliação.....	81
4.7	O Conceito de Humanização.....	83
4.8	Considerações sobre o Lazer.....	85
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
	REFERÊNCIAS.....	94
	APÊNDICE.....	108

1 INTRODUÇÃO

Minha trajetória profissional iniciou-se no ano de 2002, quando ingressei na Universidade Federal de Viçosa (UFV), no curso de Economia Doméstica. Direcionei estudos para a área de desenvolvimento humano, mais especificamente ao campo da educação infantil e não restringi minha ação à educação no espaço de creches ou pré-escolas. Tentei ampliar minha visão sobre criança, tendo em vista entendê-las como sujeitos coparticipativos no processo de intervenção profissional.

Nessa época tive um primeiro contato com ludotecas, em estágio realizado em um projeto de extensão universitária. Atuei em uma ludoteca dentro da UFV, mas também em um espaço itinerante, que circulava em bairros da periferia, atendendo comunidades com poucos recursos e acesso a tais iniciativas. Pude rever alguns conceitos sobre a relação entre os temas educação e brincar, e passei a entendê-los como complementares. Além disso, compreendi que essa relação não se concretizava apenas dentro de uma instituição escolar, mas nos diferentes espaços de convivência de crianças.

Para conclusão do curso de Economia Doméstica fiz Estágio Curricular Supervisionado em uma Brinquedoteca Hospitalar e, assim, tive um primeiro contato que tive com o que se tornou objeto dessa pesquisa. Vivenciei, portanto, novas experiências a partir do conhecimento de um espaço com regras e organização diferenciadas, no qual impera a dor, a tristeza, a doença e inúmeras dificuldades. No entanto, compreendi que a existência de brinquedotecas em hospitais pode contribuir para romper com essa lógica predominante no ambiente. Por isso, passei a entender a necessidade de um espaço como espaço dentro de uma unidade de saúde, em que tanto as crianças como seus acompanhantes passam por dificuldades no que se referem tanto aos aspectos físicos quanto aos emocionais.

Foi a partir do trabalho no contexto hospitalar que comecei a refletir sobre as ideias de Maia (2001) quando afirma que o brincar proporciona à criança construir e elaborar a relação eu-mundo, pois além do prazer proporcionado pela brincadeira, a criança tem a possibilidade de aprender a lidar com suas emoções, angústias e impulsos. Segundo o autor, é inquestionável o papel do brincar na vida da criança, mas é preciso ter a compreensão de que a brincadeira não é um mero passatempo. Essa é

indispensável para o desenvolvimento da criança, pois pode promover processos de socialização, de conhecimento de si mesmo e de descoberta do mundo.

Após concluir o curso de Economia Doméstica, ingressei no curso de graduação em Educação Infantil na mesma instituição. Trabalhando em conjunto, com alguns docentes e discentes, criamos um projeto de extensão para dar continuidade ao trabalho desenvolvido no contexto hospitalar. Além disso, o estágio final de conclusão de Curso teve como foco a Criação e Implantação de um projeto geral de Brinquedotecas, que englobou desde, a estrutura física até a proposta adotada. Todas as atividades consolidaram meu envolvimento com essa temática.

Também tive a oportunidade de trabalhar em uma empresa de animação e recreação infantil, em que comecei a analisar a diferença entre um trabalho desenvolvido com o intuito de promoção de atividades lúdicas e a divulgação da recreação com a função restrita de distração. Passei, então, a refletir sobre minha prática profissional, a partir do questionamento sobre a qualidade das ações desenvolvidas.

Foi nesse caminho que surgiu o debate sobre a hospitalização e a percepção de sua influência na vida das crianças, pois o fato de essas estarem hospitalizadas faz com que a possibilidade cotidiana de brincar seja interrompida e promove um corte em suas vivências. Dessa forma, o ambiente hospitalar, ainda que comece a indicar mudanças na realidade brasileira, não atende às condições essenciais para contemplar vivências diferenciadas para a infância (MAIA *et al.*, 2001).

Cardoso (2001) afirma que o tratamento especializado nos hospitais resume-se aos procedimentos médicos, deixando de lado as necessidades de natureza afetiva e psicológica, que têm um papel extremamente importante no tratamento de crianças. Logo, nesse sentido, a existência de brinquedotecas hospitalares pode contribuir para mudar essa realidade.

Balthazar ; Fischer (2006) afirmam que sendo a brinquedoteca o espaço do brincar, do brinquedo e da brincadeira e, também, da afetividade e das emoções, não cabe mais pensar que a sua finalidade seja para o em atendimento somente às crianças institucionalizadas, pré-escolares. Isso por que não há idade para brincar e para se desenvolver, assim como não existe a hora de brincar e a hora de aprender, pois se pode brincar aprendendo e aprender brincando. Dessa forma, a brinquedoteca, no contexto atual, pode incluir diferentes sujeitos (crianças, jovens, adultos e idosos) e

instituições sociais (escolas, creches, centro culturais, hospitais e outros) na perspectiva de formação de uma cultura lúdica.

Assim, entendo a brinquedoteca hospitalar deve ser entendida em outra dimensão, que envolve o divertir, mas também pode proporcionar condições favoráveis para que as crianças possam lidar com os diferentes sentimentos gerados no ambiente hospitalar. É importante considerar que o sujeito internado continua sendo criança e por isso, além dos cuidados para a sua recuperação, necessita receber condições favoráveis ao seu desenvolvimento. Nesse caso, as brincadeiras, os jogos, as histórias irão exercer um papel tão importante quanto o remédio que é administrado. Nesse contexto, cabe destacar a Lei nº. 11.104, aprovado em 21 de março de 2005, que obriga os hospitais, nos quais há que possuem unidades pediátricas, a instalarem e a manterem em funcionamento Brinquedotecas, conforme os trechos abaixo:

Os hospitais que ofereçam atendimento pediátrico contarão, obrigatoriamente, com brinquedotecas nas suas dependências. **Parágrafo único.** O disposto no caput deste artigo aplica-se a qualquer unidade de saúde que ofereça atendimento pediátrico em regime de internação (BRASIL, 2005).

Considera-se brinquedoteca, para os efeitos desta Lei, o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar (BRASIL, 2005).

A Lei nº 11.104 refere-se às unidades de saúde que oferecem atendimento pediátrico em regime de internação. No entanto, não se pode negar que essa foi relevante para a concretização dessas ações no contexto de quaisquer hospitais que tenham como foco a pediatria. Dessa forma, é essencial reafirmar a importância dessa lei, que já é pioneira para valorização, no sentido de encaminhar a discussão para além da questão do espaço físico. Assim, é necessário ressaltar que, nesta pesquisa procurou-se ampliar a discussão para além de ambientes de internação.

Maia *et al.* (2001) realizou um estudo em que foram observadas as reações dos pacientes aos procedimentos adotados pelas estagiárias em uma brinquedoteca hospitalar e demonstrou que a experiência nesse espaço revelou-se eficaz no sentido de atenuar o sofrimento das crianças internadas. Dados de

observações, relatos das mães de acompanhantes e da equipe hospitalar são alguns indícios dos benefícios proporcionados pelas atividades desenvolvidas.

No entanto, ainda é pequeno o número de estudos que se debruçam sobre as brinquedotecas, principalmente quando se referem às suas relações com o lazer. Por isso, o que se propõe, neste trabalho, é ampliar o conhecimento desses espaços não apenas a partir de sua característica física, mas buscando direcionamentos para se entender o contexto, o cenário e os atores que ali atuam, bem como o que move esse lugar a se tornar um ambiente humanizado.

Compreender o significado da proposta de humanização inclui não somente atribuições técnicas do profissional, mas também a capacidade de compreender o paciente como ser humano, com seus valores, suas crenças, seus desejos e suas perspectivas. Implica, pois, a construção de um novo quadro ético de referências para as relações, no qual, as diferenças entre os seres humanos não signifiquem, necessariamente, assimetria de poder, mas o resultado de relações construídas e decorrentes de experiências e vivências como os outros (LUNARDI *et al.*, 2005).

Assim, a partir desse espaço, algumas reflexões devem ser propostas no que se refere a: Quais as características das brinquedotecas hospitalares? Quem são os profissionais que atuam nessas brinquedotecas? Quais as concepções de lazer e de humanização hospitalar presentes nesses espaços? Qual o conhecimento sobre o lazer dos profissionais que atuam nessas unidades? Existem verbas e/ou recursos destinados para esses espaços? Existem projetos, programas que estão ligados a brinquedotecas dentro da unidade hospitalar?

Portanto, o objetivo deste estudo foi diagnosticar e analisar a realidade das brinquedotecas em Unidades Hospitalares da rede pública da cidade de Belo Horizonte, MG, tendo em vista:

- Realizar um diagnóstico da situação de atendimento de brinquedotecas hospitalares;
- Identificar os profissionais responsáveis por brinquedotecas hospitalares em unidades de saúde;
- Identificar projetos, programas que estão ligados a esses espaços dentro da unidade hospitalar;
- Identificar as concepções de lazer e de humanização hospitalar presente na fala dos profissionais dessas instituições;

- Verificar se existem ou não recursos públicos, privados e/ou filantrópicos direcionados para esses espaços.

A justificativa deste estudo baseia-se na busca pela ampliação do conhecimento sobre Brinquedotecas Hospitalares e pela compreensão de suas relações com as discussões sobre a humanização hospitalar e sobre o lazer.

É um primeiro levantamento bibliográfico feito sobre a temática, foi possível perceber a pequena produção científica. Além disso, o material produzido tem enfoque nos estudos de caso de brinquedotecas e, na maioria das vezes, reduz a análise a relatos e a benefícios que esses espaços trazem para o ambiente hospitalar. Apesar da contribuição desses trabalhos, há a necessidade de se encaminharem as discussões sobre brinquedotecas hospitalares e sobre lazer a partir de outros eixos de análise, e por isso, torna-se imprescindível uma pesquisa diagnóstica que possa oferecer condições de conhecer o que vem sendo desenvolvido a esse respeito.

Os exemplos da inclusão do lúdico no hospital demonstram que a forma de atendimento em unidades hospitalares e de promoção de saúde atravessa um momento de transformação, no qual o foco não é apenas a doença, mas a percepção do indivíduo como um todo, englobando a prestação de assistência, os cuidados com os aspectos psicológicos, sociais e culturais, além dos físicos (CARVALHO; BEGNIS, 2006).

Outro ponto relevante é o de conjugar as temáticas lazer e saúde, discussão ainda incipiente na realidade brasileira. Além disso, deve-se pensar a questão da humanização hospitalar como um todo, como um princípio de ação, tendo o lazer como uma forma de intervenção humanizadora.

O trabalho foi estruturado em três partes. Na primeira trata do debate sobre a humanização, conciliada à questão da saúde em uma visão ampliada. É apresentado, inicialmente, o entendimento de saúde, perpassando pelas várias concepções e entendimentos sobre humanização e os conceitos correlacionados ao tema.

Na segunda parte trata da contextualização da discussão sobre brinquedoteca, em sua história e trajetória, bem como: funções, objetivos e classificações. Também são abordadas, especificamente as brinquedotecas hospitalares e seu reconhecimento como uma ambiência às instituições

hospitalares; tudo isso é conjugado a um recente debate sobre as brinquedotecas inclusivas como base para efetivar a humanização.

E para finalizar, são apresentadas as análises feitas a partir das instituições pesquisadas, levantando-se os pontos que foram recorrentes e as questões divergentes. Dessa forma, buscou-se contemplar o objetivo da pesquisa, bem como o entendimento em relação à prática do lazer e da humanização dentro das instituições hospitalares articulados aos espaços lúdicos.

Como possibilidades metodológicas, este estudo conjuga a pesquisa bibliográfica, juntamente com a pesquisa de campo. Para tanto, a primeira foi realizada por meio da utilização de livros, artigos, monografias, dissertações e teses.

O universo escolhido para a pesquisa documental e a de campo são as brinquedotecas hospitalares do Estado de Minas Gerais, especificamente, as Unidades Hospitalares da rede pública da cidade de Belo Horizonte – MG, tendo como requisito a existência de clínicas pediátricas. Por meio de levantamento, foram diagnosticados três hospitais públicos, sendo um municipal, um estadual e um federal. A pesquisa de campo foi realizada por meio da técnica de entrevistas semi-estruturadas com os coordenadores/dirigentes do espaço e possibilitou compreender questões fundamentais sobre o espaço estudado. Além disso, um roteiro prévio para a entrevista foi confeccionado, mas sofreu intervenções durante a realização das entrevistas.

É importante mencionar que, em um desses hospitais, foram encontrados quatro ambientes reconhecidos como brinquedotecas. Também é necessário acrescentar que, por motivos burocráticos no contexto da instituição hospitalar estadual, não foi possível desenvolver a pesquisa nesse espaço.

Por fim, vale ainda ressaltar que, para a análise de dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo conforme proposta por Triviños (1987), dividida em três etapas básicas: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial.

2 HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

Na atualidade a discussão da saúde tem tomado corpo a partir de estudos se propõem a entendê-la de maneira abrangente. A Declaração de Alma-Ata, em 1978, apresenta a saúde como um direito humano fundamental, e enfatiza que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do próprio setor de saúde.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde apresentou, em seu relatório, um conceito ampliado de saúde, pois passou a ser visualizada como resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, liberdade, lazer, dentro outros aspectos.

A atual Constituição brasileira apresenta o direito à saúde, independente de contribuição ou de requisitos prévios, e também não está submetida a constrangimentos limitativos de quaisquer ordens. Portanto, devemos concordar com Nogueira (2002) quando esse afirma que o direito à saúde deve ser independente das relações com o mercado, à medida que é proposto o atendimento universal, integral e igualitário.

Saúde sempre esteve associada à ideia de ausência de doença ou de completo bem-estar físico-psíquico-social, de se estar em um padrão normal, ou ainda de se possuir uma disposição para superar adversidades físicas, psíquicas e sociais. Entretanto, devemos considerar que a saúde é um conceito de alta complexidade, polissêmico e interdisciplinar e contém uma natureza não linear e inexata nos seus limites. Por isso, decorre que a depender de quem, para quem e por que se atua na saúde pode ser construída uma determinada compreensão de saúde (CARVALHO, 2005).

Ayres (2005) faz uma crítica à clássica definição da saúde, como difundida pela Organização Mundial de Saúde no final dos anos 70, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (ALMA-ATA, 2001). O autor considera que é preciso reconhecer que a concepção de saúde como um *estado* de coisas, e *completo*, imprime uma tendência naturalizante e uma visão essencialista ao conceito de saúde. Defende que, ao contrário disso, os sujeitos não podem nunca estar completos, pois as normas socialmente associadas à saúde, ao se deslocarem

os horizontes, precisarão ser reconstruídas constantemente – é incompleto, portanto, é sempre um projeto em curso.

De acordo com Paul (2005), existem três modelos, associados a três abordagens diferentes da saúde, que hoje se justapõem: o da saúde positiva - referindo-se ao bem-estar que importa preservar; o da saúde negativa - para o qual a referência é a doença que convém evitar; e, por fim, o modelo da saúde global - que constata a complexidade dos determinantes biológicos, psicológicos, socioculturais interferindo na saúde ou na doença. Devemos observar, ainda, que o modelo da saúde negativa, muito ligado ao paradigma biomédico, é dominante em nossa cultura.

Segundo Massé (1995), na antropologia médica, a saúde opõe-se à doença, e apresenta três categorias: a doença biológica (*disease*), a subjetiva e pessoal (*illness*); e, enfim, a social (*sickness*). Podemos, então, deduzir que o estado de saúde corresponde às mesmas três categorias consideradas segundo sua contra-face positiva. Portanto, a saúde é tanto física quanto moral ou social e essa pluralidade deve ser respeitada nos desafios ligados à educação para a saúde. Assim, tal conduta aditiva pode revelar-se negativa para a saúde biológica (*disease*), mas pode ser positiva em termos de vivência pessoal, abrindo, por exemplo, o quadro da subjetividade pessoal para uma visão ampliada (*illness*). É certo que ela pode, certamente, estigmatizar, mas isso significar também a adesão a um grupo de pertencimento portador de valores percebidos como positivos pela pessoa, mesmo se houver marginalização (*sickness*) (PAUL, 2005).

Portanto, o conceito de saúde adotado entende a importância dessa esfera plural e está correlacionado aos aspectos do indivíduo em questão, tanto físicos, emocionais, biológicos, fisiológicos. Um sujeito ativo e contextualizado em seu meio tem o seu poder decisório. Em situações adversas, como no caso de uma doença, podemos perceber que, apesar de essa, tendenciosamente o limitar, não deveria anulá-lo dentro do contexto inserido. Porém, essa é a grande questão da doença, pois é vista como um modelo negativo, ou seja, um modelo anulador desse processo.

Fundamentado na legislação, o Ministério da Saúde procura atuar com uma concepção de saúde ampliada, que tem como objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida. Romanini (2002) aponta que esse conceito de saúde pública visa a atender às perspectivas de políticas públicas que apontem para

a consolidação de ambientes e estilos de vida saudáveis e reorientação dos sistemas de serviços públicos de saúde com propostas e estratégias coerentes com essa visão.

A perspectiva ampliada de saúde tem motivado pesquisadores e profissionais do campo a buscarem propostas e ações coerentes com esses princípios. Nesse sentido, a partir da Constituição de 1988, e consequente estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi inaugurado o reordenamento teórico, paradigmático e operacional da Saúde o que levou a uma compreensão no âmbito da Segurança Social. Foi nesse contexto que surgiram as primeiras propostas de Humanização da Saúde, discussões que vêm sendo adotadas pelo Ministério da Saúde.

Toda a história desse conceito vai mostrar que foi do interior da própria medicina que surgiu a reflexão sobre o sentido ampliado de saúde. Porém, tal processo se deu de forma contra-hegemônica, a partir de pesquisadores e militantes médicos, em sintonia com o pensamento político e crítico da metade do século XIX. Esses autores seminais chamavam a atenção para a imbricação entre a situação real vivenciada e as condições mínimas preconizadas para a vida, o trabalho e a saúde das sociedades específicas (MINAYO, 2003).

A saúde pública teve sua origem na Europa com base na tecnociência, no neopositivismo e na biomedicina, que propõem normas e procedimentos assemelhados aos da medicina, com ênfase na objetividade da produção do conhecimento. O profissional, denominado sanitarista, durante muitos anos, foi um especialista isolado que trabalhava em programas verticais com forte grau de imposição autoritária. Ao longo do tempo, a figura do especialista perde visibilidade para a equipe de saúde (CARVALHO 2005).

Nesse contexto, apóia-nos em Carvalho (2005), quando aponta a ideia de saúde coletiva, termo que começou a ser usado no Brasil no final da década de 1970, com origem na América Latina. Foi um movimento intelectual e moral que se transformou em um campo de saberes e práticas que se alimentam mutuamente. É um campo de produção de conhecimento e intervenção profissional, que orienta os sistemas de saúde, a elaboração de políticas e a construção de modelos. Além disso, interpreta e explica os processos saúde — doença — intervenção e produz práticas de promoção da saúde e de prevenção de doenças.

Tambellini; Camêra (1998) têm a visão de saúde construída a partir da Saúde Coletiva que é bastante ampla, levando em conta dimensões biológicas, sociais, psíquicas e ecológicas, trabalhando e articulando a face individual e a coletiva que correspondem, respectivamente, à doença vivida pelo doente e ao processo saúde-doença. Portanto, procura-se olhar a saúde, como questão, a partir de uma Medicina Social que entenderá esse processo pensando a produção e a distribuição de agravos à saúde em suas várias formas, dimensões e conteúdos presentes na sociedade. Propõe-se que os agravos sejam decorrentes das próprias estruturas e das dinâmicas sociais existentes e atuantes, sendo também considerados como resultantes de processos históricos, datados e singulares. Em termos gerais, os agravos são considerados contingentes, dadas às possibilidades de vivências definidas vital e socialmente nos planos biológico, psíquico e ecológico (TAMBELLINI; CAMÊRA, 1998).

Dentro dessa perspectiva de saúde coletiva, percebe-se um estreitamento com as ciências humanas, entendido por Carvalho (2005), o qual, na dimensão teórico-conceitual e metodológica, incorpora conhecimentos e perspectivas das ciências humanas, chamando a atenção dos profissionais voltados para a saúde. Esses profissionais devem compreender a natureza pedagógica da sua intervenção, de maneira contextualizada, considerando fatores culturais, históricos, econômicos e políticos, relevando os elementos da cultura corporal como manifestações e expressões humanas com historicidade e significado para se fazer um contraponto à visão estritamente orgânica de corpo.

A própria emergência de uma Saúde Coletiva é fruto, em parte, de processos de produção de conhecimento que têm, como uma das raízes, a tomada de posição teórica de modificação do curso do pensamento de base empírica, até então dominante nessa área. Portanto, mudanças conceituais e metodológicas tornaram obrigatória a renomeação do próprio campo de preocupações. Outra raiz se encontra no convencimento racional e afetivo de que as explicações sobre nossa realidade de saúde – brasileira e latino-americana – fornecidas pelo conhecimento então existente não eram suficientes e, até, algumas vezes, dificultavam ou distorciam o próprio entendimento (TAMBELLINI; CAMERA, 1998).

Historicamente, a medicina compartimentalizou o ser humano em estanques mediante o estudo de sistemas de forma isolada seguindo princípios cartesianos. O racionalismo cartesiano, em sua contribuição para a vigência do

saber científico corroborou com a ideia de separação entre o corpo e a mente; a razão e a emoção, criando assim, reverberações no campo do saber biomédico e na educação para a prática clínica. Nesse sentido, a necessidade da *humanização* na saúde cresce dentro dessa lógica dualista de se perceber o humano (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Gallian (2005), também afirma que todo processo de supervalorização das ciências biológicas, da super-especialização e dos meios tecnológicos, trouxe como consequência mais visível, a *desumanização* dos profissionais da saúde. Assim, um especialista que foi se transformando cada vez mais em um técnico, é profundo conhecedor de exames complexos, precisos e especializados, porém, em muitos casos, revela-se despreocupado com os aspectos humanos presentes no paciente a que assiste. Isso ocorre, não apenas por força das exigências de uma formação cada vez mais especializada, mas também em função das transformações nas condições sociais de trabalho que tenderam a proletarizar esses profissionais, restringindo barbaramente a disponibilidade desse para o contato com o paciente, assim como para a reflexão e para uma formação mais abrangente.

