

Giandra Anceski Bataglion

**O LÚDICO NA REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS COM
DEFICIÊNCIA**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Educação Física da Universidade
Federal de Santa Catarina para a
obtenção do título de Mestre em
Educação Física.

Orientadora: Profa. Dra. Alcyane
Marinho.

FLORIANÓPOLIS
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Bataglioni, Giandra Anceski
O lúdico na reabilitação de crianças com deficiência /
Giandra Anceski Bataglioni ; orientadora, Alcyane Marinho
Florianópolis, SC, 2016.
186 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Desportos. Programa de Pós-Graduação em
Educação Física.

Inclui referências

1. Educação Física. 2. Lúdico. 3. Humanização hospitalar.
4. Crianças com deficiência. I. Marinho, Alcyane. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Educação Física. III. Título.

Giandra Ancesi Bataglion

O LÚDICO NA REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA

Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de Mestre em Educação Física, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física.

Florianópolis, 29 de fevereiro de 2016.

Prof. Dr. Luiz Guilherme Antonacci Guglielmo
Coordenador do PPGEF/UFSC

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Alcyane Marinho
Orientadora
Universidade do Estado de Santa Catarina
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Alexandra Folle
Universidade do Estado de Santa Catarina

Profa. Dra. Angela Teresinha Zuchetto
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Carmen Silvia Grubert Campbell
Universidade Católica de Brasília

Para todas as pessoas que me inspiraram nesta trajetória.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Santa Catarina e ao Programa de Pós-graduação em Educação Física desta instituição por oportunizarem a concretização de mais uma etapa da minha formação profissional.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por subsidiar parte deste processo.

Ao meu pai Olmes Bataglioni (In Memoriam) que deu o melhor de si pela educação de suas filhas e, hoje, continua guiando nossos passos de onde quer que esteja.

A minha mãe Angela Anceski que hoje é também pai e luta diariamente pelo bem-estar e a felicidade de suas filhas.

A minha irmã Giovana Anceski Bataglioni com quem compartilho aprendizagens