Campos (2005) apresenta uma crítica a esse humano de um viés antropomórfico, alegando que se a injustiça, a exploração, o mal e a perversidade são atributos desumanos; a desumanização existente nos serviços de saúde também é um produto humano, ainda que resulte de uma combinação de problemas estruturais com posturas alienadas e burocratizadas dos operadores. Afinal, as estruturas sociais são também produto humano e, em tese, poderiam ser refeitas mediante trabalho e esforço humano. Há, de fato, um paradoxo nessa caracterização. De qualquer modo, tende-se a qualificar de desumanas as relações sociais em que há um grande desequilíbrio de poder e o lado poderoso se aproveita dessa vantagem para desconsiderar interesses e desejos do outro, reduzindo-o à situação de objeto que poderia ser manipulado em função de interesses de desejos dominantes.

O processo de fragmentação, instalado nas escolas de medicina, passou a ser criticados nos anos 60 e novas ideias surgiram com a medicina integral que passaram a ser difundidas nas escolas defendendo mudanças curriculares na busca de um ensino menos reducionista. A medicalização, a busca do lucro, a medicina liberal acabaram por distanciar o sujeito dos profissionais da saúde. Surge um sistema de saúde reducionista, intervencionista e medicalizado no qual o corpo

humano passa a ser o objeto de estudo enquanto que o ser humano é deixado em segundo plano. Na busca para superar essa realidade, surge a integralidade, que não deve ser vista apenas como um conceito, mas como um princípio a ser alcançado nos serviços de saúde (GALLIAN, 2005).

De acordo com Ferreira (2005), observa-se, nos serviços em saúde, a existência de padrões mais ou menos fixos de representações que são decorrentes da história de cada um, ou da sociedade de maneira mais geral. Surge a oposição entre dois tipos de saberes: o saber da experiência, do vivido, *versus* o saber do *expert*, do especialista. De fato, no cotidiano das práticas de saúde os aspectos relacionais e técnicos não são facilmente distinguíveis, porém ao aspecto curativo se fixa acima de tudo o prestígio do saber científico se fixa, acima de tudo, ao aspecto curativo, enquanto o cuidado está mais relacionado à simplicidade do saber empírico.

Costa (2004) acredita que a medicina, na forma em que se apresenta nos dias atuais, está muito limitada para resolução dos problemas de saúde, sendo necessária a busca da totalidade para fugir do labirinto das especialidades. Portanto, o homem deve ser visto em sua integralidade como um ser não apenas biológico, mas também social.

O termo *humanização* já era utilizado na base do movimento renascentista, que tem seu humanismo redescoberto como um valor atribuído ao homem como um ser que intervém sobre a natureza e sobre seu destino, acionando a razão para fazer de sua presença finita uma presença que busca sua formação, autonomia e felicidade (ABBAGNANO, 2000). Essa filosofia, em sua ideia de liberdade, incute um tempolímite para o homem, ou seja, um contorno em seu contexto para exercer essa liberdade de escolhas e o coloca perante suas consequências (SOUZA; MOREIRA, 2008).

O autor apresenta o ser humano ativo em seu processo de decisões, porém o restringe dentro de uma liberdade proposta, em que o seu direito de escolhas está diretamente relacionado às ações implicadas nesse processo. Logo, toda ação efetivada gera uma reação dentro da esfera inserida.

O processo de humanização da Saúde tem suas origens nos movimentos de reformas sanitárias, nas Conferências de Saúde e nos grupos militantes voltados às ações em prol do desenvolvimento de uma consciência cidadã e cujas atuações se tornaram, a partir da década de 1980, gradativamente influentes, estruturadas e

articuladas. Na realidade, a reordenação do conceito de saúde, impulsionador do movimento de reforma sanitária, incorpora, entre seus determinantes, as condições de vida e desloca, no sentido da comunidade, a assistência médico-hospitalar como diretriz da atenção à saúde (REIS, 2004).

Teixeira (2005), Souza; Moreira (2008), Ferreira (2005), Merhy; Ceccim (2009) e Campos (2005) referem-se ao tema Humanização como proposta de mudança de postura de todos os atores envolvidos (trabalhadores, gestores e usuários do sistema) visando à ampliação da capacidade de participação efetiva tanto na gestão dos serviços quanto na atenção à saúde. Esse tema diz respeito ao processo de cidadania, ampliação dos direitos dos cidadãos e postura ética de solidariedade, de responsabilidade e co-responsabilidade entre os atores.

A legitimidade dessa temática ganha novo status quando, em maio de 2000, o Ministério de Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e a humanização é também incluída na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro do mesmo ano. O PNHAH foi um programa ministerial que destina promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil, definindo, em 2003, áreas prioritárias de atuação. O objetivo fundamental do PNHAH era o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais (campo das interações face-a-face) e entre hospital e comunidade (campo das interações sociocomunitárias), visando à melhoria da “qualidade e à eficácia dos serviços prestados por estas instituições” (BRASIL, 2008, p. 7).

A proposta inicial foi ampliada e o foco deixou de ser o sistema hospitalar, passando a integrar todo o sistema de saúde. Desde então, o Programa de Humanização passou a ser subordinado à Secretaria Executiva do Ministério, sendo então denominada Política Nacional de Humanização (PNH). O Programa foi substituído por uma perspectiva transversal, constituindo uma política de assistência - intitulada *HumanizaSUS* - e não mais um programa específico (DESLANDES, 2004).

Em função disso foi criado o *HumanizaSUS* que é a sigla para Política Nacional de Humanização do SUS. No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de

subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e de gestão na rede SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos; de co-responsabilidade entre eles; de solidariedade dos vínculos estabelecidos; dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2009).

A criação do PNH tem como objetivo a promoção de uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil, melhorando sua qualidade e investindo na formação educacional dos profissionais da saúde. Além disso, busca enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e à sustentação da humanização hospitalar. Esse documento apresenta uma preocupação com as subjetividades, em suas emoções, na questão humana e não apenas na infraestrutura (BRASIL, 2002).

O documento da Política alerta que a efetivação da humanização depende da vontade política dos dirigentes em participar das ações efetivas e permanentes de transformação da realidade hospitalar, reconhecendo o caráter processual dessas informações. Dessa forma, é necessário que se pense sobre a convergência da Política com outras iniciativas e ações desenvolvidas (BRASIL, 2002). No entanto, o que se observa, ainda, é a segregação das ações e informações entre os departamentos do hospital, pois as iniciativas são setoriais, uma vez que se concentram em áreas, departamentos ou atenções específicas, sem, muitas vezes, conseguir o envolvimento do todo das organizações.

Essa Política aponta alguns limites dos serviços relacionados à saúde, tais como: as desigualdades socioeconômicas; os problemas de acesso aos serviços de saúde; a desvalorização dos trabalhadores da área; a precarização das relações de trabalho; o baixo investimento na educação permanente dos trabalhadores; a pequena participação desses na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários (BRASIL, 2003).

Tendo em vista superar esses limites, a PNH estabelece como um de seus alicerces a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão. Para tanto, são valorizados os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: os usuários, os trabalhadores e os gestores (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

As políticas de saúde devem proporcionar as condições necessárias para o exercício das tarefas cotidianas e devem criar condições para que os que cuidam possam também ter suas necessidades satisfeitas. É necessário capacitar os trabalhadores da saúde para lidarem com a dimensão psicossocial dos usuários e de suas famílias. Assim, é necessário estimular o trabalho em equipe multiprofissional, entendendo ser essa uma das condições essenciais para a eficácia da prática humanizada, devido à exacerbada especialização e à tecnificação dos atos realizados por profissionais de saúde que diminuem o vínculo nas relações, tornando-as mais distantes, impessoais e despersonalizadas (FORTES, 2004).

2.1 Significados do termo *Humanização*

No que diz respeito ao Programa de Humanização da Saúde, Ferreira (2005), observa que os diferentes sentidos dados ao termo originam uma diversidade de práticas. À medida que o termo *humanizar* e todo o seu léxico correspondente se tornam recorrentes na fala dos diferentes atores do processo, há uma interpretação e uma aplicabilidade desses termos que dependem das motivações, das relações com as atividades e das dinâmicas das relações sociais estabelecidas.

Até o momento não existe consenso quanto ao conceito de humanização da assistência hospitalar, embora o Ministério da Saúde tenha proposto algumas definições no programa. Segundo a Política:

Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção de políticas de saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais" (BRASIL, 2004, p.5).

De acordo com Mello (2008), o que se percebe, na área da saúde, é a preocupação dos atores envolvidos em prestar ou receber atendimento de boa qualidade. Dessa forma, os termos *humanização*, *humanização da assistência*

hospitalar ou *humanização em saúde* já são de domínio público, embora haja certo estranhamento e resistência por parte de muitos profissionais da área em aceitá-los. O argumento principal é que a humanização é inerente à prática de quem cuida de seres humanos.

Cecílio e Puccini (2004) constataam diversas concepções de Humanização, tais como: (a) noção de amenização da lógica do sistema social como crítica à tecnologia e à tentativa de se criar um *capitalismo humanizado*; (b) busca de uma essência humana perdida, como restauração moral; (c) negativa existencialista da realidade concreta, imaginando uma autonomia das emoções e dos afetos individuais da práxis humana; (d) processo de organização institucional que valoriza a escuta no ato da assistência; ou (e) como defendido por esses autores, valorização e ampliação de cidadania. Na perspectiva desses autores, observa-se, que nas Conferências de Saúde, o tema está relacionado à ampliação da participação popular, à cidadania, a integralidade da assistência e à autonomia dos atores do sistema de público de saúde.

Em campos diferentes do saber, o termo *humanização* é utilizado de diferentes formas e com propósitos específicos. Na administração, esse termo parte em defesa da satisfação para otimização do trabalho. Na área da saúde, esse termo organiza-se ora em defesa dos direitos humanos, ora em defesa da ética (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Pessini e Bertachini (2004) afirmam que a humanização das instituições de saúde passa pela humanização da sociedade. Por isso, os profissionais de saúde e os pacientes devem estar situados como sujeitos de sua própria história, e os primeiros devem reconhecer seus pacientes também como indivíduos.

Martins (2001) garante que a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros, e os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização.

Segundo Puccini; Cecílio (2004, p. 1346) a dificuldade de conceituação propicia uma "avalanche de intenções que, situadas no campo dos justos e politicamente corretos, trabalham com concepções de mundo muito diferentes,

resultando em distintas propostas de humanização que, no fundo, só coincidem enquanto *slogan* de propaganda”.

Geralmente emprega-se a noção de *humanização* para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e de suas referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e interequipe.

Fortes (2004) afirma que *humanizar* é tratar as pessoas levando-se em conta seus valores e vivências como únicos, evitando quaisquer formas de discriminação, de perda da autonomia, enfim, é preservar a dignidade do ser humano. Humanizar refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo-se uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde.

A humanização centrada nos sujeitos visa a nortear a política institucional no que se entende como a razão de ser e existir de um hospital. Focalizar a humanização nos atores sociais compreende, antes de tudo, uma relação efetiva de cuidado, que pode ser traduzida na acolhida, na ternura na sensibilidade, no respeito e na compreensão do ser doente e não da doença (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2005).

Assim, continua a ser importante curar o doente, mas também cuidar dele. É a pessoa doente que deve ser o principal foco de atenção, e não a sua enfermidade. Ainda quando a cura não é mais possível, quando a ciência se acha incapaz de resolver o problema trazido pela doença, continuamos diante do doente, na sua dignidade, na sua fragilidade e na sua necessidade de ser amparado, cuidado e amado (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

Nesse contexto, a idéia de Humanização passou a ser entendida como “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de Saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Destaca-se, nessa definição, que o esforço de humanização é concebido como um aporte de valor positivo alocado ao sujeito implicado na produção da Saúde, embora, no entendimento comum, não seja raro que se designe o usuário ou cliente externo como principal, quando não único, alvo da humanização (REIS *et al.*, 2004).

O diálogo entre equipe médica e os clientes da saúde são fundamentais para que aconteça, de fato, a humanização no hospital. Logo, são necessárias ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por essas instituições. E essa troca tem que ser mútua, nas relações entre profissional de saúde e usuários; entre os próprios profissionais e entre o hospital com a comunidade, cumprindo com o seu papel. Portanto, humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se apresenta como meio para a qualificação das práticas de saúde: acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e dos usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo.

Essa realidade reafirma a necessidade de articular essa mudança mediante um conceito de Humanização, que contemple a instituição *Hospital* como um todo. Isso pode ser feito por meio da implementação de Grupos de Trabalho de Humanização em cada hospital, que sejam, pela sua representatividade, os elementos agregadores e difusores desse novo conceito em torno de um eixo comum de atendimento humanizador, contemplando os aspectos subjetivos e éticos presentes na relação que se estabelece entre usuários e profissionais.

Para Deslandes (2004, p.8), embora constitua o alicerce de um amplo conjunto de iniciativas, o conceito de “humanização da assistência” ainda carece de uma definição mais clara, conformando-se mais como uma diretriz de trabalho, um movimento de parcela dos profissionais e de gestores, do que um aporte teórico-prático. Argumenta que, ao se designar “humanizar; subentende-se que a prática em saúde era (des)humanizada ou não era feita por e para humanos[...]” Tais provocações ainda são feitas, revelando o estranhamento que o conceito propicia.

Campos (2005) discute a humanização em relação às estruturas sociais e, a partir desse pressuposto, coloca que não há projeto de humanização sem que se leve em conta o tema da democratização das relações interpessoais e, em decorrência disso, a democracia em instituições.

Ainda para Benevides e Passos (2005, p. 562) a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde como política pública deveria apresentar princípios e operacionalizações no conjunto das interações entre todos os atores do SUS. Há uma concepção co-gestiva e coletiva na produção de sujeitos

e de saúde que nortearia a construção dessa política pública. Por sua vez, mudaria o modelo de atenção e a gestão do trabalho com ênfase no vínculo com os usuários. “A humanização como política deveria criar espaços de construção e troca de saberes, investindo nos modos de trabalhar em equipe”.

Fortes (2004), afirma que humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criando condições para que haja mais possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma.

Para Betinelli (2003), o cuidado à vida, portanto, não pode estar desvinculado e descontextualizado das relações socioeconômicas, pois somente será possível exercê-lo, se compreendermos o ser humano em sua totalidade, nas suas diferenças, pluralismo e na diversidade. Assim, as mensagens e seus significados revelam peculiaridades de um mundo vivido e uma experiência ontológica, construída na relação entre os profissionais e as pessoas cuidadas.

Gomes *et al.* (2008) acreditam nas possibilidades de articulação da humanização e da promoção da saúde, pois tanto para a humanização quanto para a promoção da saúde, os pressupostos e abordagens guardam estreita relação com a concepção de homem, sujeito e protagonista do seu processo saúde–doença, caracterizando a visão de promoção da saúde e política de humanização na saúde pública. Portanto, permite a identificação das necessidades dos agentes sociais – usuários, trabalhadores e gestores –, o que poderá tornar a produção do cuidado em saúde mais humanizadora pela escuta e pelo respeito a essas singularidades e características de contextos socioculturais e históricos próprios de cada realidade em decurso de mudança.

A promoção da saúde é entendida como forma de se analisar o processo saúde — doença na articulação das políticas e das práticas do setor saúde, ampliando as possibilidades de co-responsabilização e cogestão entre os diferentes atores, instituições e movimentos sociais, na criação de intervenções que contribuam para a efetivação da integralidade do cuidado. Deve-se considerar, ainda, a diversidade cultural e regional dos territórios e das comunidades. É importante a organização da assistência e do trabalho intra e intersetorial, para romper com a fragmentação do cuidado e criar políticas públicas que favoreçam a saúde (CARVALHO, 2005).

Dessa forma, a promoção da saúde e a humanização da atenção à saúde são trabalhos processuais de longo prazo, dinâmicos e intimamente relacionados com o contexto em que se desenvolvem. São questões amplas e complexas, às quais se oferecem resistências, pois envolvem, entre outras coisas, mudanças de comportamento e de poder, que sempre despertam insegurança (NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

Logo, pensar em promoção da saúde na nossa realidade concreta é pensar em políticas públicas voltadas para a diminuição das iniquidades existentes na sociedade, em especial a brasileira, evidenciadas nas desigualdades em saúde. Implica ter como diretriz política a eliminação das múltiplas carências cotidianas da vida individual e da coletiva, que passam pela pobreza, pela fome, pela exclusão social, inclusive de acesso aos serviços práticos de saúde. Implica, também, em situar esses objetivos no vértice da pirâmide de prioridades políticas, visto que são, os verdadeiros determinantes do desequilíbrio social e sanitário forjado em nossa sociedade (VERDI; CAPONI, 2005).

2.2 Princípios Orientadores da Humanização Hospitalar

Atualmente, a humanização, no contexto hospitalar, é orientada por alguns princípios defendidos pela Política aprovada pelo Ministério da Saúde, bem como por pesquisadores que tem se dedicado à temática. Fundamental é a ideia de que estudar a humanização é compreender que o humano vem carregado de individualidades e de percepções próprias advindas do contexto que os norteiam.

Nesse sentido, a primeira questão que a se destacar relaciona-se ao cuidado, pois como afirma Ayres (2004) a humanização passa pela radicalidade democrática do Bem comum. Por isso, não se cuida efetivamente de indivíduos sem cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento cuidado de cada um de seus sujeitos.

Segundo Costa (2004), o tratar e o cuidar exigem o reconhecimento do outro. Por isso, o diálogo é necessário na relação médico-paciente como forma de diminuir as diferenças entre os dois sujeitos. A valorização do outro no processo terapêutico reconhece o paciente como ser humano e permite sua liberdade e

responsabilização pela sua saúde. Assim, o tratamento implica liberdade de decisão e não a imposição de prescrições e métodos diagnósticos. Os profissionais da saúde precisam ter uma postura acolhedora de escuta e de negociação frente aos sujeitos que estão sob seu cuidado.

Portanto, para a construção do *Cuidado* é importante investir na reflexão e na transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais. A partir daí, compreender as raízes e os significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e dos serviços disponíveis para sua superação. Nesse sentido, é de fundamental relevância, na produção sobre o cuidado, a articulação de iniciativas teóricas e práticas que vinculem os cuidados individuais a aproximações de corte sócio-sanitário (AYRES *et al.*, 2003; PAIM, 2003), como diagnósticos de situação, planejamento de ações e de monitoramento de processos e resultados relativos a determinado agravo ou a situação de grupos populacionais específicos (AYRES, 2004).

Souza *et al.* (2008), afirma que ensinar o cuidado humanizado é desenvolver o sentido de ser humano. Ao focar a importância da experiência assistencial para o desenvolvimento do cuidado humanizado, tem-se a oportunidade de fazer/aprender o cuidado de forma sensível, havendo a possibilidade de se articularem dimensões cognitivas, emocionais e atitudinais do conhecimento.

Outra questão a ser explorada está relacionada à integralidade na humanização. Segundo Peixoto e Batista (s/d), a integralidade não envolve apenas aspectos de promoção e de prevenção da saúde, deve ser entendida como a busca constante das necessidades dos indivíduos e das coletividades dentro da micropolítica de saúde. Dessa forma, os profissionais devem repensar suas práticas com vistas a responder às necessidades dos indivíduos e da população. Isso implica, necessariamente, repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão e planejamento, construindo novos saberes e adotando inovações nas práticas em saúde. É necessário, portanto, reconhecer que as necessidades em saúde são determinadas social e historicamente, mesmo quando apreendidas e transformadas em práticas na sua dimensão individual (COSTA, 2004).

A humanização e a integralidade caminham junto na busca de um cuidado que atentam às demandas dos sujeitos. A autonomia, a responsabilização, o reconhecimento do outro como cidadão de direitos e de deveres, com um conhecimento historicamente construído são princípios básicos a serem considerados no relacionamento entre o profissional da saúde e o paciente.

Outro aspecto a ser abordado na discussão sobre a humanização é a subjetividade. Costa (2004) afirma que é necessário levar em conta a subjetividade das pessoas no processo de acolhida já que a fronteira entre o normal e o patológico não é bem estabelecida. A saúde e a doença não são padrões entre pessoas, isso implica em certa flexibilidade entre o normal e o patológico. Há variações entre indivíduos, assim, devemos levar em consideração a fala dos pacientes por meio do processo de escuta. Por isso, o indivíduo se auto-declarar doente deve ser um fator importante no processo diagnóstico.

Ayres (2005) considera que o núcleo mais essencial das propostas de humanização e seu ideal de transformação está na relação entre as experiências vividas, os diversos valores que nos orientam e os processos de adoecimento e seu cuidado e prevenção. Esse autor faz crítica à referência sobre o cuidado, a humanização ou a integralidade como um conjunto de princípios e estratégias que devem nortear a relação entre os sujeitos - o paciente e o profissional de saúde que o atende, no sentido individual, afirmando que, na humanização, os planos individual, social e coletivo são inseparáveis.

Alguns autores (DESLANDES, 2004; TEIXEIRA, 2005; ARONE; CUNHA, 2007) abordam ainda a questão das tecnologias. Para Deslandes (2004) dicotomia entre tecnologia e fator humano também deve ser criticada, pois o caráter humano das tecnologias não deve ser negligenciado. Além disso, devemos nos lembrar de que as tecnologias de escuta e de negociações são ferramentas importantes da humanização. Aqui, consideramos o homem como ser de linguagem, que simboliza, compreensão fundamental na construção desse respeito ao outro preconizado dentro da política de humanização.

Nessa empreitada, o Programa destaca a importância da conjugação do binômio *tecnologia e fator humano e de relacionamento*. Há um diagnóstico entre possuir boas condições de alta tecnologia e nem sempre dispor da delicadeza do cuidado, o que desumaniza a assistência. Por outro lado, se reconhece-se que não ter recursos tecnológicos, quando esses são necessários, pode ser um fator de

estresse e de conflito entre profissionais e usuários, igualmente desumanizando o cuidado. Assim, embora se afirme que ambos os itens constituem a qualidade do sistema, o *fator humano* é considerado o mais estratégico pelo documento do PNHAH (DESLANDES, 2004).

[...] as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 5).

O emprego de tais interações voltadas para a produção do cuidado, também representa uma forma de tecnologia, a *tecnologia leve* e constitui um elemento crucial de gestão. Justamente nos territórios dessas *tecnologias leves*, isto é, que dizem respeito à produção de vínculos, acolhimento, autonomização e de gestão do processo de trabalho, ocorrem atualmente as principais reestruturações produtivas do setor saúde (MERHY; CHAKKOUR, 1997).

Assim, a tecnologia pode ser apropriada não apenas com pura objetividade, mas agregando valores éticos, estéticos e políticos, que a comprometem com o humano, em sua possibilidade emancipatória, de aprendizado permanente, para possibilitar a realização plena do sujeito e por seu compartilhamento social caracterizando-se como uma tecnosocialidade (ARONE; CUNHA, 2007).

Deslandes (2004), afirma que desconsiderar tal debate pode gerar uma atribuição de incompatibilidades, de maior resistência entre os que trabalham com o que há de *objetivo* (tecnologias) e com os que trabalham com o *subjetivo* (relacionamentos), além de ignorar o quão potente são, por exemplo, as tecnologias de escuta e de negociação das regras comportamentais e organizacionais.

A Política Nacional de Humanização destaca também a participação e o trabalho em redes. E, como política que perpassa todas as instâncias do SUS, propõe-se a atuar na descentralização, isto é, na autonomia administrativa da gestão da rede de serviços, de maneira a integrar os processos de trabalho e as relações entre os diferentes profissionais. Para tanto, cabe às equipes prepararem-se para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas do cotidiano profissional.

A co-gestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores (BRASIL, 2004).

Cecílio (2010) assegura que fazer gestão colegiada, em todos os níveis de decisão, formulação e avaliação de políticas de saúde e em todos os espaços de trabalho, transformou-se em uma espécie de garantia de inovação da gestão. Isso deveria resultar em efetivas mudanças no paradigma clássico da administração pública, com suas mazelas de rigidez, baixa comunicação, autoritarismo, alienação dos trabalhadores, e, mais importante, na insensibilidade para com as necessidades dos usuários.

Há uma concepção cogestiva e coletiva na produção de sujeitos e de saúde que nortearia a construção dessa política pública e, por sua vez, mudaria o modelo de atenção e a gestão do trabalho com ênfase no vínculo com os usuários. “A humanização como política deveria criar espaços de construção e troca de saberes, investindo nos modos de trabalhar em equipe” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 562).

O colegiado de gestão, mais do que um mero arranjo burocrático-administrativo, deve ser pensado como um arranjo institucional que assume um caráter político, devido ao fato de ele se constituir em espaço no qual os temas da autoridade, do poder, do controle da decisão estão sempre presentes, de forma mais ou menos explícita (CECÍLIO, 2010).

Nesse contexto, há uma preocupação com a formação dos profissionais que desejam atuar no campo da humanização hospitalar. Por isso Teixeira (2005) questiona: como ampliar a capacidade ou simplesmente capacitar os profissionais de saúde para compreender as demandas e as expectativas do público, para serem mais respeitosos e menos violentos na prestação de cuidados?

Souza *et al.* (2008) apontam para a necessidade de que as escolas que tenham como eixo a saúde viabilizem experiências de ensino que qualifiquem o cuidado em todas suas dimensões. Para tanto, algumas dessas escolas têm implementado, em sua grade curricular novas diretrizes que visam à formação de profissionais qualificados para o cuidado em saúde. Por meio do estudo de grades

curriculares de cursos de formação profissional de algumas áreas da saúde, os autores observaram que, desde 1993, busca-se uma formação generalista e uma abordagem multidisciplinar. Esse modelo procura valorizar o modelo ético-humanista, o qual se preocupa com a solidariedade e a cidadania, sendo favorável ao que hoje é preconizado pela política de humanização.

Segundo Carvalho *et al.* (1997) a proposta, para avançar além do modelo biomédico até então vigente, seria introduzir referenciais de um paradigma na perspectiva holística para formação profissional e que influenciasse o campo da prática, favorecendo uma assistência humanizada.

Quando nos dedicamos ao estudo da temática, não ignoramos o valor dos aspectos técnicos que envolvem a formação dos profissionais de saúde. Esses aspectos ao serem articulados aos aspectos relacionais qualificam a assistência e valorizam as ações dos profissionais. Na realidade, com os desafios postos, as instituições formadoras para a mudança de paradigma no ensino, são fundamentais para tornar o estudante um sujeito mais ativo e crítico no seu processo de aprendizado, para que esse possa, como profissional, trabalhar em prol da mudança de realidade da assistência no Brasil (SOUZA, 2008).

Feuerwerker e Cecílio (2007) afirmam que o conjunto de reflexões, articuladas à história da formação profissional em saúde, levou a que os problemas da realidade, as vivências e o trabalho a serem reconhecidos como centrais na produção da aprendizagem em saúde, fundamentais para a aprendizagem significativa e para a articulação das várias áreas do saber constitutivas da saúde.

As diretrizes curriculares nacionais propõem que todas as graduações em saúde tenham a prática contextualizada como central na formação: presente desde o início desta formação e ocorrendo em cenários diversificados ao longo de todo o curso. Aqui entram os debates do núcleo saúde na formação. Busca-se a integralidade na formação e trabalha-se com um conceito ampliado de saúde. Desse modo, a diversificação dos cenários de aprendizagem é fundamental porque há diferentes tipos de complexidade envolvidos nos problemas de saúde, que exigem a mobilização de diferentes áreas do saber e de diferentes tecnologias (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Quando se busca uma aproximação não tecnocrática às questões de diagnósticos e à intervenção em saúde; uma democratização de fato do planejamento e da gestão das instituições de saúde e suas atividades, teremos

respostas sociais aos diversos desafios da saúde, sem prescindir do diálogo com os sujeitos que constituem esses coletivos, o qual não se constrói efetivamente senão em uma relação de Cuidado (AYRES, 2004).

Para se fazer o diferencial nas relações do cuidado humanizado, no ambiente hospitalar, requer-se do profissional da saúde que atue com humanização solidária e sensibilidade, além de ter postura de dignidade e de caráter (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

Assim, o ensino do cuidado humanizado deve envolver toda sociedade na sua produção de saberes e de formas de existências, em sua compreensão de humano que se relaciona; participa; escolhe; entra em conflito; discorda; negocia e atua em um processo de construção de etapas mais autônomas e da formação de cidadãos na promoção de vida, em suas diversas formas de expressão. As atuais propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, no sentido de sua maior integralidade, efetividade e acesso, têm destacado o conceito de humanização em seus desafios éticos e epistemológicos. Ayres (2005, p. 550) considera, em uma perspectiva filosófica, que o ideal de humanização pode ser genericamente definido como um “compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum”.

Portanto, há uma ampliação do conceito de saúde biomédico, voltado ao problema tecnocientífico estrito dos riscos, disfunções e dismorfias, para uma ideia de felicidade. Nesse sentido, não é possível transformar nossas práticas de saúde se não tirarmos os critérios que usamos para avaliar e validar a correção ética e moral de nossas ações na saúde de uma estabilidade acrítica e expandir as preocupações dessas práticas desde seu núcleo mais instrumental até o seu *conteúdo relacional e formativo*. Isto é, tomarmos a humanização deve ser tomada como valor, apontando para a dimensão em que o cuidar da saúde implica encontros entre subjetividades socialmente conformadas, as quais vão, progressiva e simultaneamente, esclarecendo e reconstruindo não apenas as necessidades de saúde mas aquilo mesmo que se entende ser a boa vida e o modo moralmente aceitável de buscá-la (AYRES, 2005).

Como citam Mota; Martins; Vêras (2006), a humanização hospitalar tem como principal característica o cuidado do ser humano doente e a promoção da sua saúde entendida como bem-estar e terá como uma das suas prioridades a

beneficência, que representa fazer o bem ao doente internado. Outra característica importante da humanização hospitalar é a justiça, cujas normas exigem que a dignidade fundamental do ser humano seja respeitada e que os iguais sejam tratados com imparcialidade. É justamente a falta de justiça no sistema hospitalar brasileiro que provoca certa indignação ética, que clama por uma maior humanização desse sistema.

É preciso, porém, assumir a noção de *projeto de felicidade* como uma construção de caráter *contrafático*, ou seja, deve-se recusar qualquer tentativa de definição *a priori* de seus conteúdos. A felicidade humana não pode ser vista como um bem concreto, uma entidade, nem tampouco como uma utopia, mas como uma experiência de caráter singular e pessoal. É justamente a referência à relação entre experiência vivida e valor, e entre os valores que orientam a vida com a concepção de saúde, que parece ser essencialmente nova e potente nas recentes propostas de humanização.

Sendo assim, sustenta-se aqui que as propostas de humanização das práticas de saúde necessitam de critérios para a construção de consensos diferentes daqueles exigidos para a validação dos saberes e para ações mais restritas à instrumentalidade tecnocientífica. Os processos de construção desse novo consenso exigem um esforço de renovação que se expande desde a esfera normativa, para outras, nas quais ela está também apoiada, demandando novos conhecimentos objetivos e perspectivas subjetivas capazes de sustentar as novas interações desejadas (AYRES, 2005).

Sendo um projeto para a polis, os processos de reconstrução orientados à humanização estendem-se por um amplo espectro de espaços (desde os fóruns de definição e pactuação das políticas até o espaço assistencial), nos quais as práticas de saúde são socialmente construídas e em que os discursos da humanização vão buscando produzir entendimento público. Ou, ainda, conforme Habermas (1988; 2004), construindo suas pretensões de validade intersubjetiva nas esferas normativa, proposicional e expressiva (AYRES, 2005).

Nas práticas de saúde a esfera proposicional das tecnociências ocupa um lugar de importância na mediação entre interesses subjetivos e regulação moral da vida. Os sujeitos que participam dos encontros efetivados nos espaços da saúde tendem a se reduzir à unidimensionalidade conformada por uma leitura tecnocientífica, construtora de objetos, na qual um é o próprio substrato dos recortes

objetivos (o paciente) e o outro aquele que produz e maneja esses recortes (o profissional). Talvez isso ajude a compreender por que uma das mais expressivas expressões do modo de ser do humano, o cuidado, esteja buscando humanizar-se!

Entendendo-se a humanização sob a perspectiva filosófica, podemos traduzí-la como um ideal de construção de livre e inclusiva manifestação dos diversos sujeitos no contexto da organização das práticas de atenção à saúde, promovida por interações sempre mais simétricas, que permitam uma compreensão mútua entre seus participantes e a construção consensual dos seus valores (AYRES, 2005).

Todo projeto de felicidade com obstáculos sugere a problemática de algum aspecto da vida dado até então acomodado. Logo, parece fundamental colocarmos todos os recursos que nos fornecem a hermenêutica para estimularmos e otimizarmos a emergência de novos discursos e de novas tecnologias com vistas à humanização. Essas possibilidades reconstrutivas se abrem a um vasto campo de aplicações, já desde a compreensão dos processos de saúde-doença até os planos mais abrangentes da gestão dos serviços e das políticas de saúde.

A ideia de valor, concebida em um horizonte ético, só tem sentido no interesse em compatibilizar finalidades e meios de uma vida vivida em comum. A própria construção das identidades individuais se faz na interação com o outro. Dessa forma, não apenas os horizontes normativos que orientam os conceitos de saúde e doença são construídos socialmente, mas os obstáculos à felicidade que estes horizontes permitem identificar são também fruto da vida em comum. Portanto, só coletivamente se consegue, de maneira efetiva, construir respostas para superá-los (AYRES, 2004).

Assim, a consciência do adoecer, os saberes e os instrumentos tecnicamente dirigidos a seu controle e as respostas técnicas e políticas ao adoecimento são o resultado do modo socialmente organizado de homens e mulheres relacionarem-se entre si e com seu meio, ou seja, são igualmente produtos da vida social, na qual finalidades e meios são contínua e interativamente reconstruídos (AYRES, 2004).

Segundo Teixeira (2005), o caminho da formação transmissionista não alcança os objetivos de humanizar o serviço. O discurso da capacitação pela ética nas relações de trabalho e nas terapêuticas precisaria ir além das consciências ou das estruturas mentais. E mais, em uma problemática relacional, focar apenas o

profissional ou um pólo dessa relação, pode reduzir a dinâmica desse processo, que requer outras leituras na oferta do atendimento de qualidade.

Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética; ou seja, para que o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo sejam humanizados, é preciso que as palavras expressas pelo sujeito sejam entendidas pelo outro, para que este ouça daquele palavras de seu conhecimento. Pela linguagem, fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos reciprocamente (MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006).

Dessa forma, sem comunicação não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, do diálogo com nossos semelhantes (BUSS, 2000).

Daí a importância de entendermos a humanização em sua inexorável politicidade e socialidade e, por conseguinte, em suas importantes implicações institucionais. A problemática de que trata a humanização não se restringe ao plano das relações pessoais entre terapeutas e pacientes, embora chegue até ele. Não se detém em rearranjos técnicos ou gerenciais das instituições, embora dependa deles. Trata-se de um projeto existencial de caráter político, trata-se de uma proposta para a *polis* (AYRES, 2005, p. 552).

Por isso, é necessário refletir sobre as possibilidades e as propostas de trabalho no contexto da humanização hospitalar e as possibilidades de desenvolvimento que essa visão apresenta. Mota; Martins; Vêras (2006) afirmam que, quando se trabalha com humanização a melhora do ambiente hospitalar traz benefícios como a redução do tempo de internação, aumento do bem-estar geral dos pacientes e funcionários e a diminuição das faltas de trabalho entre a equipe de saúde, e, como consequência, o hospital também reduz seus gastos, trazendo benefícios para todos.

Dentro das políticas públicas de Saúde, foi necessário se criarem alguns projetos que incorporassem a essência da humanização. Muitos já vêm sendo desenvolvidos, há vários anos, em áreas específicas da assistência - por exemplo, na saúde da mulher, na humanização do parto e na saúde da criança com o projeto mãe-canguru, para recém-nascidos de baixo peso. Atualmente, têm sido propostas

diversas ações visando à implantação de programas de humanização na assistência pediátrica, vários projetos e ações desenvolvem atividades ligadas a artes plásticas, música, teatro, lazer, recreação (MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006).

Portanto, é fundamental reforçar a necessidade da consolidação da Política de Saúde a partir do trabalho em rede desenvolvido com a contribuição de profissionais de diferentes áreas. Nesse contexto, a humanização abre possibilidades de intervenção de profissionais que atuam na perspectiva do lazer.

3 LAZER, RECREAÇÃO E BRINQUEDOTECAS HOSPITALARES: CONEXÕES

3.1 Refletindo Sobre o Entendimento de Lazer

Wuo (2004) entende o lazer, em sua especificidade, como possibilidades de gerar valores que ampliem o universo da manifestação do brincar, do jogo, da criatividade, da recreação. Compreende, ainda, que pode ampliar o lazer para além da própria vivência, já que seus conteúdos constituem inúmeros valores, entrelaçados no contexto social, comportando análise de vários ângulos.

O Lazer é compreendido por Gomes (2005) como uma dimensão da cultura constituída por meio da vivência lúdica de manifestações culturais em um tempo/espaço conquistado pelo sujeito ou grupo social, estabelecendo relações dialéticas com as necessidades, os deveres e as obrigações, especialmente com o trabalho produtivo.

O lazer, como espaço para a manifestação do lúdico, só se concretiza pelo fato de existir um envolvimento social do homem em termos de relação com a atividade (WUO, 2000). O espaço de lazer no hospital, no entanto, pode suscitar todos os tipos de interesses humanos ao mesmo tempo: culturais, psicológicos, terapêuticos e outros. Porém, o que não se deve perder de vista é que os espaços de lazer serão propícios para as relações humanas.

Carvalho (2005) afirma que para exercitar um lazer que priorize o lúdico, a dimensão socioeducativa e cultural, a integração, o prazer, a criatividade, entre outros elementos, são importantes para a construção de vínculos e o para envolvimento tanto dos profissionais da área específica quanto das pessoas e das comunidades. Para uma proposta de lazer desafiadora e libertadora, é fundamental a participação de todos os envolvidos e a responsabilidade de todos no processo de construção de projetos – que envolve os conteúdos, as dinâmicas, os princípios e os valores que darão sustentação a toda a proposta.

Melo e Alves Júnior (2003) afirmam que as atividades de lazer são culturais, em seu sentido amplo, englobando os diversos interesses humanos, suas linguagens e manifestações. Essas vivências podem ser efetuadas no tempo livre das obrigações profissionais, domésticas, religiosas e das necessidades físicas. São

buscadas, muitas vezes, tendo em vista o prazer que possibilitam. No entanto, isso nem sempre ocorre. Assim, o prazer não deve ser compreendido como exclusividade de tais atividades. Então, podemos definir as atividades de lazer pela conjunção desses dois parâmetros – um mais objetivo, de caráter social (o tempo), e outro mais subjetivo, de caráter individual (o prazer).

No entanto Melo e Alves Junior afirmam que:

Muitas vezes, adotado equivocadamente de forma isolada, para definir lazer é o prazer, algo que deve ser considerado essencial para o ser humano. É lógico que esperamos que as atividades de lazer sejam sempre prazerosas, mas esse sentimento não deve ser compreendido como exclusividade dos instantes de lazer. Assim, é melhor falar que os momentos de lazer pressupõem a busca pelo prazer, mas que este não é exclusivo dos momentos de lazer (MELO; ALVES JUNIOR, 2003, p. 32).

Além disso, devemos ressaltar que falar de “busca pelo prazer” não significa que sempre se alcance o resultado esperado: quando as pessoas buscam lazer, espera-se que obtenham prazer, o que pode ser frustrado por problemas que eventualmente ocorram durante as atividades de diversão.

De acordo com as análises de Pinto (1998), o lazer exige maturidade de consciência em relação às contradições do cotidiano e à humanização das relações fundada na ética lúdica, mantendo interfaces preciosas com a busca da saúde, da educação e da sociabilização para a cidadania.

Essência genuína do lazer, a vivência lúdica é, culturalmente, concebida como brinquedo, jogo, brincadeira ou festa. Revela a emergência de o corpo viver e o prazer da alegria construída pelo sentir, amar, vibrar, conviver e relacionar em liberdade. Concretiza-se em interações conscientes dos limites e das possibilidades possíveis, lógicas, eficazes, simples, inovadoras, descontraídas e compartilhadas no tempo, no lugar e com objetos disponíveis (PINTO, 1998).

Reafirmando essa conotação positiva que impera no conceito lúdico, Gomes (2004) também afirma o caráter subversivo e utópico que muitos autores conferem a esse conceito. Ela o entende como um fenômeno que provoca nos sujeitos um estado de agradável sensação. Nesses termos, a essência da ludicidade poderia ser traduzida como prazer, júbilo, regozijo e alegria. Embora essa interpretação seja muito difundida em nosso meio, sobre ela recaem algumas

ressalvas. Isso ocorre justamente por que, frequentemente, são emitidos julgamentos idealizados sobre o lúdico.

Assim, o lúdico é entendido como expressão humana de significados da/na cultura referenciada no brincar consigo, com o outro e com o contexto. Por essa razão, o lúdico reflete as tradições, os valores, os costumes e as contradições presentes em nossa sociedade. Dessa forma, é construído culturalmente e cercado por vários fatores: normas políticas e sociais; princípios morais; regras educacionais e condições concretas de existência (GOMES, 2004).

Debortoli (1999) afirma que refletir sobre a expressão da ludicidade humana é voltar o nosso olhar para a compreensão de seres humanos que se expressam no mundo como sujeitos. Então, a ludicidade é compreendida como a ampliação da linguagem humana, muito além de palavras, em que há a reinclusão do corpo na memória e na linguagem, ou seja, a reincorporação do humano como gesto lúdico. E isso só é possível por meio da busca da linguagem em sua plena forma emancipadora.

Logo, a linguagem lúdica ou o gesto lúdico é a expressão do sujeito criador, é essa riqueza, essa capacidade que os seres humanos têm de encontrar brechas na realidade imediata, tornando possível sua ressignificação, e trazendo a esperança de sua transformação (DEBORTOLI, 1999).

Como expressão de significados que têm o brincar como referência, o lúdico representa uma oportunidade de (re)organizar a vivência e de (re)elaborar valores, os quais se comprometem com determinado projeto de sociedade. Por um lado, pode contribuir com a *alienação* das pessoas: reforçando estereótipos, instigando discriminações, incitando a evasão da realidade, estimulando a passividade, o conformismo e o consumismo. Por outro, o lúdico pode colaborar com a *emancipação* dos sujeitos, por meio do diálogo, da reflexão crítica, da construção coletiva e da contestação e resistência à ordem social injusta e excludente que impera em nossa realidade (GOMES, 2004).

Carvalho (2005) chama a atenção para as possibilidades de intervenção voltadas para a saúde no campo do lazer. Entende que o campo da saúde é interessante para o profissional específico e carece de projetos e intervenções em parceria com o lazer. Acredita que o agir intersetorial e interdisciplinar permite ampliar as possibilidades do agir prudente, responsável, adequado e eficaz no que se refere à saúde das populações. Acrescenta que o lazer não deve ser aquele

associado ao passatempo, à recreação, mas visualizado como tempo e espaço de vivências lúdicas, de produção e de apropriação da cultura.

Nesse contexto, ao falarmos de humanização e de pessoas não podemos nos esquecer da questão do lazer. Por isso, há a possibilidade de desenvolvimento de ações de humanização ligadas ao lazer, junto aos sujeitos envolvidos com o ambiente hospitalar, sejam eles as pessoas em tratamento, os médicos, os enfermeiros, os assistentes sociais e, até mesmo, os acompanhantes.

Os exemplos da inclusão do lúdico no hospital demonstram que a forma de atendimento em unidades hospitalares e de promoção de saúde passa por um momento de transformação, no qual se deixa de focalizar apenas a doença para enxergar o ser humano como um todo. Dessa forma, o indivíduo é compreendido como elemento importante na prestação de assistência, de cuidados com os aspectos psicológicos, sociais e culturais, além dos físicos (CARVALHO; BEGNIS, 2006).

O entendimento de lazer interfere na apropriação e na organização do espaço hospitalar, assim como no posicionamento da instituição e dos profissionais de saúde, que nela trabalham, sobre o desenvolvimento de propostas de lazer em hospitais. Essa compreensão é um aspecto fundamental para se pensar uma proposta para qualquer instituição, pois as pessoas, alvos de uma intervenção nesse âmbito, estabelecerão diferentes relações com a vivência, dependendo da forma como elas a compreendem em seu dia a dia (PINTO, 2009).

Com relação a essa questão, em 2005 foi aprovada a Lei nº. 11.104 que obriga os hospitais, possuidores de unidades pediátricas, a instalarem brinquedotecas, tendo em vista superar a ideia de assistência e da restrição aos procedimentos médicos recebidos no hospital pela criança. Portanto, dentre as possibilidades desenvolvidas no contexto hospitalar, as brinquedotecas serão tomadas como referência para a análise, entendendo-as como espaço possível de apropriação de vivências de lazer.

3.2 Compreendendo as Brinquedotecas

Como afirma Cunha (1998) às primeiras experiências com brinquedotecas ocorreram em Los Angeles-EUA, em 1934, após a depressão econômica americana, com empréstimo de brinquedos a crianças que não podiam comprá-los. Esse serviço existe até hoje e é chamado Los Angeles Toy Loan.

A Suécia foi o primeiro país onde surgiu a ideia de emprestar brinquedos às crianças. Isso ocorreu quando, em 1963, duas professoras, mães de crianças especiais, fundaram a primeira *Lekotek* (ludoteca, em sueco) com o objetivo de emprestar brinquedos e de orientar as famílias de crianças portadoras de necessidades especiais para que pudessem estimular seus filhos por meio da brincadeira. A partir daí, a experiência difundiu-se pelo mundo e se ampliou, incorporando também a criação de espaços para brincar em hospitais, centros comunitários, escolas e associações.

Na Inglaterra, a partir de 1967, surgiram as *toy libraries*, um lugar no qual qualquer criança podia escolher brinquedos para levar para casa e, em 1976, foi realizado, em Londres, o primeiro Congresso Internacional sobre o assunto.

Já em 1987, aconteceu o Congresso Internacional de Toy Libraries, realizado em Toronto no Canadá. Entre os debates que ali ocorreram, destacamos a abertura para pensar outras finalidades encontradas no trabalho desenvolvido pelas *toy libraries*, tais como: apoio às famílias, orientação educacional e de saúde mental, estímulo à socialização e resgate da cultura lúdica de cada povo (CUNHA, 1998). Além disso, as discussões foram encaminhadas no sentido de se questionar a adequação do nome "bibliotecas de brinquedos", pois esse termo não representava, de forma apropriada, outras finalidades dessas instituições (RAMALHO, 2003).

No 5º Congresso Internacional de Brinquedotecas realizado em Turim na Itália, em 1990, foi lançado um livro com o título *Toy libraries in a international perspective* (BRODIN; BJORCK-AKESSON, 1992), com referência a trabalhos desenvolvidos, nessa área, em 37 países. Embora mantendo sempre o objetivo de propiciar às crianças melhores condições para brincar, os relatos apresentados apontam que, em cada país, as brinquedotecas apresentam características próprias, e algumas vezes, denominações diferentes; mas o espírito do trabalho é semelhante no que se refere ao amor pelas crianças e ao reconhecimento do valor das atividades lúdicas (FRIEDMANN, 1998).

No ano de 1993, ocorreu o Congresso Internacional de Melbourne, Austrália, juntamente com o Congresso da Associação Internacional pelo Direito da

Criança ao Brinquedo (International Association for the child's Right to Play - IPA). Esse evento foi marcado como uma forma de reconhecimento do Direito da criança e do brincar. Essa conquista repercute até os dias atuais no Brasil, vinculada a essa Associação existe a Associação Brasileira pelo Direito de Brincar.

Em 2001, projetos, programas, instituições e sites são divulgados na web sobre o tema, sendo assim, surge um meio mais abrangente para se veicularem informações a respeito da temática. É importante ressaltar ainda que a Associação Brasileira de Brinquedotecas (ABBri) é afiliada à *International Toy Libraries Association* (ITLA), o que lhe permite manter-se atualizada quanto às inovações nos diversos países, buscando adaptá-las à realidade brasileira, assim como lhe possibilita divulgar estudos realizados no Brasil. Visando a estabelecer critérios de análise da qualidade das brinquedotecas, a *Association des Ludothèques Françaises* redigiu a *Charte de Qualité des Ludothèques Françaises* (GARON, 1998), a qual foi reconhecida pela ITLA.

Organizada pela Associação das Ludotecas Francesas (ALF) em 2003, essa carta vem a ser um quadro de referência para todas as Ludotecas francesas e é também usada como modelo nas brinquedotecas brasileiras, segundo Dietz; Oliveira (2008). Ela é considerada fruto de uma reflexão em conjunto sobre a prática cotidiana e não se constitui em um regulamento propriamente dito a ser cumprido, mas trata-se da formulação das principais condições de implantação e de funcionamento de uma ludoteca, com base em critérios de qualidade, assegurando o reconhecimento social. Aborda 11 temas gerais, como: ética e papel de uma ludoteca; projetos; parcerias; tipos de serviços oferecidos; locais e espaços; jogos e brinquedos; funcionamento; público; acolhida e comunicação.

As primeiras brinquedotecas no Brasil iniciam suas ações na década de 70, quando, em 1971, por ocasião da inauguração do Centro de Habilitação da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de São Paulo, foi realizada uma grande exposição de brinquedos pedagógicos, que se transformou em setor de Recursos Pedagógicos na instituição. A partir de 1973, o setor implantou o Rodízio de Brinquedos e de materiais pedagógicos, denominados então de Ludoteca, que atendia às crianças portadoras de deficiência mental. Após essa experiência pioneira, as Brinquedotecas multiplicaram-se no país. No entanto, foi a partir do Congresso Internacional de Pediatria, realizado em 1974, em São Paulo, que o

reconhecimento desse espaço começou a acontecer em nossa realidade (CUNHA, 1998).

Em 1979, foi editado um material pedagógico publicado pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC) e Fundação Nacional de Material Escolar (FENAME), que consistia em um manual de utilização em brinquedotecas. Esse material foi apresentado em 1981, no segundo Congresso Internacional realizado na Suécia, em Estocolmo, causando surpresa devido ao nível dos trabalhos desenvolvidos no Brasil (RAMALHO, 2003).

Grande parte das brinquedotecas brasileiras foi implantada e mantida por entidades da sociedade civil e por escolas. Algumas Prefeituras implantaram Brinquedotecas em creches, escolas ou em instalações específicas como hospitais. Muitas vezes, esses espaços eram também mantidos por fundações culturais. Em 1984, foi fundada a Associação Brasileira de Brinquedotecas (ABBRI) no lugar da escola para excepcionais dirigida por Nylse Helena Silva Cunha com o objetivo de fornecer assessoria para novos projetos e de promover o intercâmbio entre as brinquedotecas já existentes, tendo como principal canal de comunicação o noticiário: *O brinquedista*. Em 1985, foi fundada a Associação Brasileira de Brinquedotecas (ABB), por professores e profissionais da área de educação. Essa entidade se caracteriza por não ter fins lucrativos e por objetivar o desenvolvimento de trabalhos relativos à criança e ao brincar. A partir disso, houve uma expansão de brinquedotecas no nosso país. Até 1995, o Brasil contava com aproximadamente 180 brinquedotecas, em diferentes Estados, de vários tipos e funções.

O primeiro periódico nacional sobre o tema foi editado pela secretaria da educação de São Bernardo do Campo – SP, intitulado *O brinquedista* e, hoje, é editado pela ABB. A produção científica sobre o tema também vem sendo ampliada, já que, atualmente, encontramos inúmeros trabalhos de pesquisa desenvolvidos e publicados sobre a temática. A precursora desse periódico foi Nylse Helena da Silva Cunha em 1984, e esse periódico foi usado como um canal de comunicação aos interessados na temática, tendo como objetivo a realização de assessoria para novos projetos, bem como promoção de intercâmbio entre as brinquedotecas já existentes.

É interessante verificar as várias denominações que esses espaços possuem. Assim, nos países de língua inglesa estes espaços são chamados de *Toy-library* (biblioteca de brincar); já nos países de língua francesa de *ludothèque*; de

lekoteks na Suécia e, no Brasil, de brinquedoteca ou de ludoteca (RAMALHO; SILVA, 2003). Acredita-se que esses termos se diferenciam apenas pela localidade, ou seja, ludotecas é um termo internacional e brinquedotecas, exclusivamente brasileiro. Conforme a Federação Latino-Americana de Ludotecas (FLALU), as ludotecas, em conformidade com as exigências atuais, estão evoluindo em direção ao desenvolvimento de um espaço sociocultural que combina educação e expressão lúdica em comunidade e são capazes de suscitar a criatividade e a compreensão de valores humanos (FORTUNA, s/d). A diferença entre os termos *Toy Librarie* e ludotecas de Brinquedotecas (termo utilizado no Brasil) é a função, sendo que este prioriza o brincar propriamente dito, visando ao desenvolvimento do sujeito envolvido na ação e aqueles objetivam apenas ao empréstimo de brinquedos.

Para Ramalho (2003), a principal diferença entre as brinquedotecas brasileiras e as estrangeiras é que, em nosso país, a atividade de empréstimo de brinquedos e livros é pouco realizada. A brinquedoteca é um espaço cuja finalidade é propiciar estímulos para que a criança possa brincar livremente e se desenvolver de forma lúdica, por algumas horas diárias. Pode-se considerar que a brinquedoteca é um agente de mudanças, em relação aos diferentes aspectos que envolvem a vida das crianças.

De acordo com Ramalho (2003), uma Brinquedoteca pode ter vários objetivos, entre os quais se destacam: estimular o desenvolvimento das crianças; valorizar o brincar e as atividades lúdicas; possibilitar à criança o acesso a vários tipos de brinquedos e de brincadeiras; enriquecer as relações familiares mediante a participação dos adultos nas atividades infantis e, finalmente, o empréstimo de brinquedos. Alguns objetivos são mais abrangentes e outros mais restritos, no entanto, todos podem colaborar com o acesso de crianças a brinquedos e brincadeiras, a partir do uso em comum dos brinquedos, oportunizando, assim, vivências de ações de cooperação e de partilha.

Cunha (1994) afirma ser importante compreender os objetivos desses vários núcleos existentes nas diversas regiões do mundo e a que se dedicam. Existem, no Brasil e no mundo, Brinquedotecas com objetivos diversos ou ainda com preocupações específicas, dependendo do contexto no qual foram criadas.

Nesse sentido, encontramos Brinquedotecas:

- a) Hospitalares - destinadas a amenizar o sofrimento das crianças internadas;

- b) Terapêuticas - auxiliam no trabalho com crianças portadoras de deficiências;
- c) Universitárias - nas quais se realizam pesquisas sobre o universo infantil, sendo produzidos novos brinquedos e desenvolvidas novas brincadeiras;
- d) Comunitárias - em que as relações de vizinhança são estimuladas;
- e) Em clínicas psicológicas - quando colaboram no tratamento de crianças com dificuldades de comportamento;
- f) Compostas por material de sucata (as "sucatecas") - que utilizam brinquedos confeccionados com material em desuso.

Esses são formatos de brinquedotecas existentes e que podem contribuir para a contemplação dos objetivos citados por Ramalho (2003).

Apesar de a origem das brinquedotecas estar ligada a fins lucrativos, pois as primeiras brinquedotecas surgiram, inicialmente, para empréstimo de brinquedos, seus objetivos foram sendo redimensionados em conformidade com a necessidade de cada demanda e do contexto em que essas estavam inseridas. Sabe-se que, apesar de as brinquedotecas terem por objetivo o desenvolvimento de atividades lúdicas, bem como o empréstimo de brinquedos e materiais de jogo (KISHIMOTO, 1993), seus objetivos devem adequar-se ao contexto em que estão situadas, diferenciando-se os objetivos e as funções. Por outro lado, instituições de caráter semelhante podem também desenvolver brinquedotecas com objetivos diferentes. Porém, no geral, o objetivo de uma brinquedoteca sempre deve adequar-se à demanda, aos objetivos da instituição e a uma análise do contexto em que está situada (MAGALHÃES; PONTES, 2002).

Fica claro ainda que, dentre esses objetivos, a Brinquedoteca, independente do local em que esteja, deve também incentivar a valorização do brinquedo. Nas palavras de Cunha (1992), para favorecer tal crescimento, é importante que a Brinquedoteca tenha encanto, beleza e alegria. Por isso, esses outros elementos são fundamentais para a inclusão dos sujeitos.

De acordo com a Cunha, brinquedoteca:

é um espaço preparado para estimular a criança a brincar, possibilitando o acesso a uma grande variedade de brinquedos [...] é um lugar onde tudo convida a explorar, a sentir, a experimentar (CUNHA, 1994, p. 13).

Segundo Cunha *et al.* (1992), brinquedoteca é o espaço criado para favorecer a brincadeira, no qual as crianças e os adultos podem brincar livremente, com todo o estímulo, manifestando suas potencialidades e necessidades lúdicas. Espaço que apresenta inúmeros brinquedos, jogos variados e diversos materiais que permitem a expressão da criatividade.

Friedman (1998) conceitua Brinquedoteca para além da estrutura física, entendendo-a como um espaço no sentido de salvaguardar a infância, nutrindo-a com elementos indispensáveis ao crescimento dos indivíduos que dela se utilizam. A autora expressa uma filosofia de educação voltada para o respeito do “eu” da criança e para as potencialidades que precisam de espaços para se manifestarem.

Uma brinquedoteca, segundo Cunha (1994), é um espaço preparado para estimular a criança a brincar, possibilitando o acesso a uma grande variedade de brinquedos, dentro de um ambiente especialmente lúdico. É um lugar que convida a explorar, a sentir, a experimentar. Essa autora acredita que um ambiente, para estimular a imaginação, deve ser preparado de forma criativa, com espaços que incentivem à brincadeira de *faz-de-conta*, à dramatização, à construção e à solução de problemas, à socialização e à vontade de inventar.

Nesse contexto, a importância de refletir sobre os conceitos de *brincar* e *brincadeira* deve ser enfatizada, tendo em vista que as brinquedotecas contemplam essas manifestações humanas e, conseqüentemente, culturais. E, segundo Debortoli (2002) o brincar e as brincadeiras mostram-se como fenômenos humanos, culturais; são conhecimentos produzidos ao longo da história pelos seres humanos e existem antes e além de instituições, como por exemplo a escola.

Friedmann (1998) acredita que a brincadeira constitui-se, basicamente, em um sistema que integra a vida social das crianças. É incorporada pelas crianças de forma espontânea, é variada em cada cultura e se caracteriza por ser transmitida, de forma expressiva, de uma geração à outra ou aprendida nos grupos infantis, na rua, nos parques, escolas, festas e outros ambientes. As brincadeiras são imitadas ou reinterpretadas pelas crianças e isso varia em função dos diferentes estímulos, interesses e necessidades de cada grupo cultural. Assim, as brincadeiras fazem parte do patrimônio lúdico-cultural, traduzindo valores, costumes, formas de pensamento e de ensinamentos

De acordo com Maia (2001), o brincar proporciona à criança construir e elaborar a relação eu - mundo, pois além do prazer proporcionado pela brincadeira,

a criança tem a possibilidade de aprender a lidar com suas emoções, angústias e impulsos. Segundo o autor, é inquestionável o papel do brincar no crescimento e desenvolvimento gradual da criança, que vivenciará, por meio desse, experiências cotidianas importantes. É preciso, portanto, ter a compreensão de que a brincadeira, além de ter um fim em si mesmo, pode ser indispensável para o desenvolvimento da criança, promovendo processos de socialização, conhecimento de si mesmo e descoberta do mundo.

Brincar e a brincadeira, mais que conceitos, materializam-se como concepções e princípios complexos.

Uma brincadeira entrecruza histórias, tempos e espaços. Não se brinca apenas. Brinca-se com memória coletiva que, muitas vezes, transcende quem brinca e o próprio momento da brincadeira: objetos, tempos, substâncias, regiões, épocas, cidades, países, estações do ano, rituais, os mais amplos e ricos contextos humanos (DEBORTOLI, 2004, p.20).

Brincar é indispensável ao processo de desenvolvimento e pode ser considerado como fonte de adaptação e de elementos de formação, manutenção e recuperação da saúde. Caracterizando-se pelo predomínio do prazer sobre o desprazer; do relaxamento sobre a tensão e da espontaneidade sobre a submissão à coerção, torna-se extremamente relevante em momentos críticos, como os vividos por uma criança no processo de internação (OLIVEIRA, 2007).

De acordo com Debortoli (2002), a brincadeira acontece em todos os lugares. A criança constrói possibilidades de vivências lúdicas em todas as situações, mesmo as mais opressoras. Nesse caso para reafirmar o que Debortoli (2002) assegura, reafirmamos a valor do espaço das Brinquedotecas Hospitalares como forma de se expressar dentro de uma esfera na qual o comum é a anulação do sujeito.

Nesse sentido, é fundamental discutir as condições de desenvolvimento para as crianças, ampliando e valorizando o espaço e as oportunidades do brincar e de brincadeiras. Vários autores como Cunha (1994), Munster (1998) e Santos (1992; 2000), concordam que as Brinquedotecas são, por excelência, espaços e tempos privilegiados para a prática do brincar e para o lazer.

De acordo com Oliveira (2000), existem hoje no Brasil, Brinquedotecas em diversos lugares: universidades, hospitais, comunidades ou bairros, escolas, clínicas psicológicas, centros culturais, junto às bibliotecas, à pastoral da criança, dentre outros. Há, ainda, aquelas que são Itinerantes, ou seja, sem um lugar fixo. O que não se pode esquecer é que qualquer que seja o tipo, o acervo e os objetivos específicos da Brinquedoteca, nela a criança pode ter a oportunidade de entender e construir conhecimentos por meio da brincadeira, assim como perceber e criar diversidades de maneiras de brincar (FRIEDMANN, 1992). Dessa forma, humanizar uma brinquedoteca significa assumir, diante do outro, uma posição ética de respeito e valorizar os aspectos afetivos, sociais e culturais da relação profissional – usuário.

3.3 Reflexões sobre as Brinquedotecas Hospitalares

Cunha (1992) e Macedo (2007) afirmam que o primeiro relato de atividades lúdicas junto a uma instituição de saúde foi em 1956, no Hospital Universitário de UMEÖ, na Suécia. A enfermeira Ivonny Lindquist começou a desenvolver atividades com brinquedos para crianças internadas na Enfermaria Pediátrica desse hospital. Segundo Lindquist (1993, p. 73), “muitas crianças hospitalizadas não conseguem verbalizar seus desejos e necessidades. É importante (diria legítimo), portanto, reconhecer sua capacidade de se exprimirem por meio de atividades lúdicas”.

No Brasil, em 1974, foi realizado o Congresso Internacional de Pediatria em São Paulo. Nessa ocasião, a equipe de pediatria da Suécia apresentou um trabalho sobre a importância do brinquedo na recuperação de crianças hospitalizadas e na preservação da saúde mental das crianças. O doutor John Lind já conhecia o trabalho realizado na APAE e seu entusiasmo contribuiu para que o Setor de Recursos Pedagógicos fosse valorizado (CUNHA, 1992).

A preocupação com o número e a qualidade das brinquedotecas hospitalares entre nós reflete a conscientização internacional a respeito da importância do brincar para crianças hospitalizadas.

O reconhecimento da relevância da brinquedoteca hospitalar pela Associação Paulista de Medicina (APM) tem propiciado trabalhos em conjunto com a

Associação Brasileira de Brinquedotecas (ABBri) no sentido de divulgar e de investigar a importância do lúdico para a qualidade de vida da criança internada e para a humanização do hospital pediátrico. Macedo (2008) também destaca a projeção nacional alcançada por essa parceria a qual resultou na realização da I e da II Jornadas Brasileiras de Brinquedoteca Hospitalar, com grande repercussão nacional. Em 2005, foi promovido, ainda, o Encontro Nacional sobre Brinquedoteca Hospitalar, cujo objetivo principal foi a preparação de brinquedistas por meio do curso para Formação de Brinquedistas Hospitalares.

Cunha; Viegas (2004) salientam a importância do papel terapêutico da brinquedoteca hospitalar, a qual busca cumprir a função de preservar a saúde emocional do interno, estimulando seu desenvolvimento, facilitando o relacionamento com familiares e amigos, como também preparando-o para a volta ao lar. No entanto, não podemos nos esquecer das críticas à abordagem funcionalista, feitas por Marcellino (1995). Essa visão reduz as possibilidades de lazer à função de recuperação da força de trabalho, ou sua utilização como instrumento de desenvolvimento.

Portanto, quando para pensar a questão das brinquedotecas hospitalares, é necessário ponderar sobre o entendimento funcionalista, abordado por Marcellino (1995, p. 29) quando afirma que essa visão aparece, por vezes, camuflada e, em outras ocasiões, claramente exposta, pois prega o uso do lazer como “medicina social”, uma vez que ela funciona como “diluidor de tensões” e “válvula de escape de angústias e fadigas do cotidiano”.

Muitas ações, relacionadas ao lazer no Brasil, poderiam ser taxadas de *funcionalistas*, tratando-o como um recurso para acabar com a violência, com a miséria ou como a possibilidade de tirar os jovens das drogas. Não que o lazer não possa contribuir com a resolução desses e de outros problemas. Contudo, é um equívoco reduzi-lo a esses aspectos, bem como pensá-lo sob essa vertente, uma vez que o lazer, sozinho, não é capaz de transformar a vida, nem de torná-la qualitativamente melhor (PINTO, 2009).

Ao se falar em brinquedotecas hospitalares, essas se tornam contextos de ambientes com funções de recuperação, alívio e, em casos específicos, como rotação de leitos por meio das atividades lúdicas e recreativas, o que poderá levar à redução do número de internações e ao restabelecimento da saúde das crianças. Então, é preciso refletir junto aos trabalhadores, usuários e comunidades, o

entendimento de que as brinquedotecas hospitalares propiciam a redução estatística de internações de crianças e representam um aliviador de dores infantis.

Por isso, essencial é pensar em atividades voltadas para brinquedotecas hospitalares a partir da superação da ideia de se proporem atividades e planejamentos com o objetivo somente de recuperação, de desenvolvimento e de instrumento aliviador, buscando-se destacar o lazer com fim em si mesmo.

Deve-se, porém, ampliar essa importância não apenas para dentro de um contexto terapêutico, pois é necessário que se abra o leque de possibilidades. Assim, apesar de os estudos sobre brinquedotecas hospitalares apresentarem inúmeras funções e atividades, é fundamental pensar também na sua essência, no reconhecimento do lúdico. Isso por que, se não existe uma função direcionada para algum fim, o seu valor já não existe mais.

Sobre as brinquedotecas hospitalares, é comum a associação do conceito à estrutura física. Dessa forma, as brinquedotecas devem ser entendidas não apenas pela estrutura física, mas também envolvendo as relações que se estabelecem dentro desses espaços pelos sujeitos sociais envolvidos. Portanto, a brinquedoteca é aqui percebida não apenas como espaço, mas a partir do conceito de *ambiência*.

De acordo com o HUMANIZASUS, ambiência é ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição. Importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Vale destacar também os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente.

Uma brinquedoteca, segundo Cunha (1994), é um espaço preparado para estimular a criança a brincar, possibilitando o acesso a uma grande variedade de brinquedos, dentro de um ambiente especialmente lúdico. É um lugar que convida a explorar, a sentir, a experimentar. Essa autora acredita que, sendo um ambiente para estimular a criatividade, esse deve ser preparado de forma criativa, com espaços que incentivem à brincadeira de *faz-de-conta*, à dramatização, à construção e à solução de problemas, à socialização e à vontade de inventar. Friedman (1998)

conceitua Brinquedoteca de uma forma inovadora, muito além de estrutura física, mas como um espaço no sentido de salvaguardar a infância, nutrindo-a com elementos indispensáveis ao crescimento saudável da alma e da inteligência. Mais que isso, expressa uma filosofia de educação voltada para o respeito do *eu* da criança e para as potencialidades que precisam de espaços para se manifestarem.

Neste estudo, o foco principal são as brinquedotecas hospitalares e, nesse contexto, Scolforo (2004) afirma que o ambiente hospitalar geralmente é associado às ideias de dor, doença e morte. Os pacientes precisam lidar com a pequena atenção de médicos e funcionários, o que acontece em função de inúmeros fatores. No entanto, como afirma Moreira (2001), o hospital pode apresentar-se como um espaço para se estabelecerem relações, para convivência com o outro, e no qual a comunidade pode participar ativamente, construindo situações de alegria e de prazer que não são próprios desse local. Nessa perspectiva, o ambiente hospitalar pode ser um espaço para o encontro espontâneo com o outro e consigo mesmo, em que seja possível descobrir atividades e relações que possam trazer-lhes satisfação e prazer.

O estudo realizado por Massetti (2001) demonstra que esse cenário tem mudado em algumas unidades hospitalares de atendimento à saúde. Em situações estressantes, tais como as verificadas nos hospitais, é possível observar a existência de projetos e de ações, incluindo as brinquedotecas, em uma tentativa de superação as dificuldades afetivas encontradas.

A importância do brincar na situação hospitalar ganhou relevância social principalmente a partir do trabalho do médico Patch Adams (1999) cuja história pessoal foi popularizada por meio de um filme. Revendo-se a bibliografia nacional e internacional sobre a introdução do brincar na instituição hospitalar, verifica-se que essa temática vem ocupando um espaço significativo no estudo da hospitalização infantil, trazendo questões relacionadas à sua importância no processo de humanização hospitalar (MOTTA; ENUMO, 2004).

Vale ressaltar também a Lei 11.104 de maio de 2005, que torna obrigatória a existência de brinquedotecas em unidades pediátricas. Assim, as brinquedotecas devem ser instaladas e mantidas, conforme os determinam os trechos abaixo:

Os hospitais que ofereçam atendimento pediátrico contarão, obrigatoriamente, com brinquedotecas nas suas dependências. **Parágrafo único.** O disposto no caput deste artigo aplica-se a qualquer unidade de saúde que ofereça atendimento pediátrico em regime de internação (BRASIL, 2005).

Considera-se brinquedoteca, para os efeitos desta Lei, o espaço provido de brinquedos e de jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar (BRASIL, 2005).

Essa lei refere-se às unidades de saúde que oferecem atendimento pediátrico em regime de internação. No entanto, a criação de brinquedotecas nesse contexto hospitalar específico revela-se como uma iniciativa precursora para a concretização de ações desse tipo em quaisquer contextos hospitalares. Logo, é essencial que haja uma ampliação dessa lei no sentido de encaminhar a discussão para além da questão do espaço físico.

Em um ambiente hospitalar, a maioria das decisões é tomada para as crianças. Assim, as brincadeiras e outras atividades expressivas oferecem a elas oportunidades muito necessárias para fazerem escolhas. Mesmo quando a criança escolhe não participar de uma determinada atividade, o adulto oferece a ela uma opção, talvez uma dentre muito poucas escolhas reais que ela precisar fazer naquele dia (CARDOSO, 2001).

Para a criança, há, nesse momento, uma situação caótica, implicando mudanças subjetivas em sua vida cotidiana. Entender os desdobramentos desse evento que ela não conhece e que, por isso, teme, demanda em ter de incorporar, em seu universo de conhecimento, o não-familiar, o assustador, o desconhecido. Essa situação geralmente ocorre, embora haja uma disseminação de cuidados especiais de humanização, de acarinhamento e de sensibilidade dispostos no exercício da equipe de saúde, nas internações ou no atendimento ambulatorial. Em alguns hospitais, a criança passa, ainda, a ser um número, uma patologia, um protocolo médico, sendo esperada uma negação de sua humanização em nome da objetividade científica (ORTIZ, 2005).

Segundo Wong (1999), dentre todas as instalações hospitalares, provavelmente nenhuma sala traz mais alívio para os estresses da hospitalização do que a área de lazer ou a brinquedoteca. Nesse ambiente, as crianças distanciam-se

temporariamente de seus temores de separação, da perda de controle emocional e das lesões corporais. Elas podem trabalhar seus sentimentos em uma atmosfera confortável e sem ameaça e da maneira que é a mais natural para elas. Sabem, também, que os limites da área são seguros contra procedimentos invasivos ou dolorosos.

Para Maia (2001), brinquedotecas hospitalares têm como objetivo auxiliar as crianças durante o período de internação, oferecendo a elas um ambiente mais agradável, promovendo a melhoria da autoestima e acelerando a recuperação das crianças. Tais espaços diminuem o estresse das crianças durante a internação, porque oferecem subsídios para que elas possam expressar seus medos e suas ansiedades. Além disso, é permitido que os pais fiquem 24 horas com a criança durante o período de internação e, principalmente, dentro da brinquedoteca. Esse é um aspecto que merece ser destacado, pois o ambiente hospitalar é desconhecido e pode parecer adverso tanto para a criança como para os familiares. Assim, a necessidade da presença dos pais, familiares ou responsáveis junto às crianças, nesse local, é relevante.

No entanto, vale enfatizar que esses espaços não podem ser visualizados apenas como forma de minimizar a ansiedade e os problemas causados pela hospitalização. As possibilidades de vivências são inúmeras e podem contribuir com o desenvolvimento da criança a partir de sua relação com o brincar. Por isso, a Brinquedoteca Hospitalar deve ser um espaço de promoção da saúde de uma forma humanizada em que profissionais, usuários, gestores, entre outros possam conseguir esse elo de elemento humanizador.

Co-relacionada a esse ambiente que prima pelas interações em uma atmosfera além de procedimentos menos dolorosos, a ambiência veio para resgatar uma humanização palpável e visível.

Por meio da Brincadeira, a criança pode desenvolver-se, em momentos lúdicos, os quais assumem fundamental relevância para o processo de desenvolvimento. Assim, a relevância do brincar deve ser reafirmada como inerente à criança e à sua atmosfera lúdica. É possível constatar, ainda, que essas atividades promovem o desenvolvimento da criança de forma biopsicossocial, podendo ser a Brinquedoteca um local favorecedor de Inclusão (SOUZA, 2007).

Concomitante a essa discussão, há a brinquedoteca inclusiva, que se destaca como uma forma concreta das interações entre humanização e

ambiência, tornando reais esses conceitos subjetivos. Portanto, a Brinquedoteca deve ser um dos espaços de Formação que reúne vários princípios e elementos, como valorização, respeito, cooperação, solidariedade, os quais cooperam na formação dos profissionais que atuam na perspectiva da Inclusão. Cabe a todos envolvidos estudarem esse espaço lúdico que tanto faz a diferença em meio à diversidade. Temos que formar pessoas de diferentes áreas de conhecimento, para que saibam, adequadamente, utilizar os Jogos e Brincadeiras como atividades que promovam o aprender, o ensinar, o competir, o cooperar e o incluir.

Considerando a possibilidade de serem os Jogos e as Brincadeiras atividades lúdicas importantes, no processo de Inclusão, o que se percebe é que esses podem contribuir mediante alguns de seus princípios e valores para a nova prática que se busca, a partir de algumas habilidades e competências a serem construídas de forma a promover a Inclusão.

Os jogos e as brincadeiras podem ser praticados independentemente de seus princípios e características. Além disso, tais atividades podem ser usados tanto para a exclusão como para a inclusão. Souza (2007) afirma que a ludicidade não se encontra na atividade em si mesma, mas no jeito como ela é oferecida, proposta e realizada. Assim, um Jogo e/ou uma Brincadeira podem ser ou não inclusivos, dependendo de como são utilizados.

Portanto, é fundamental compreender o trabalho que vem sendo realizado pelas brinquedotecas hospitalares, tendo em vista identificar qual a perspectiva de trabalho nesses locais que também podem abrigar possibilidades de lazer.

4 LAZER E BRINQUEDOTECAS HOSPITALARES: UM DIAGNÓSTICO

Esta pesquisa é de natureza qualitativa na qual o pesquisador busca compreender as formas de comportamentos e os significados que os atores lhe atribuem por meio de suas interações sociais (LAVILLE; DIONNE, 1999). Por isso, como possibilidades metodológicas houve a opção pela pesquisa bibliográfica conjugada com a pesquisa de campo.

A pesquisa bibliográfica é o passo inicial na construção de um protocolo de investigação. De acordo com Gomes e Amaral (2005), consiste em realizar um trabalho de investigação, procurando analisar os resultados de experiências de pesquisa e as teorias que foram desenvolvidas por diferentes autores que possuem proximidade com o tema escolhido. O pesquisador desenvolve o problema de pesquisa a partir dessa exploração minuciosa do tema e procura estabelecer um diálogo entre suas proposições e o conteúdo da literatura utilizada.

Para este estudo, a pesquisa bibliográfica foi realizada por meio da utilização de livros, artigos, monografias, dissertações e teses com as seguintes palavras-chave: brinquedotecas, hospital e humanização. Especificamente nessa pesquisa, fez-se o levantamento de artigos pela base de dados do *scielo*, no Portal de Periódicos Capes, no *Google Acadêmico* e no Sistema de Bibliotecas da UFMG.

A pesquisa de campo foi realizada com o objetivo de obter informações e/ou conhecimentos acerca de um problema e descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles. Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica de entrevistas, que, para Gomes e Amaral (2005), é uma conversa intencional, que tem como objetivo o recolhimento de informações a respeito de um assunto determinado. O entrevistador conduz a conversa para estimular a(s) pessoa(s) a falarem a respeito do tema de seu interesse. O entrevistado contribui com o relato de suas experiências, opiniões a respeito do assunto proposto ou em relação a algum acontecimento específico.

Especificamente, a opção foi a entrevista semi-estruturada com os coordenadores/dirigentes das Brinquedotecas selecionadas, por possibilitar o maior alcance de informações referentes ao espaço estudado, pois, com essa técnica, o pesquisador estabelece um roteiro prévio, porém flexível. Embora sejam feitas perguntas específicas, o entrevistado possui um espaço para falar livremente, e o

pesquisador pode elaborar questões não previstas no início, mas que podem ser importantes para a compreensão de seu problema de pesquisa. Dessa forma, foi elaborado um roteiro de questões para a entrevista (Apêndice 1) correlacionado aos objetivos propostos.

O universo escolhido para a pesquisa de campo são as brinquedotecas hospitalares do Estado de Minas Gerais, especificamente, as Unidades Hospitalares vinculadas à rede pública da cidade de Belo Horizonte – MG. Como base para o levantamento desses estabelecimentos, foi utilizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e, dentro desse, foram eleitos, como pré-requisito, os estabelecimentos que têm clínica pediátrica. No levantamento realizado, foram encontrados três hospitais públicos, especificamente, um de gestão municipal, um de gestão estadual e um de gestão federal. Após definir essas amostras, foi agendada, com cada coordenador desse espaço, uma visita para que houvesse uma interação com os demais envolvidos e para o reconhecimento do local. É importante destacar também que, dentro da amostra federal, foram encontrados quatro espaços caracterizados como brinquedoteca, ou seja, como espaços lúdicos, o que ampliou o universo da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas no mês de maio de 2010. Cada entrevista teve um tempo de duração entre 1h30min e 2h15min. Todos os coordenadores envolvidos nessa pesquisa foram entrevistados no local de trabalho, em dia e horário previamente agendado por telefone.

Para a realização dessas entrevistas, foram utilizados dois gravadores simultaneamente para maior veracidade da escuta e como forma de apoio. A transcrição foi feita manualmente uma por uma pela entrevistadora com a ajuda do programa *scribe xpresse*.

Não foi possível realizar entrevista com uma das coordenadoras do hospital de gestão estadual devido ao tempo de que o hospital necessitou para resposta à pesquisadora.

O anonimato das instituições voluntárias foi mantido e esses estabelecimentos foram identificados como 1 e 2, de acordo com a ordem de realização das entrevistas. Como a instituição 1 tinha apenas um espaço, esse foi identificado como Espaço 1 (E1) e, na instituição 2, havia 4 brinquedotecas, as quais foram identificadas como Espaço 2 (E2), Espaço 3 (E3), Espaço 4 (E4) e Espaço 5 (E5). As quatro coordenadoras dessas brinquedotecas foram entrevistadas.

Para a análise dos dados, foram selecionadas as seguintes categorias: conceito de brinquedoteca, de lazer e de humanização; ações desenvolvidas nas brinquedotecas; propostas e objetivos; parcerias e financiamentos. A análise de dados foi realizada a partir da técnica de análise de conteúdo conforme proposta por Triviños (1987). Essa foi dividida em três etapas básicas: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial.

➤ Instituição nº1

O hospital foi construído na década de 1940 quando o então prefeito de Belo Horizonte, Juscelino Kubitschek, realizava uma série de empreendimentos na capital. As obras foram iniciadas em agosto de 1941 e a primeira parte do projeto foi inaugurada em março de 1944, contando com 100 leitos. O hospital era constituído pelo ambulatório, laboratório, sala de espera, administração, setor de cirurgia, casa das irmãs e serviço de internação.

Em 1973, o hospital foi transformado em autarquia, de acordo com a Lei nº 2.311, de 22 de julho, com vistas a tornar seu funcionamento mais ágil. No início da década de 1990, essa instituição firmou convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS) e iniciou o processo de universalização do atendimento, depois de prestar assistência, por longo período, apenas aos servidores municipais.

Ao longo do tempo, o hospital passou por reformas e ampliações e, nos últimos anos, adaptou-se à diversificação das demandas, recebendo, atualmente, cerca de mil pacientes por dia. Presta atendimento exclusivamente pelo SUS e oferece clínicas de diversas especialidades médicas, sendo uma referência para atendimentos de urgência/emergência. É um hospital geral, com pronto-socorro; ambulatório; hospital-dia e dotado de setores de internação com Centros de Tratamento Intensivo (CTI); pediatria; ginecologia e obstetrícia; blocos cirúrgicos; serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento; farmácia; serviço de nutrição e dietética; banco de sangue; lavanderia; esterilização e fisioterapia. A maternidade do hospital é referência em gravidez de alto risco e responsável por 23% dos partos desse tipo realizados em Belo Horizonte. O berçário de alto risco oferece 40 leitos e a unidade de saúde possui ainda 20 leitos de CTI infantil e neonatal.

Essa instituição hospitalar é composta por 3 andares, sendo que a brinquedoteca pesquisada (E1) está situada no 2º andar e tem a dimensão de 2m x

3m. Normalmente, as ações atendem a 12 leitos no primeiro andar, a 37 no 2º andar e a 10 no Centro de Intensivo de Tratamento (CIT) pediátrico.

➤ Instituição nº2:

A instituição está localizada na região centro-sul da cidade de Belo Horizonte, dentro da área hospitalar da cidade. É um hospital público e geral que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência, sendo referência no sistema municipal e estadual de Saúde no atendimento aos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade.

Sua inauguração ocorreu em agosto de 1928. O complexo hospitalar surgiu em 1955 a partir do agrupamento de algumas clínicas, quando foi iniciada a construção de um prédio central. Integrado ao SUS, essa instituição atende a uma clientela universalizada, sendo que 95% dos pacientes são provenientes do SUS e os outros 5% são atendidos por outros convênios ou são particulares. Cerca de 40% do total é proveniente do interior do Estado. O complexo possui, aproximadamente, 476 leitos e atende a mais de 40.000 pessoas por mês.

Sua estrutura física é constituída por um edifício de 11 andares e três subsolos. A instituição possui especialidades diversas, atende a pessoas de distintas faixas etárias, permite o acompanhamento e desenvolve projetos institucionais de lazer em suas dependências. Atualmente, o complexo hospitalar é formado por um edifício central e por 07 prédios anexos, para atendimento ambulatorial, localizados nas suas imediações.

Nessa instituição, foram estudados quatro brinquedotecas (E2, E3, E4 e E5), situadas tanto dentro do próprio hospital em andares diferentes, quanto em outros anexos desse estabelecimento hospitalar, conforme a descrição abaixo:

Espaço 2 (E2) – Especificamente para a brinquedoteca hospitalar, há um espaço amplo em formato retangular, situado nos fundos do corredor do 5º andar do prédio principal do Hospital, em duas salas germinadas.

Caracteriza-se como um espaço composto por prateleiras com jogos, livros e brinquedos, bem como com mesas, televisão e vídeo-game e no qual as crianças internadas, os acompanhantes e a equipe, podem brincar de forma livre e espontânea.

Na unidade de internação pediátrica, que é constituída por 60 leitos na enfermaria e 10 no CIT, existe um acervo de brinquedos que as crianças internadas utilizam.

Profissionais e estagiários da área de Terapia Ocupacional são os responsáveis pelo projeto ali realizado o qual funciona desde 1991. Além disso, para desenvolver as atividades propostas, o projeto conta com dois estagiários-bolsistas e com voluntários vinculados ao Programa de Humanização Hospitalar da instituição

De acordo com a coordenadora desse espaço, o brincar é um aspecto fundamental da vida da criança, por meio do qual ela explora, descobre, aprende e apreende o mundo.

Espaço 3 (E3) - Esse espaço foi idealizado em 1993. As atividades ali realizadas, iniciadas em 1994, desenvolvem-se em uma das salas destinadas ao trabalho da Terapia Ocupacional no 7º andar do prédio principal dessa instituição, na qual há prateleiras de jogos, brinquedos, computador, vídeo-game, som e também oficinas temáticas manuais (origamis, caixas, desenhos, entre outros).

É destinado aos pacientes adultos e aos idosos das unidades de internação, ambulatorios de quimioterapia e hemodiálise e a seus acompanhantes e também às crianças e adolescentes da Unidade de transplantes e dos ambulatorios. Para o desenvolvimento das atividades propostas, esse foi transformado em projeto de extensão à comunidade no ano de 2001 e integrado ao Programa de Humanização Hospitalar da instituição.

O projeto conta com a atuação de bolsistas de extensão universitária, de profissionais e de estagiários que atendem nos leitos e no local específico, disponibilizando materiais e equipamentos, ou como mediadores e facilitadores de leitura e outras atividades.

Tem como objetivos: dar condições e oportunidades para que o período de tratamento e de hospitalização desses pacientes seja usado de forma construtiva e criativa; promover a descontração; reduzir o estresse gerado pela doença ou tratamento; e, ainda, triar pacientes com necessidade de atendimentos específicos.

Espaço 4 (E4) – Ambulatório situado no anexo ao prédio principal. A infraestrutura é composta pela administração geral; unidades de internação; unidade de urgência e apoio ao diagnóstico, divididos estruturalmente em: um térreo e dois andares.

Esse espaço tem como enfoque a pediatria e, semanalmente, há um número certo de crianças para serem atendidas, dentre cadeirantes; com dificuldades de mobilidades; com problemas neurológicos; diabéticas e com problemas renais.

O funcionamento se dá por meio do reconhecimento das especialidades diariamente, ou seja, em cada dia da semana há uma especialidade dependendo da faixa etária e do diagnóstico específico. É importante pontuar que essas crianças apresentam diferentes patologias e, em sua maioria, não frequentam regularmente o ambulatório, dificultando o acompanhamento por parte da equipe envolvida nas atividades lúdicas.

O projeto que desenvolve as atividades para as crianças é vinculado ao Programa Nacional de Humanização e à área de Educação Física e do turismo. As atividades acontecem no corredor dos três andares do ambulatório, onde os pacientes esperam o atendimento.

Espaço 5 (E5) – Ambulatório situado no anexo ao prédio principal, onde é feito o atendimento às seguintes especialidades: cancerologia adulto e pediátrica, quimioterapia, hematologia, cirurgia ambulatorial, endocrinologia, saúde mental. O local para a construção desse ambulatório, antes uma casa, foi cedida por uma família de renome na cidade de Belo Horizonte. A bancada de deputados federais de Minas conseguiu o recurso para fazer a reforma desse prédio. Na época, o trabalho com as crianças era desenvolvido no meio nos corredores; não havia um espaço específico para atender aos doentes. Após alguns imprevistos, como a perda desse patrimônio por falta de uso, recuperou-se o prédio. O Banco do Brasil cedeu recursos para a criação do que hoje é o serviço de hematologia pediátrica, uma referência em diagnóstico. Com a hematologia, veio com a oncologia adulta e a infantil.

Porém, o Banco do Brasil não admitiu que crianças fossem atendidas junto com os adultos, em consequência, financiaram a reforma da área que atende, atualmente, à pediatria, e priorizaram a construção de uma brinquedoteca e uma sala de serviço social.

Essa brinquedoteca hospitalar tem espaço amplo e específico com áreas demarcadas e bem coloridas, compostas por armários com jogos, livros, televisão, computador, vídeo, entre outros. Essas atividades são desenvolvidas pelas áreas da Educação Física e do Turismo.

Das nossas entrevistadas, cinco profissionais que coordenam as brinquedotecas: uma delas na psicologia, duas na terapia ocupacional e duas no serviço social.

4.1 Pensando as Brinquedotecas para além do Espaço

Inicialmente, é feita uma discussão a respeito do objetivo das brinquedotecas hospitalares. Na atualidade, a saúde abarca, além da ausência de doença, outros fatores vinculados a dimensões diversificadas da vida dos sujeitos. Isso vem impulsionando as instituições hospitalares a refletirem sobre outro conceito de saúde para além da ausência de doenças e buscando superar a ideia de dor e de sofrimento. Essas reflexões trazem à tona possibilidades de “novos procedimentos humanizadores” que dão um caráter diferenciado às instituições estigmatizadas por um histórico de tristeza.

Essa certeza é perceptível no E5, pois a coordenação acredita que a brinquedoteca hospitalar assume o patamar de “espaço humanizador”, tendo como referência os objetivos propostos por Cunha (2008), tais como: preservar a saúde emocional da criança proporcionando oportunidade de brincar, jogar e encontrar parceiros de jornada; preparar a criança para situações novas que irão enfrentar. Não há como objetivo único a cura da doença, embora esse esteja implícito desde a chegada de qualquer paciente ao ambiente hospitalar.

A brinquedoteca tem a função de dar à criança outro olhar para o hospital. Então, o hospital não é um local só de tristeza ou só de sofrimento. É um lugar onde há uma atividade em que as crianças interagem com outras. Elas brincam, participam de atividades. Assim, aderem melhor ao tratamento. A finalidade da brinquedoteca em si é essa: de resgate para a criança, de fazer com o que o hospital não seja só de sofrimento, só de dor. É isso que é uma brinquedoteca: um espaço lúdico socializante no qual a criança brinca e se socializa com seus iguais (E5).

Ainda sobre o espaço da Brinquedoteca hospitalar, alguns termos que apareceram nas falas dos sujeitos entrevistados merecem ser destacados, tais

como: brinquedo, lúdico, lazer, brincar. É perceptível que esses conceitos se confundem em meio ao debate sobre as Brinquedotecas. A coordenadora do E1 afirma que:

[...] é um espaço com jogos, brinquedos, material, em que tanto as crianças quanto os pais das crianças internadas no hospital podem interagir, estimulando o desenvolvimento da criança, executando atividades lúdicas que facilitam a interação da criança. É um espaço menos “pesado”, ao qual denominamos, aqui, de humanização (E1).

Uma característica presente nas falas dos entrevistados é o entendimento desse espaço remetendo à estrutura física e aos materiais existentes, e o que esses podem proporcionar para o desenvolvimento das crianças atendidas.

De acordo com Cunha (2008), uma brinquedoteca hospitalar tem que ser um espaço diferente, mágico, que faça “voar a imaginação”, por meio do faz-de-conta, para que as crianças possam compreender e aceitar a condição atual pela qual passam. Para a autora, é importante haver brinquedos bem variados e com certa facilidade para montagem e acessibilidade para trazerem às crianças boas lembranças e, finalmente, é necessário que se desenvolvam atividades tanto para a criança quanto para os familiares dessa. Portanto, a brinquedoteca hospitalar deve ser um espaço que concilie o “passar do tempo” com uma nova forma de expressão.

Em nossas entrevistas, percebemos também um entendimento da brinquedoteca para além do espaço físico e da infraestrutura. (Tônia, agora é escrito assim, tudo junto) Portanto, uma brinquedoteca pode ser pensada para além dos brinquedos os quais, na maioria dos casos, são entendidos como a essência da brinquedoteca. Nesse caso, o brinquedo e a estrutura física se constituem como mais um elemento, e a atmosfera lúdica se mostra como a base para a vivência. Por isso, pode ser pensada não somente como espaço para crianças, pois as interações acontecem para qualquer sujeito que estiver em meio àquela experiência, conforme é destacado nas falas abaixo:

A brinquedoteca é um espaço no qual é garantido que a criança possa ser criança, mesmo dentro de uma área hospitalar. Então, as crianças colocam seus anseios, seus desejos, a sua realidade, a sua cultura; é onde existem estudantes ou pessoas especializadas direcionando esse brincar dentro do hospital. Acho que o brincar é próprio das crianças. A brinquedoteca passa

muito além de livros, pois há socialização, interação; é a criança com o brinquedo, a criança com o outro, a criança consigo mesmo (E4).

Para mim, a definição brinquedoteca, é a definição dela (Nylse Helena Cunha), que é para a brincadeira acontecer, para liberdade de escolha. Ela afirma que é o lugar onde tem encanto, beleza, magia e alegria. Eu acho que é isso, criança tem que ser acolhida, tem que ser convidada para estar naquele espaço, é o espaço no qual, independente de brinquedos, tem que ter o lúdico. Porque não tendo brinquedos, mas tendo o lúdico, existe a brinquedoteca. É um espaço que tem alegria, tem encanto, tem magia e tem que ter principalmente ludicidade (E2).

Dessa forma, os materiais e os brinquedos não mais estabelecem e caracterizam esse espaço; têm o seu valor como suporte, porém é a atmosfera lúdica que vai definir esse fluir das atividades. Assim, existem sentimentos como o prazer, espontaneidade, liberdade, entre outros, tendo como referência o contexto cultural e o social daquele que é o ser brincante.

Portanto, a brinquedoteca hospitalar vai além da estrutura física e material, pois representa uma possibilidade de expressão das subjetividades e sensibilidades de todos que estão envolvidos, não apenas a criança. Por isso, é perceptível que esse espaço não se configura somente em função das crianças, apesar de ainda serem os atores principais nesse contexto. Existe uma preocupação de atender a acompanhantes, aos familiares e a todos os profissionais inseridos nesse contexto da doença.

Esse é um espaço para pacientes acompanhantes, que não depende de um encaminhamento formal. Então, espontaneamente, naturalmente, as pessoas podem chegar até esse espaço e manifestar suas demandas sem interesse por uma atividade. Não há essa obrigatoriedade. A pessoa é livre para fazer ou não fazer, num tempo [...] é um espaço de lazer, espaço no qual as pessoas têm essa liberdade de escolher o que fazer, dentro das nossas possibilidades, daquilo que temos disponível. Num tempo em que chamamos de um tempo livre (E3).

Aparentemente, o que é de comum acordo a todos os entrevistados no que se refere aos conceitos de brinquedoteca é a idéia de interação dentro de ambientes, não só das crianças, mas também dos acompanhantes, que é revertido

de forma significativa a todos. Logicamente, cada brinquedoteca hospitalar reflete a formação dos coordenadores que estão à frente de suas atividades, ou seja, por meio dos pressupostos abarcados dentro da formação de cada profissional. Portanto, os temas e conceitos abordados sobre brincar, brinquedoteca, lazer, saúde, doenças dentre outros são referentes ao contexto específico de formação dos profissionais.

Temos um carrinho com rodinha que é a brinquedoteca móvel; colocamos um brinquedo lá dentro, e vamos até as enfermarias onde as crianças não podem ir. Isso acontece no caso das crianças que, clinicamente, têm um impedimento para ir até a brinquedoteca ou então no caso de precaução de contato (E2).

Essas Brinquedotecas Móveis foram planejadas tentando atender à realidade de crianças internadas em condições patológicas complexas, pois habitualmente crianças, ao serem internadas, reduzem suas capacidades motoras. A brinquedoteca móvel deve ser entendida como um adendo a esse espaço maior, pensada e planejada para que se adapte às condições das crianças que, muitas vezes, não podem participar desse espaço na íntegra. Essa iniciativa corre no sentido oposto ao que foi pensado, restringindo a um mero “carrinho de brinquedos” com poucas oportunidades para efetivar o brincar. Apesar dos ganhos no sentido de atender a todos, esse entendimento de brinquedoteca pode passar a ideia de uma simples distribuição de brinquedos.

Por isso, devemos pensar nesse tipo de ação como um atendimento com ganhos qualitativos e não apenas com a perspectiva de atingir a um número maior de crianças. Essa iniciativa, em alguns casos, ao invés de contribuir com a expansão da lógica desse espaço e como forma de inclusão do coletivo hospitalar, pode ir de encontro à proposta inicial. No entanto, devemos concordar com Cunha (2008) quando afirma que alguns aspectos devem ser observados, principalmente se a criança não puder sair da cama. Portanto, se a criança não pode ir à Brinquedoteca, que o espaço vá até ela. Por isso, esse espaço não pode se ater apenas à distribuição de brinquedos, mas deve envolver uma atmosfera lúdica própria.

4.2 Sobre a Proposta e os Objetivos

A delimitação dos objetivos propostos é fundamental para a compreensão do trabalho desenvolvido nas brinquedotecas hospitalares. O que foi percebido é que o objetivo de cada brinquedoteca está diretamente relacionado à formação profissional daqueles que as coordenam.

Com relação aos objetivos, as coordenadoras das brinquedotecas destacam as possibilidades de desenvolvimento dos sujeitos atendidos, do envolvimento com atividades lúdicas que podem contribuir na ocupação do tempo dos pacientes, bem como na possibilidade de aprendizagem que as brinquedotecas apresentam.

Disponibilizar e propiciar às crianças em regime de internação jogos, brinquedos, leitura e entretenimentos adequados para sua idade, favorecendo o seu desenvolvimento sócio-cognitivo através do lúdico (E1).

Atender a toda clientela pediátrica hospitalizada na Unidade de Internação Pediátrica desse Hospital, numa perspectiva desenvolvimental, preventivamente, mantendo o bom nível da qualidade assistencial prestada (E2).

Oferecer a possibilidade de brincar livremente, profundamente, podendo a criança dirigir a atividade, criar, inventar, transformar, construir e se expressar (E2).

Promover a descontração, reduzindo o estresse gerado pela doença ou tratamento; triar pacientes com necessidade de atendimentos específicos; proporcionar cultura e informação e entretenimento; favorecer a exploração, conhecimento, domínio e compreensão dos espaços físicos e rotinas e seu “ajustamento” ao ambiente hospitalar (E3).

Promover interação, troca de experiências/conhecimentos e colaboração entre pacientes e acompanhantes da mesma enfermaria, ala ou andar, conforme suas possibilidades (E3).

Ampliar e diversificar as possibilidades de vivências lúdicas para as crianças que frequentam o ambiente hospitalar (E4 e E5).

Auxiliar no tratamento das crianças, entendendo que o lúdico é um componente essencial para o desenvolvimento humano, que pode possibilitar o bem-estar social, a saúde das pessoas e a qualidade de vida (E4 e E5).

Existem brinquedotecas nas quais os profissionais que ali trabalham propõem o brincar livre, com acesso aos brinquedos da forma como a criança desejar. Por isso, não se trabalha com planejamento de atividades, por se acreditar que esse pode restringir a espontaneidade das crianças, que devem agir no sentido amplo de liberdade. Isso pode ser verificado na fala da Coordenadora do espaço 2:

A brinquedoteca em cima do brincar livre, é espontânea. É o que é o que eu te falei; não há intervenção clínica nem nossa nem da TO; a brinquedoteca é onde o menino pode brincar livremente (E2).

As outras quatro instituições estruturam suas atividades por meio de planejamentos, que são entendidos como forma de suporte das atividades desenvolvidas. Essa estruturação, previamente estabelecida, é compreendida como uma possibilidade de organização e de desenvolvimento dessas atividades dentro do espaço. De qualquer maneira, adotam como pré-requisito a flexibilidade, principalmente por que o ambiente hospitalar tem rotina incerta dos pacientes no que se refere ao tratamento. A rotina é diretamente proporcional às condições de saúde de cada paciente, conforme apontam as falas abaixo:

Os pacientes vêm se quiserem, não são obrigados, tem essa coisa da não obrigação, do fazer por que quer fazer, fazer para relaxar, distrair, descontrair, entreter, divertir e ter prazer (E3).

Os meninos estão na brinquedoteca, a brinquedoteca está aberta, os meninos entram na hora que querem, as mães também podem participar e, em algumas brincadeiras, elas são chamadas para participar, para interagir (E5).

Entretanto, dentro dessa estruturação de planejamento também encontramos divergências. Na brinquedoteca E1, as brincadeiras são trabalhadas por meio de atividades relacionadas às datas comemorativas.

Chamamos as crianças para a oficina e as trazemos para essa sala e começamos a fazer, por exemplo, um material colorido como esse, dependendo do tema que é trabalhado: páscoa, dia das mães. Dependendo do tema que está acontecendo na época, fazemos máscara de carnaval, ovinho de páscoa, essas coisas e também os brinquedos (E1).

Na brinquedoteca E2, o espaço é entendido como do brincar livre; não se desenvolvem planejamentos, as brincadeiras são sem direcionamentos e sem intervenções. A coordenadora ainda afirma que, dentro do hospital, o próximo passo está na conscientização dos profissionais de saúde, que eles devem perceber que a brinquedoteca é um espaço do brincar, com ou sem intervenções por parte desses profissionais.

Então, o que eu penso é que a filosofia a qual foi implantada é de um brincar livre, espontâneo, criativo, prazeroso, o qual não deve ser interrompido com nenhum procedimento clínico (E2).

Já o planejamento em E3, é mesclado, por ser um espaço que é aberto na parte da tarde por um período de 2 horas diárias. Dessa forma, é livre a escolha dos jogos apesar de haver planejamento para as oficinas específicas, tais como: origamis, natal, páscoa, vídeos educativos. Porém, os profissionais estão cientes de como esses planejamentos exigem flexibilidade em função das condições dos pacientes e da rotina de medicamentos.

As estagiárias procuram desenvolver antes de planejar ou de propor qualquer oficina. Então, muitas vezes, eu peço para elas pensarem sempre: qual vai ser o dia, o público alvo, que objetivos elas querem alcançar com aquelas oficinas específicas. As estagiárias têm que pensar em material, não pode ser qualquer coisa, elas têm que pensar se esse material existe no hospital, se tem baixo custo, porque não temos nenhuma verba disponível, não temos dinheiro nenhum disponível no setor para nada disso. Muitas vezes, planejamos tudo nos detalhes, mas a coisa não acontece exatamente como planejamos (E3).

Nos espaços E4 e E5, é desenvolvido o mesmo projeto. Assim, o planejamento desse é realizado previamente pelos estagiários envolvidos juntamente com o coordenador.

As coordenadoras dos espaços orientam quais as especialidades de cada dia, como essas se repetem todas as semanas, a elaboração é contínua ao longo do ano. Se houver algum imprevisto, as coordenadoras procuram adaptar o planejamento que tem como característica principal a flexibilidade.

Dentro do que está acontecendo, nós podemos ter uma flexibilidade de mudar esse programa. Então, baseamos no que acontece no espaço da prática, discutimos a teoria e vice-versa, então existe um planejamento anterior. Quando eu recebi os estudantes, por exemplo, já tinha planejamento, já tinha as atividades; elas já estavam programadas para acontecer aqui. E dentro da realidade nossa, vamos adequando (E4).

Você chega a um ambiente onde você está, reconhece o público que vai estar com você e, a partir daí, tem o primeiro contato e, então, começa a criar atividades que possam atender àquele público específico (E5).

Especificamente no E5, além do espaço estruturado da Brinquedoteca Hospitalar com brinquedos, livros, televisão; existem os estagiários do projeto da educação física. Esses profissionais utilizam os recursos disponíveis dentro da brinquedoteca para execução de suas atividades as quais são desenvolvidas de acordo com a concepção de que a brinquedoteca deve estar de “portas abertas”.

O desenvolvimento e os alunos fazem a programação das atividades e eu, mais ou menos, acompanho. A divulgação do trabalho é das crianças, a divulgação é feita com eles, os meninos estão na brinquedoteca, a brinquedoteca está aberta e, por isso, os meninos entram a hora que querem. As mães podem participar de algumas brincadeiras. Elas são chamadas para isso, para interagir mais e, enquanto os meninos estão ali, elas sentam, conversam entre em si, trocam idéias (E5).

4.3 Descrevendo a Infraestrutura e as Ações

Com relação à infraestrutura, é importante destacar que, nos espaços E1, E2, E3 e E5, existem locais específicos destinados às atividades ligadas aos jogos, à leitura de livros, à manipulação de brinquedos. Nesses espaços, há televisão, som, vídeo-game, entre outros.

Foi recorrente nas falas das entrevistadas que o espaço físico da brinquedoteca é um aspecto colocado no segundo plano, apesar do reconhecimento da proposta para as ações de humanização. As brinquedotecas analisadas, em geral, não têm espaço próprio e estão sendo adaptadas e dependentes das condições oferecidas pela instituição hospitalar.

É um espaço emprestado, mas foi definido, em reunião do colegiado interno, que esse espaço vai virar, no futuro, uma enfermaria. Então, quando houver recursos financeiros para fazer dali uma enfermaria, a gente vai ter que sair dali. A brinquedoteca tem um espaço físico, que é mutável dependendo da reforma da unidade (E2).

Por causa de uma reforma grande que a unidade passou, viemos para esse espaço bem reduzido. É provisório, mas já tem 2 anos que estamos aqui e não sabemos quando vamos para outro espaço (E3).

Esse espaço foi feito para uma coisa e está sendo usada por outra, é um espaço multiuso. As pessoas estão mais preocupadas com outras coisas, com outros tipos de obras, que podem dar uma visibilidade maior, mas não um efeito tão importante quanto a brinquedoteca. A reforma de outras coisas, igual eu te falei, não acho que são tão importantes assim como a reforma desse espaço (E1).

Quanto às ações desenvolvidas nas brinquedotecas hospitalares, a maioria das entrevistadas afirmou que, basicamente, são: frequentar o espaço para brincar livremente; desenvolver atividades artísticas dentro das oficinas temáticas e levar jogos, brinquedos e materiais aos pacientes impossibilitados de irem ao local (E1, E2, E3 e E5).

4.4 Ação profissional nas Brinquedotecas

Abordar a questão da ação profissional nas brinquedotecas é pensar na questão da multidisciplinaridade de possibilidades de intervenções, buscando concretizar uma ação interdisciplinar. É preciso entender que as 14 áreas da saúde podem ter contribuições efetivas no processo de constituição dessas atividades. Mais do que isso, a integração das ações podem levar à possibilidade de concretização da humanização hospitalar.

Eu acho que a gente tem um trabalho multidisciplinar no hospital; temos profissionais de várias áreas. Eu acho que o trabalho interdisciplinar, esse trabalho bem “integrado”, bonitinho como está na página dos livros ainda não acontece. Mas eu acho ainda que está um pouco longe de alcançarmos o que chamamos de interdisciplinaridade, o que dirá trans, está mais longe ainda (E3).

Carvalho (2005) discorre sobre esse impasse, afirmando que, obviamente, cada subárea desenvolve um olhar, que lhe é próprio, no campo da saúde e, portanto, uma intervenção também particular. No entanto, a diferença entre elas, muitas vezes, não é clara, não só do ponto de vista do conteúdo, como também da forma. Muitas vezes, quando deparamos com uma comunidade numa equipe multidisciplinar, temos dificuldade de definir, de delimitar as intervenções dos profissionais de saúde. Essa dificuldade de demarcar áreas deve-se a vários fatores, dentre os quais destacaremos a fragmentação do conhecimento.

O projeto foi muito bem aceito, é uma relação muito interessante, eu acho que os profissionais reconhecem. Vão começar a aprender a lidar com o diferente, com uma “boa bagunça”. Uma Desordem, uma boa desordem, para que as coisas se organizem. O brincar é uma desordem, o brincar, ninguém consegue brincar ordenado “direitinho”. [...] Em um primeiro momento, eu acredito, vai vir uma desestrutura, vamos bagunçar um pouco o ambiente. Depois, essa bagunça vai ser incorporada ao nosso atendimento, e vai se tornar tranquila, com a experiência que eu tenho, vai ser uma experiência muito boa. Um contato muito bom, uma troca de experiência muito boa (E4).

Nas entrevistas, as coordenadoras afirmam que as Brinquedotecas Hospitalares não são espaços específicos de uma formação profissional, mas sim de diferentes profissionais que têm, como atribuição básica, esse enfoque no trabalho com a criança. Esse olhar deve ser pensado a partir do respeito desse sujeito como cidadão e como um ser ativo.

A ação, nesse espaço, está relacionada à questão do fazer que é humano e do lazer que não é propriedade exclusiva de nenhuma área de atuação (E3).

A atividade da brinquedoteca não é própria do serviço social, ela não é inerente de um projeto de educação física, ela não é inerente de uma profissão, mas sim de várias (E5).

Desde que seja um profissional, não estou determinando a classe, mas que defenda esse brincar (livre e espontâneo), já que é um trabalho multi todo dia. Desde que seja um profissional de qualquer classe, mas que tenha esse brincar (E2).

Sobre o trabalho das coordenadoras, é importante destacar que nem sempre a brinquedoteca é sua ação principal dentro dos hospitais, conforme destacado na fala abaixo:

Eu trabalho indiretamente com a brinquedoteca, no atendimento de uma criança que, invariavelmente, vai estar ligado ao lúdico. Acredito que se tivéssemos mais estagiários seria mais fácil porque tenho que fazer os atendimentos. Então, a nossa prioridade aqui na função é a coordenação, portanto exige que eu esteja nos atendimentos e não nas oficinas e atividades da brinquedoteca (E1).

Como TO da unidade, coordeno a brinquedoteca, que é uma das ações que desenvolvo, mas não é a única. Faço muitas outras coisas, como: atendimento clínico, atendimento no CTI e outras ações administrativas (E3).

Portanto, quanto à questão de atribuições vinculadas à brinquedoteca, todos os coordenadores afirmaram que a responsabilidade por esse espaço é uma dentre várias atribuições a serem desenvolvidas dentro da unidade de saúde. Isso

pode sugerir a necessidade e a importância de um profissional específico para essa função.

Contraopondo essa afirmação Mitre e Gomes (2007) afirmam que pensar o lazer, como recurso de intervenção, requer uma formação específica. Isso pode qualificar as propostas nesse âmbito e criar um espaço de desenvolvimento de vivências e mediação de situações desconhecidas. Isso pode se concretizar pelo uso de elementos que sejam ou não do conhecimento de cada sujeito, ampliando assim o seu leque de experiências no tempo e nos espaços vividos na internação hospitalar.

É fundamental destacar que as brinquedotecas hospitalares vêm sendo reconhecidas na atualidade. Nas cinco instituições pesquisadas, as coordenadoras relataram o reconhecimento dos profissionais envolvidos por parte das instituições, reconhecendo que isso se dá por meio da interação com outros profissionais de saúde nesse espaço. Além disso, percebem envolvimento por parte da comunidade médica e de saúde em relação à mobilização de campanhas (brinquedos, festas, entre outros). Como sugestão para a consolidação desse profissional, foi apresentada a idéia de criação de vagas específicas de profissionais que trabalhem nesse espaço, conforme a fala abaixo:

Teria que ter uma seleção, um número de vagas específicas para o trabalho nas brinquedotecas (E1).

De qualquer maneira, há a valorização das ações profissionais nesse âmbito, conforme destacam as coordenadoras abaixo:

Há mudanças em termos de estrutura, de tamanho e do lugar que a ação ocupa na unidade, bem como a importância que os profissionais dão para esse espaço, é isso que eu percebo (E2).

Destaco também o reconhecimento dos profissionais da unidade, desse lugar, reconhecimento dos familiares primeiro por que reconhecem esse espaço, e as mães valorizam. Temos um grupo grande de profissionais que valorizam, e que ajudam até a bancar a brinquedoteca (E2).

De acordo com a coordenadora do Espaço E3, em muitos momentos a valorização desses espaços por parte da administração acontece em função das

metas de produtividade. Como espaços de lazer tornam-se uma via de mão dupla em que, a partir da existência de um ambiente humanizado, a administração ganha. Em contrapartida, as doações e manutenção gratuita se escondem atrás da intenção para que aquele espaço continue como uma das formas de manter um ambiente “aconchegante” para pacientes, profissionais e familiares para que o hospital seja visto como tal.

É um projeto que contribui para a questão das metas de produtividade da unidade do hospital, que tem relação com a questão de custo, faturamento, toda essa questão administrativa, burocrática (E3).

Na inauguração do espaço, o diretor disse que esse era um dos espaços mais importantes do hospital, quando ele vê essa questão da leitura, da possibilidade do acesso ao livro. Só que as pessoas fazem os discursos, mas na hora de fazer algo, que estamos precisando de alguma coisa. Nada acontece (E3)!

Ainda sobre a questão do envolvimento entre os profissionais, a coordenadora E3 destaca:

Em alguns setores, eu já passei por todas as unidades de internação do hospital, as pessoas conhecem e valorizam o nosso trabalho e conseguimos conversar um pouco mais, transitar um pouco mais, falar com esses outros profissionais (E3).

A relação estabelecida entre o corpo clínico da instituição hospitalar e o espaço da brinquedoteca é demonstrada nos relatos das entrevistas (E2, E3 e E4). Em um dos casos (E1), nem mesmo o reconhecimento em nenhum âmbito do hospital é percebido, e mesmo nas relações que são estabelecidas, é perceptível a brinquedoteca como uma efetivação de protocolo por parte dos superiores,

Difícilmente os superiores entendem que o brincar é muito mais importante que uma conversa com os pais, que abarca muito mais coisa, por isso acho que tem essa relação um pouco complicada, mas outros valorizam (E1).

O que foi relatado pelas entrevistadas (E2, E3) é que existe um receio por parte do corpo clínico com relação à perda de controle dentro do ambiente em que

eles atuam. Pequenos conflitos são gerados em relação à brinquedoteca hospitalar, já que se tem a ideia de que o objetivo principal dessa criança é somente a busca da cura ou a amenização da dor, e portanto, essa ação tem como função levar isso de uma forma menos traumática para a criança.

Portanto, é necessário o diálogo no intuito de que sejam esclarecidas possibilidades apresentadas pelas brinquedotecas e conseqüentemente demonstrar como pode contribuir com a qualidade das ações no contexto hospitalar. Num espaço em que todos possam efetivamente desenvolver suas atribuições dentro de um contexto de ajuda mútua e cooperativismo.

É necessário, então, que seja feita a mediação para que seja importante o atendimento dessa criança aqui e, por conta disso, é assim, é um trabalho, eu falo que é diário, e é difícil, apesar de a brinquedoteca já ser um lugar próprio, físico, instalado e não só físico, mas também no reconhecimento das pessoas. Explicar o tempo todo que nós estamos como aliados, a esses outros profissionais, e as intervenções que acontecem. Não estamos trabalhando de maneira oposta. Por isso, tem momentos que é muito complicado, tem momentos que são difíceis (E2).

Quanto à questão da formação de profissionais, das cinco instituições analisadas, duas indicam que há uma ajuda na formação, como acesso aos cursos vinculados à liberação da carga horária de trabalho, mas não diretamente à ajuda de custos financeiros. Porém, em quatro instituições, existe um suporte dos recursos humanos por meio de verbas vinculados à capacitação dos profissionais, se antecipadamente for apresentado o interesse em algum evento, por exemplo.

Mas, se você quiser ir fazer o curso, pagar a inscrição, depois o hospital te reembolsa, a inscrição! Entendeu? Depende de algumas coisas, mas o hospital, assim, me proporciona capacitação pra eu poder continuar trabalhando, isso ele faz (E2).

Porém, em uma das entrevistas, foi notória a falta de suporte tanto financeiro quanto de incentivos para a formação de profissionais, pois é entendido para a administração como um desperdício de dinheiro, diretamente vinculado à falta de valorização por parte dos gestores.

Formação por fora aqui no hospital não tem muito incentivo, de forma nenhuma. Em função de estarmos atuando na brinquedoteca, isso não é justificativa, porque os gestores acham a brinquedoteca como menos importante, por isso não incentivam uma formação específica para essa atuação (E1).

Desses espaços entrevistados, quatro têm vínculos com uma Universidade, tendo certa facilidade em dispor de parcerias para conseguir recursos humanos, voluntários, estagiários e/ou bolsistas. Mas o que se percebe, nessa instituição, é que, com essas verbas conseguidas a partir de parcerias com projetos, o cronograma é montado a partir da disponibilidade de horários dos estudantes universitários.

Apenas o E1 que tem vínculo municipal relatou essa dificuldade de maior número disponível de mão de obra, pois o número não corresponde à eficácia exigida. Porém, dentro dessa instituição existem parcerias com outros cursos que dão um suporte às atividades desenvolvidas na brinquedoteca.

4.5 O Investimento Financeiro e as Possibilidades de Parcerias

Quando perguntadas sobre a verba que é direcionada para esse espaço, as respostas são unânimes no sentido de que esses espaços são amparados por meio de doações, que são feitas mediante campanhas dentro do próprio hospital. Essas campanhas são realizadas junto à própria comunidade, há parcerias entre projetos e ações ou ainda pessoas físicas e jurídicas que se prestam a esse tipo de apoio. As coordenadoras relatam o recebimento do próprio hospital para compra de equipamentos somente.

Em 18 anos, a única verba que foi destinada para a brinquedoteca foi para a compra de um computador, que usamos para atividades de jogos eletrônicos. Em 18 anos, esta foi a única verba, o restante foi doação (E2).

Apoio financeiro, nenhum! Nunca tivemos recurso financeiro destinado para esse espaço, nunca, financeiro, não. Tudo que temos, em nosso espaço, com relação a jogos, livros, revistas foi doação, aliás a única coisa que foi

comprada com verba do hospital foi esse computador. Foi conseguido com muita luta, enquanto tentava arrumar alguns usados, consegui alguns pedaços (E3).

Também é perceptível que os recursos destinados às instituições de saúde são para procedimentos relacionados às doenças, sendo que, se for para conseguir recurso para a brinquedoteca, é necessário, como a entrevistada mesma propõe, tentar parcerias e conseguir doações.

Por ser uma unidade, um hospital do SUS, os recursos que nós temos é para atendimento dos pacientes, que é voltado para exames laboratoriais, exames de imagem, mas os recursos não vêm do hospital. Nós podemos adquirir com recursos tirados de quê? De parcerias, de doações (E4).

O Banco do Brasil pagou a reforma da área hoje em que é atendida a pediatria. Tivemos que pagar e, aí, dividimos e muitas outras pessoas fizeram doações, entendeu? E é isso. De doação. O hospital fez o espaço e o resto a gente vai conseguindo assim. No projeto, tinha uma verba para fazer armários trancados para que pudéssemos colocar o computador, a televisão (E5).

As parcerias são entendidas como um suporte à execução das atividades propostas por cada Brinquedoteca Hospitalar. Em todas as brinquedotecas, foram encontradas parcerias com diferentes instituições e grupos, vinculadas aos setores público, privado e de terceiro setor.

4.6 Sobre a Avaliação

Sobre a avaliação das ações, para a instituição universitária, todas as coordenadoras destacam que o processo é feito pelo Centro de Extensão Universitária, já que se trata de projetos de extensão. Ao final de cada semestre, é preenchido um questionário pelos coordenadores e bolsistas:

O processo de avaliação procura entender se o projeto atende ao objetivo, se o que é proposto é desenvolvido, se eles têm, por exemplo, um respaldo

teórico, para poder atender à comunidade. Tem um grande número de questões (E2).

Além disso, o processo acontece, por meio de conversas informais, não sistemáticas e por meio de registro em cadernos de campo, destacando os aspectos importantes que são desenvolvidos nesse contexto, conforme explicitado na fala abaixo:

Temos um caderno de registro diário de tudo que foi emprestado, que dia os materiais foram devolvidos, quem é o paciente que está isolado, que atividade ele fez, que oficina. Todo mês fazemos um levantamento e todo ano fechamos tudo com tabelas e alguns gráficos que criei para avaliar (E3).

Outra característica dessa avaliação não formal é a flexibilidade, em que dentro de um cronograma pré-estabelecido, pode haver mudanças de acordo com imprevistos, acontecimentos diários, entre outros. Esse método também é usado para desenvolver a avaliação *em loco*, ou seja, no momento em que ele acontece.

Então existe uma avaliação, um cronograma a ser seguindo, que é flexível. Dentro do que está acontecendo, nós podemos ter uma flexibilidade de mudar esse programa. O programa que é feito. E fazemos uma avaliação aqui em loco (E4).

Outro entendimento é o da avaliação como um processo que envolve várias ações:

Essa avaliação é feita pelo professor orientador, entendeu? Eu não, eu avalio os alunos (estagiários), mas só para dizer, só mesmo saber se está bem e se não está. A avaliação se dá em três níveis vamos dizer assim, ou até mais. Primeiro, é o professor que é o coordenador na Unidade acadêmica, o projeto é da educação física desenvolvido aqui. Em um segundo momento, são as crianças que avaliam, na fala do dia a dia e, por fim, uma avaliação minha e dos profissionais da saúde que atuam no hospital (E5).

Nesse sentido, percebemos a avaliação de vários envolvidos no trabalho a qual possui uma dinâmica que envolve uma série de ações, tais como discussões

em grupo, conversas com as crianças, grupos focais, conforme destaca a coordenadora do E5.

4.7 O Conceito de Humanização

No discurso das entrevistadas, a palavra humanização é polissêmica e envolve discussões que perpassam desde o espaço estrutural, relacionando-se com os pacientes e a classe de profissionais das 14 áreas da saúde. Cecílio; Puccini (2004) constata essas diversas concepções sobre a humanização, e apontam as seguintes noções sobre o tema: ideia de amenização da lógica do sistema social como crítica à tecnologia e tentativa de criar um “capitalismo humanizado”; busca de uma essência humana perdida, como restauração moral; negativa existencialista da realidade concreta, imaginando uma autonomia das emoções e afetos individuais da práxis humana; processo de organização institucional que valoriza a escuta no ato da assistência; ou como defendido por esses autores, valorização e ampliação de cidadania.

No entanto, o ponto central desse contexto é o reconhecimento do outro, que envolve tanto o aspecto social quanto o moral. Portanto, é fundamental pensar não somente em procedimentos técnicos, mas também nos que se referem aos aspectos humanos. Ao serem questionadas sobre o entendimento de humanização, as entrevistadas, geralmente, vincularam a esse conceito valores como: acolhimento, cuidado, cuidado paliativo, escuta, respeito, encaminhamento.

Principal jeito de fazer acontecer a humanização é ver as pessoas como seres humanos e não como pacientes, como leitos número, como se não tivessem nem nome (E1).

Um acolhimento é humanizar, é a humanização no atendimento. É uma sensibilidade maior para podermos ouvir, para poder escutar, fazer os encaminhamentos que forem necessários para aquela escuta (E2).

Falar de humanização é falar de algo que aproxima o ser humano dele mesmo e do outro. Ela facilita essa aproximação, facilita ver o outro, mas de

maneira refletida. Eu acho que tem a ver com humanização à medida que eu aproximo, eu alcanço consciência através daquilo que ele faz (E3).

Tudo aquilo que promove a integração das diferenças, dentro do ambiente que, às vezes, é desgastante, é cansativo, mas que olha o ser humano na sua diferença com respeito. A humanização passa pelo respeito, pelo acolhimento do outro, respeitar o outro, e saber que o outro tem as necessidades dele, que tem uma realidade diferente da sua. Saber que o outro pode tanto ensinar quanto você ensiná-lo. Isso é humanização. Propiciar que ele tenha um bom atendimento é humanização. Fornecer o recurso necessário, e as respostas para as perguntas dele é humanização. Eu acho que tratar o outro como ser humano. Com dignidade é humanização. Mostrando seus direitos, isso, para mim é humanização (E4).

Acolhimento não é isso (sala de acolhimento), para mim, isso está longe de ser acolhimento, acho que a humanização não está instituída em uma fase específica, em uma pessoa específica, ela é algo relacionado a uma postura diferenciada mesmo no atendimento (E2).

Obviamente que a humanização perpassa por todos os âmbitos dentro de uma instituição de saúde, porém é equivoco pensar somente que espaços construídos com esse intuito humanizador seja o único fato para se concretizar a humanização. A crítica é remontada em função de espaços estruturais, porém que haja pessoas, ou seja, não há possibilidade de existir humanização sem sujeitos. Assim, essa mentalidade é indispensável para desenvolver uma humanização na qual se queira ir além de barreiras físicas propostas.

Soares (2001) é bastante coerente quando afirma que a reconstrução do espaço hospitalar pressupõe um trabalho coletivo em que os diferentes sujeitos sociais, presentes no contexto, possam caminhar juntos para uma transformação mais humanizadora do hospital.

Sala de acolhimento, não é sala de acolhimento, é sala de humanização, eu acho que a humanização é uma mudança de postura, isso não está fisicamente estabelecido em algum lugar não. É uma mudança de postura, na recepção desses pacientes (E2).

Ao humanizar esses espaços, o hospital busca o alcance de alguns benefícios, pois como afirmam Mota, Martins e Vêras (2006) as ações

humanizadoras se estendem a todos os envolvidos, e influenciam na administração já que podem reduzir o tempo de internação; aumentar o bem estar geral dos pacientes e de funcionários; diminuir as faltas da equipe de saúde ao trabalho. Assim, como consequência, o hospital também reduz seus gastos, trazendo benefícios para todos. Apesar da perspectiva utilitarista que isso pode expressar, não podemos negar que esse aspecto está intrínseco à humanização.

Nesse sentido, um aspecto que merece ser destacado é ligação íntima que as brinquedotecas têm com a questão da humanização, a partir do discurso das entrevistadas. A brinquedoteca é diretamente relacionada à forma como se concretiza essa humanização, é visualizada como um meio para viabilizar a humanização. A brinquedoteca é compreendida como um das possibilidades mais atuantes para potencializar essa humanização.

Então, essa atribuição de favorecer, facilitar a humanização dentro do hospital, vai diretamente para a brinquedoteca. [...] Brinquedoteca é a principal forma de humanização (E1).

Já que a brinquedoteca é uma possibilidade de vivência de lazer no contexto dos hospitais, necessário é compreender quais as visões de lazer presentes no discurso das coordenadoras.

4.8 Considerações sobre o Lazer

O entendimento de lazer interfere na apropriação e na organização do espaço hospitalar, assim como no posicionamento da instituição e dos profissionais de saúde que nela trabalham. Essa compreensão é um aspecto fundamental para se pensarem ações para as instituições, pois o público alvo de uma intervenção nesse âmbito estabelecerá diferentes relações com a vivência, dependendo da forma como a compreende em seu dia a dia (PINTO, 2009). Portanto, foi possível identificar as seguintes falas com relação ao lazer:

Aquilo que é gostoso, que é tranquilo, que tranquiliza, que acalma. Se estressou, não é lazer, é para relaxar. Quando você fala assim “nossa como

é bom”, como é tranquilo. Eu acho que é isso. Eu fico pensando as coisas que eu vi em lazer, que eu tenho, sabe, é tudo aquilo que me traz tranquilidade; lazer, para mim, é ficar sentada sem fazer nada, isso é lazer. Se eu parar para ver outro brincando, para mim é lazer. É a possibilidade que eu tenho de estar tranquilo, passando para o outro uma tranquilidade. Para mim, isso é lazer. O conceito, para mim, antes era diferente, era brincadeira direcionada. Pode como pode não ser depende do meu estado, às vezes eu quero brincar direcionado, mas às vezes eu não quero, quero só sentar e mexer na terra, para mim, isso é lazer (E3).

Sobre o lazer ainda, existe a associação do tema às seguintes palavras: espontaneidade, liberdade, distração, prazer, brincadeira, bem-estar, relaxamento, tranquilidade, socialização, interação, ludicidade, recreação, ocupação, divertimento, alegria, disponibilidade, possibilidades, troca, partilha, aprendizado, amplitude, acolhimento, brincadeiras e diferenças.

Acho que é uma atividade em que a pessoa se engaja espontaneamente, movida por algo, assim externo, espontâneo, principalmente quando a pessoa busca prazer. É aquilo que a criança busca espontaneamente movida por alguma coisa intrínseco que é o brincar (E2).

A pessoa é livre para fazer ou não fazer, num tempo que a gente considera, se olharmos nessa questão de conceitualização, definição de lazer, é um espaço onde as pessoas têm essa liberdade de escolher o que fazer, dentro da nossas possibilidades, daquilo que está disponível (E3).

O que aparece de novo dentro desse conceito é a partilha (E4) e o reconhecimento das diferenças, uma vez que esses conceitos, por mais que não são citados, são entendidos como base para desenvolver qualquer forma de respeito mútuo, ou seja, a humanização.

É proporcionar ao outro um bem-estar, e o lazer é uma forma de bem-estar. Eu acho que o lazer nos proporciona reconhecer que, apesar das diferenças, nós podemos partilhar alguma coisa, o lazer nos proporciona partilhar algo (E4).

Foi identificado nos discursos que o lazer é um campo amplo de vivências, entendendo o brincar como uma dessas possibilidades, conforme a fala da coordenadora E5.

Está dentro de um espaço muito mais amplo no qual muitas coisas têm que ser consideradas, tem que ter olhar muito amplo no lazer que você pode proporcionar. O lazer, para mim, não é brincar, não é simplesmente brincar. Entendeu? Para mim, tem uma coisa muito ampla dentro desse trabalho (E5).

É possível perceber, nas falas, a relação que se estabelece entre lazer, lúdico e brincar, mas que nem sempre está clara a diferença entre essas temáticas.

Acho mais o lúdico, é mais forte a palavra lúdico, mais do que lazer, que o lúdico, no meu entendimento tem a ver com o brincar, apesar de ter relação com outras coisas também, com o desenvolvimento infantil. A criança, através dele, vai se desenvolver. Para mim, lazer tem mais relação com recreação, com o brincar por brincar sem outro objetivo. Às vezes, é apenas ocupação de um tempo. Ocupação de uma forma não obrigatória, ocupação de que a pessoa goste, divertimento mesmo que a pessoa se sinta mais alegre, não sei (E1).

De qualquer maneira, a maioria das entrevistas comungam que o entendimento sobre o lazer é amplo. Apenas a coordenadora E1 apontou um papel secundário ao lazer, conforme expresso na fala abaixo:

Acho que lazer existe só em alguns momentos, como: semana da criança. Aí, tem que ter lazer para as crianças, mas ter no dia a dia, acho que não é levado muito em conta. O lazer, para falar a verdade, mais visto que a criança está aqui para se tratar e não está aqui para brincar (E1).

As coordenadoras fazem ainda uma diferenciação do lazer que ocorre nos hospitais e fora deles.

Não é um lazer como lá de fora, é claro dentro das condições do contexto que é o hospital, aqui é diferente (E3).

Ele é compreendido de uma maneira muito maior que aquilo que a minha brinquedoteca pode favorecer. Sabe, aquelas brincadeiras de descer de papelão no morro, por exemplo (E2).

Assim, devemos concordar com Marcellino (1990) sobre as visões funcionalistas e que podem ser verificadas no hospital, tais como a ideia que restringe o lazer somente ao descanso, ao relaxamento, à recuperação do desgaste emocional relacionado ao tratamento, à redução da dor, do sofrimento e do tédio, ao alívio do estresse e da ansiedade e à “ocupação” do tempo. Além disso, é necessário identificar também o potencial do lazer para cumprir funções de estímulo ao desenvolvimento da criatividade; da capacidade de questionamento; de aprendizados como a educação das sensibilidades; de expressão dos sentimentos; de ampliação da rede de relacionamentos dentro do hospital; de possibilitar o contato com novas experiências; entre outras funções. Portanto, trabalhar com o lazer em hospitais pode constituir uma rica oportunidade de difusão de conteúdos e de práticas culturais junto aos sujeitos, bem como um momento de reflexão sobre os mesmos.

Em todos os discursos, a brinquedoteca é vista como a forma de concretizar, na prática, essa humanização. Esse entendimento ganha lógica à medida que é pensado o lazer como possibilidade na vida de todos os sujeitos, como uma prática inerente ao ser humano.

A humanização está relacionada à questão do fazer que é humano, e do lazer que não é propriedade exclusiva (E3).

Dentro da humanização tem a questão do lazer, então acho que o lazer pode ser um braço desse rio que é a humanização (E4).

O lazer está nesse processo, o lazer é uma forma de humanizar, quando você faz o lazer numa brinquedoteca, você está humanizando a relação, você está humanizando o sentimento da criança, você está humanizando a relação com a mãe (E5).

Logo, é importante reforçar que a humanização, concretizada dentro da brinquedoteca, não é voltada apenas para a criança. Esse espaço humanizador é pensado no coletivo, envolvendo diametralmente os acompanhantes, os funcionários

e os profissionais de saúde. Essa humanização reflete sobre os envolvidos tanto direta quanto indiretamente e o envolvimento se torna pré-requisito para que se possa ocorrer o lazer.

Eu acho que, quando o lazer acontece, mais é possível humanizar e, na verdade, todo ser humano precisa de lazer, de ter seus momentos de lazer, independente se ele está doente ou não, se ele está em casa ou não, se ele está em outro lugar, onde ele tiver. Eu acho que a criança precisa mais ainda, então o lazer é uma das coisas que pode está acontecendo através da humanização no hospital. Eu acho que não só para as crianças, mas para os adultos e os acompanhantes também. O lazer de uma forma geral poderia ocorrer com mais frequência aqui e quanto mais ocorrer, mais nos humanizamos (E1).

Vale enfatizar a percepção de que, no momento da vivência do lazer, essa interação só pode acontecer por meio de trocas e partilhas. É pensar um envolvimento do humano que busca esse prazer dentro de conceitos (partilha e troca).

Trazer o lazer, que vai ter o olhar diferente, mas para aquele que está brincando ali é partilhar algo, é partilhar aquilo que eu sei, aquilo que o outro sabe, com a criança que chega, com uma interação. Então, dentro da humanização, tem que ter interação, e o lazer proporciona isso, proporciona reunião de várias crianças, de pessoas, pessoas diferentes, com objetivos de ter prazer (E4).

A questão do lazer aparece vinculada à aprendizagem também, rompendo com a ideia restrita sobre o tema, superando as visões funcionalistas que o enxergam apenas como ocupação de tempo ou a possibilidade de diminuição da ansiedade.

Agora, o lazer está no processo amplo de humanização no qual ele é permitido na brinquedoteca e no projeto, no sair com a criança que faz parte das atividades da brinquedoteca para um outro lugar. Isso é o lazer, eles estão aprendendo que, quando você os leva a algum lugar, eles já aprenderam alguma coisa sobre aquilo. O lazer é isso, é o aprendizado, é a troca naquele espaço, que é a humanização (E5).

Esse processo humanizador é potencializado pela brinquedoteca, porém não podemos encaixotá-lo de uma forma como se apenas dentro desses espaços existissem esse acolhimento. É, na verdade, um debate que deve se apoiar nas discussões da saúde, no que se refere à ambiência humanizadora que perpassa em todos os âmbitos do hospital.

Pinto (2009) afirma que o lazer pode ser um fator auxiliador no enfrentamento do processo saúde-doença, à medida que possui potencialidade para permitir que o internado reorganize a sua compreensão a respeito da doença e da saúde, bem como enfrente esse processo de forma mais positiva. Assim, o lazer pode ser um fator de ressignificação do contexto hospitalar como um todo e do processo de internação.

Portanto, a humanização está ligada à qualidade das relações desenvolvidas entre equipe de saúde e “pacientes”; ao que é comunicado nessa interação e, sobretudo, ao exercício das potencialidades dos seres humanos. Dessa forma, ela só é passível de acontecer mediante a mudança de mentalidade, dos valores e da formação dos profissionais. O aumento da procura por terapias alternativas demonstra que parte da sociedade está buscando formas mais humanizadoras de lidar com a saúde. Isso impacta profundamente a medicina tradicional, que passa por um momento de ambiguidades entre o modelo médico capitalista dos hospitais-hotel e o modelo dos hospitais públicos (MASETTI, 2003; 2005).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, foi feito um diagnóstico do lazer dentro da realidade de brinquedotecas hospitalares da rede pública de saúde da cidade de Belo Horizonte, a partir da visão das coordenadoras. Para essa discussão, foram identificadas questões relacionadas à formação profissional, aos recursos direcionados a essas ações, à concepção de lazer, de brinquedoteca e de humanização, bem como às relações estabelecidas entre esses termos dentre outros.

A partir dessas análises, foi possível identificar como esses espaços ganharam visibilidade em poucos anos. A ideia que se constrói sobre as brinquedotecas hospitalares avançou nos últimos anos e, atualmente, constitui-se muito além de materialização concreta, como: espaços físicos e brinquedos.

Para a discussão sobre o lazer, foram destacados os entendimentos relacionados às seguintes temáticas: espontaneidade, liberdade, distração, prazer, brincar, bem-estar, relaxamento, tranquilidade, socialização, interação, lucidez, recreação, ocupação, divertimento, alegria, disponibilidade, possibilidades, troca, partilha, aprendizado, amplitude, acolhimento, brincadeiras e diferenças. O entendimento de lazer relaciona essa dimensão da cultura, principalmente a ideia de ocupação do tempo ocioso e a diminuição do estresse e da ansiedade ligadas aos procedimentos hospitalares. No entanto, é possível perceber visões que relacionam o lazer ao desenvolvimento dos sujeitos e aos processos educativos que fazem parte do envolvimento com essas ações.

Com relação ao conceito de lazer, ainda, algumas coordenadoras afirmam que esse fenômeno não acontece no contexto das brinquedotecas hospitalares, restringindo a ação à perspectiva do brincar. Simultaneamente, outras entrevistadas entendem a brinquedoteca dos hospitais como espaço de lazer, mas que não possibilita a existência de todas as possibilidades de lazer. Além disso, é presente a ideia de que o lazer é uma possibilidade de trabalho que ajuda na concretização da proposta de humanização hospitalar.

Quanto aos profissionais envolvidos, as falas nos remetem à importância do trabalho multiprofissional, buscando consolidar uma ação interdisciplinar, por isso, não existe uma formação profissional única e exclusiva para se atuar em brinquedotecas hospitalares. Em função disso, uma proposta apresentada é a

criação de vagas específicas para esses profissionais, tendo como pré-requisito um entendimento em relação à criança, tanto no seu desenvolvimento, patologia e o brincar no contexto sociocultural.

Sobre os projetos e ações desenvolvidos nas brinquedotecas hospitalares, foi identificada uma gama de possibilidades que estão relacionadas com as áreas dos profissionais que atuam, apesar de haver uma abrangência no desenvolvimento dessas atividades. Portanto, existe uma diversidade conforme proposto por Dumazedier (1978) em relação aos interesses culturais: físico-esportivos; práticos; manuais; sociais; intelectuais; artísticos e, em alguns casos, até os interesses turísticos.

Esses espaços, muitas vezes, são “auto-sustentáveis” por não terem verbas específicas direcionadas, sendo necessário se mobilizarem para desenvolver parcerias, vínculos com projetos e outros órgãos. Desenvolvem ainda alguns eventos e muitas campanhas de arrecadação e doações para dar continuidade as suas ações.

Uma das formas que se visualiza para que cada vez mais essa temática se propague ou tenha visibilidade muito além de campanhas, parcerias ou mobilizações, é a divulgação sistemática por meio de congressos, simpósios, dentre outros. Essa prática deveria ser habitual, mas, em muitos casos, não o é. Não é uma prática rotineira, desenvolvida no âmbito hospitalar, apesar de experiências riquíssimas serem relatadas para contribuições para disseminar esse conhecimento. Em muitos casos, além das atribuições próprias desses coordenadores dentro do hospital e a brinquedoteca como atribuição extra, eles também não são incentivados tanto informacionalmente quanto financeiramente a prática de publicação. Ressalta-se que existem incentivos financeiros sim para que se possa desenvolvê-los, porém esses só acontecem quando os coordenadores se mobilizam e procuram pois o inverso, ou seja, a iniciativa por parte da Instituição hospitalar, não acontece.

É fato real que a brinquedoteca é compreendida como um dos espaços atuantes para potencializar a humanização. Dentro desse tema, é possível visualizar outros conceitos introduzidos, todos voltados para uma postura de reconhecimento do outro, como indivíduo único ativo dentro de um coletivo. Então, muito além do que conceitos ou práticas, a humanização começa a se configurar em uma esfera de mudança de postura, sem receitas e sem predefinições, mas movidas por atitudes e sensibilizações.

É comum encontrarmos diferentes conceitos em relação à humanização, pois envolve uma série de discussões que perpassa desde o espaço estrutural, até a questão da ambiência. No entanto, percebemos que se relaciona com os pacientes no sentido de ampliar a escuta e o acolhimento, respeitando as diferenças. Não menos importante, nesse processo, foi identificada a necessidade de pensar na classe de profissionais de saúde que além de acolher, também devem ser acolhidos.

Essas ações humanizadoras podem contribuir até mesmo na gestão administrativa a partir de benefícios relacionados ao ambiente como rotatividade de leitos, aceitabilidade dos tratamentos e, por conseguinte, uma melhora no ambiente relacional que envolve o tripé – paciente, profissionais e a instituição. Ainda dentro da humanização, não podemos deixar de mencionar o Programa Nacional de Humanização, que está enredado em todos esses projetos, mas, em alguns momentos, de uma forma mais passiva do que se espera de uma política pública que envolva a humanização. Em muitos casos, ela é a mediadora dessas iniciativas de uma forma não operacional, tendo, muitas vezes, o próprio projeto de viabilizar ações, antes propostas pela própria política, para atingir os objetivos sugeridos.

Esse diagnóstico é apenas uma possibilidade de contribuir com essa discussão sobre o lazer e as brinquedotecas no contexto dos hospitais. É preciso ampliar os estudos sobre essas temáticas, a fim de que haja uma maior valorização desses aspectos em nosso meio sociocultural.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N.. **Dicionário de Filosofia**. 4 ed. São Paulo: Martins, 2007.

ARAUJO, G. F.. **Queixas comunicacionais**: significados expressos na troca de cartas entre os usuários e o hospital municipal. 2006. 160f. Dissertação (Mestrado em Comunicação Social) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

ARONE, E. M.; CUNHA, I. C. K. O.. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6. nov./dez. 2007.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Orgs.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003. p. 117-139.

AYRES, J. R. C. M.. Hermenêutica e Humanização das práticas e saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3. jul./set. 2005.

AYRES, J. R. C. M.. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 13, n.3. set./dez. 2004.

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L.. A Construção de um processo de interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 14, n. 3. jul./set. 2005a.

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L.. Humanização hospitalar: percepção dos pacientes. **Acta Sci. Health Sci**, Maringá, v. 27, n. 2. 2005b.

BALTHAZAR, M. P. N. C.; FISCHER, J.. A Brinquedoteca numa visão Educacional Moderna. **Revista de Divulgação Técnico-científica do ICPG**, v.3, n.9. jul./dez. 2006.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E.. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17. mar./ago. 2005a.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E.. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3. jul./set. 2005b.

BETTINELLI, L. A.; WASKIEWICZ, J.; ERDMANN, A. L.. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Orgs.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. p. 87-100.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em 24 jul. 2009.

BRASIL (2005). **Lei Federal nº 11.104, de 21 de março de 2005**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Brasília: Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z** : garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde. 2008. 60p.: il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

BRODIN; BJORCK-AKESSON, EuroRehab, n. 2. 1992. p. 97-102. Disponível em: www.eric.ed.gov. Acesso em: 17 abr. 2009.

BUSS, P. M.. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

CAMPOS, G. W. S.. Humanização na Saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface**. v. 9, n. 17. mar./ago. 2005.

CARDOSO. L. M. F.. **Atividade lúdica e a criança hospitalizada**: um estudo na pediatria do HSS, em Viçosa – MG. Viçosa: UFV, 2001.

CARVALHO, A. M.; BEGNIS, J. G.. Brincar em Unidades de Atendimento Pediátrico: aplicações e perspectivas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, jan./abr. 2006.

CARVALHO, E. C.; BACCHION, M. M.; ALMEIDA, L. C. P.; MEDEIROS; R. N.. O ensino de comunicação de enfermagem: um desafio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 5, n. 3. 1997.

CARVALHO, Y. M.. **Lazer e saúde**. Brasília: SESI/DN, 2005.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E.. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface**. v. 13, supl.1. 2009.

CECILIO, L. C. O.. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 3. mar. 2010.

CUNHA, N. H. S.. O Significado da Brinquedoteca Hospitalar. In: VIEGAS, D. (org.). **Brinquedoteca Hospitalar**: isso é humanização. 2 ed. Rio de Janeiro: Wak Ed., 2007. p. 77-76.

CUNHA, N. H. S.. Brinquedoteca: definição, histórico no Brasil e no mundo. In: FRIEDMANN, A. (org.). **O direito de brincar: a brinquedoteca**. 4 ed. São Paulo: Edições Sociais: ABRINQ, 1998. P. 37-52.

CUNHA, N. H. S.. **Brinquedoteca: um mergulho no Brincar**. 2 ed. São Paulo: Editora Maltese, 1992.

CUNHA, N. H. S.; VIEGAS, D.. **Brinquedoteca hospitalar: Guia de orientação**. São Paulo: Associação Brasileira de Brinquedotecas, 2004.

DEBORTOLI, J. A.. Brincadeira. In: GOMES, C. L.. **Dicionário crítico do lazer**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2004. p. 19-24.

DEBORTOLI, J. A.. As crianças e a brincadeiras. In: CARVALHO, A.; SALLES, F.; GUIMÃRAES, M. (orgs). **Desenvolvimento e Aprendizagem**. Belo Horizonte: UFMG/ PROEX, 2002. p. 77-88.

DEBORTOLI, J. A.. Com olhos de crianças: a Ludicidade como Dimensão Fundamental da Construção da Linguagem e da Formação Humana. **Licere**. v. 2, n. 1. Belo Horizonte: Centro de Estudos de Lazer e Recreação – CELAR, Escola de Educação Física da UFMG, 1999.

Declaração de Alma-Ata. In: **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 setembro, 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2008

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n.1. 2004.

DIETZ, G. K.; OLIVEIRA, V. B.. Brinquedotecas hospitalares, sua análise em função de critérios de qualidade. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**. v. 28, n. 1. jun. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2008000100012&lng=pt&nr m=iso. Acesso em: 21 jan. 2010.

DUMAZEDIER, Joffre. **Teoria sociológica da decisão**. São Paulo: Sesc / Celazer, 1978.

FERREIRA, J.. O Programa de Humanização da Saúde: Dilemas entre o Relacional e o Técnico. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.17 n.4. out./dez. 2005.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 12, n. 4. 2007.

FORTES, P. A. de C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. v.13, n.3, set./dez., 2004.

FORTUNA, T. R.. **Para um modelo de brinquedotecas para a América Latina**. Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Disponível em: http://www.abrinquedoteca.com.br/artigos_integra2.asp?op=1&id=27. Acesso em: 09 jul. 2009.

FRIEDMANN, A. A evolução do brincar. In: FRIEDMANN, A. (org.). **O direito de brincar: a brinquedoteca**. 4 ed. São Paulo: Edições Sociais: ABRINQ, 1998. P. 27-35.

FRIEDMANN, A. (org.). **O direito de brincar: a brinquedoteca**. 4 ed. São Paulo: Edições Sociais: ABRINQ, 1998. P. 27-35.

GALLIAN, D. M. C.. **A (Re)humanização da Medicina** valorização da vida e da cidadania. Comitê de HumanizaHC FMUSP2005. Disponível em: http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/artigos/dante_marcello.pdf. Acesso em: 28 mar. 2008.

GARON, D.. Une charte de qualité pour les ludothèques. In: **Actes des Universités d'Été de l'Association des Ludothèques Françaises**. Paris, ALF, 1998.

GOMES, C. L.. Lazer - Concepções. In: GOMES, C. L. (org.). **Dicionário Crítico do Lazer**. Belo Horizonte, Autêntica, 2004, p.119-125.

GOMES, A. M. de A.; PAIVA, E. S.; VALDÉS, M. T. M.; FROTA, M. A.; ALBUQUERQUE, C. de M. de. Fenomenologia, Humanização e Promoção da Saúde: uma proposta de articulação. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.17, n.1, 2008.

GOMES, C. L.. (org.). **Dicionário crítico do lazer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

GOMES, C. L.; AMARAL, M. T. M. **Metodologia da pesquisa aplicada ao lazer**. Brasília: SESI/SD, 2005.

HABERMAS, J.. **O futuro da natureza humana**. Trad. Karina Jannini. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

HABERMAS, J. **La lógica de las Ciencias sociales**. Madrid: Tecnos, 1988.

KISHIMOTO, T. M.. **Jogos Infantis**: o jogo, a criança e a educação. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

LAVILLE, C; DIONNE, J. **A construção do saber**: Manual de metodologia da pesquisa em Ciências Humanas. Porto Alegre: Arned; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LINDQUIST, I. **A criança no hospital**: terapia pelo brinquedo. Trad. ALTMAN, R. Z. São Paulo: Scritta, 1993.

MACEDO, J. J.. A Criação de uma Brinquedoteca Hospitalar com enfoque Psicodramático. In: VIEGAS, D (org.). **Brinquedoteca Hospitalar**: Isso é humanização. 2 ed. Rio de Janeiro: Wak Ed., 2007. p. 63-70.

MAGALHAES, C. M. C; PONTES, F. A. R.. Criação e Manutenção de Brinquedotecas: Reflexões Acerca do Desenvolvimento de parcerias. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 15 n.1. 2002. Disponível em: www.scielo.br/scielo.phpscript=sci. Acesso em: 22 jun. 2008.

MAIA, C. I. B. *et al.*. Brinquedoteca hospitalar Shishiro Otake. In: SANTOS, S. M. (org.). **Brinquedoteca: A criança, o adulto e o lúdico**. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 114-128.

MARCELLINO, N. C. **Lazer e Educação**. 2 ed. Campinas: Papirus. 1990.

MARCELLINO, N. C.. **Lazer e Humanização**. Campinas: Papirus, 1995.

MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MASSÉ, R.. **Culture et santé publique**. Montreal, Gaetan Morin. 1995.

MASSETTI, M. M.. Doutores da Ética da Alegria. **Interface**, v.9, n.17, 2005.

MASSETTI, M. M.. **Boas Misturas: a ética da alegria no contexto hospitalar**. São Paulo: Palas Athena, 2003.

MASSETTI, M. M.. **Boas Misturas: Possibilidades de Modificações da prática do profissional de saúde a partir do contato com os Doutores da Alegria**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2001.

PEIXOTO, T. C; BATISTA, C. B. **Humaniza SUS: problematizando a humanização na saúde, na sociedade**. s/d. Disponível em : www.fafich.ufmg.br/artigos. Acesso em: 28 abr. 2009.

MELLO, I. M.. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil:** conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. s/d. Disponível em: [HTTP.hcnewt.usp.br/humaniza/pdf/livro_dra_inaia_humanizacao_nos_hospitais__do_brasil.pdf](http://hcnewt.usp.br/humaniza/pdf/livro_dra_inaia_humanizacao_nos_hospitais__do_brasil.pdf). Acesso em: 03 mar. 2009.

MELO, V. A.; ALVES JUNIOR, E. de D.. **Introdução ao Lazer.** São Paulo: Manole, 2003.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde:** Um desafio para a saúde pública. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-150.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Os muitos Brasis:** saúde e população na década de 80. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MITRE, R. M. A.; GOMES, R.. A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.5, 2007.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. de M.; VÉRAS, R. M.. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, mai./ago. 2006.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. Brincar no Hospital: Estratégia de Enfrentamento da Humanização Infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, 2004.

MUNSTER, M. A. Brincar e a realidade. In: **ENAREL** - Encontro Nacional de Recreação e Lazer. São Paulo, 1998.

NOGUEIRA, V. M. R.. **O direito à saúde na reforma do estado brasileiro: construindo uma nova agenda.** 2002. 347f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2002.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A.. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde In: BOTEGA, N. J. (org.). **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência,** Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 130-144.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C.; BÓGUS, C. M.. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, set./dez., 2004.

OLIVEIRA, A. C. O. O brincar, a criança e o adulto. In: RODRIGUES, R. P. (org.). **Brincalhão: uma Brinquedoteca itinerante.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. p. 29-34.

OLIVEIRA, V. B. de. O Lúdico na realidade hospitalar. In: VIEGAS, D (org.). **Brinquedoteca Hospitalar: Isso é humanização.** 2 ed. Rio de Janeiro: Wak Ed., 2007. p. 27- 32.

ORTIZ, L. C. M. **Classe hospitalar: caminhos pedagógicos entre saúde e educação.** São Maria: Ed. UFSM, 2005.

PAIM, J. S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 161-174.

PAUL, Patrick. A dimensão ética na educação para a saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.14, n.1, jan./apr. 2005.

PESSINI, L; BERTACHINI, L. (orgs.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

PINTO, G. B.. **O lazer em hospitais: Realidades e desafios**. Dissertação (Mestrado em Lazer). 2009. 196f. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Universidade Federal de Minas Gerais. 2009.

PINTO, L. M. S. M. Lazer: Concepções e Significados. **Licere**. v.1, n.1. Belo Horizonte: Centro de Estudos de Lazer e Recreação (CELAR), Escola de Educação Física da UFMG, Belo Horizonte, 1998.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004.

RAMALHO, M. R. de B.; SILVA, C. C. M. da. **A Brinquedoteca**. s/d. Disponível em : <http://revista.acesc.org.br>. Acesso em: 18 fev. 2008.

RAMALHO, M. T. de B.. **Uma brinquedoteca para crianças e adolescentes em situação de risco social**. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) 2003. 160f. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R.. A humanização na saúde como instância libertadora. **Revista Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, set./dez., 2004.

ROMANINI, M. A. V. Instituição de educação infantil: Direito da Criança. In: CARVALHO, A. (org.). **Saúde da Criança**. Belo Horizonte: Editora UFMG; Proex, 2002. p. 13-18.

SCOLFORO, J. Sorriso, atenção e carinho. **Jornal Outro Olhar**, novembro 2004.

Serviço Voluntário de Assistência Social (SERVAS): Belo Horizonte. Disponível em: www.servas.org.br/brinquedoteca/o-que-e.aspx. Acesso em: 23 mai. 2009.

SOUZA, I. de L. G.. **A Formação do professor numa perspectiva lúdico-inclusiva**: uma realidade possível? Dissertação (Mestrado). 2007. [s.n]. Faculdade de ciências e Tecnologia. Universidade Estadual Paulista. Presidente Prudente. 2007.

SOUZA, J. C. de; LIMA, J. de O. R.; MUNARI, D. B.; ESPERIDIAO, E. Ensino do cuidado humanizado: evolução e tendências da produção científica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n.6, nov./dez., 2008.

SOUZA, W. da S.; MOREIRA, M. C. N.. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface**, Botucatu, v.12, n.25, abr./jun. 2008.

TAMBELLINI, A. T.; CÂMARA, V. de M.. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da Saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 3, n.2, 1998.

TEIXEIRA, R. R.. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, jul./set., 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VERDI, M.; CAPONI, S.. Reflexões sobre a Promoção da Saúde numa Perspectiva Bioética. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 1, jan./mar., 2005.

WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koongan, 1999.

WUO, A. E. Clown. In: GOMES, C. L. (org.). **Dicionário Crítico do Lazer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p 40-45.

WUO, A. E. O Clown visitador de crianças hospitalizadas: medicamento lúdico. In: **Licere**, Belo Horizonte. v. 3, n. 1, 2000. p. 35-45.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Roteiro de Entrevista

- 1) Fale sobre sua trajetória de atuação no campo das brinquedotecas
- 2) O que é uma brinquedoteca?
- 3) Há quanto tempo a brinquedoteca (X) existe? Qual o público alvo? Quantos sujeitos atende? Quais os dias de atendimento? Quais os objetivos da Brinquedoteca?
- 4) Existem programas e projetos específicos desenvolvidos no interior da brinquedoteca? Quais?
- 5) Como se dá o planejamento e a divulgação das ações desenvolvidas na brinquedoteca?
- 6) Como se dá a execução das ações desenvolvidas na brinquedoteca?
- 7) Como se dá a avaliação das ações desenvolvidas na brinquedoteca?
- 8) Relate outros aspectos que julgar importante sobre o funcionamento da brinquedoteca.
- 9) Qual a origem dos recursos financeiros destinados a essa brinquedoteca?
- 10) Há parcerias nas ações desenvolvidas? Com que órgãos e instituições?
- 11) Quantos profissionais atuam na brinquedoteca?
- 12) Qual a formação desses profissionais?
- 13) Quais as atribuições desses profissionais?

- 14) A brinquedoteca possibilita alguma ação para formação desses profissionais?
Qual(is)?
- 15) Qual a relação desses profissionais com os demais profissionais que atuam no hospital?
- 16) As ações realizadas na brinquedoteca têm relações com a idéia da Humanização Hospitalar? De que maneira a humanização hospitalar é pensada para esse espaço?
- 17) Você entende a brinquedoteca como espaço de lazer dos sujeitos?
- 18) De que maneira o lazer é compreendido?
- 19) Pensando a brinquedoteca como espaço de humanização e o lazer como algo possível nesse espaço, fale como você entende as relações entre lazer e a Humanização Hospitalar?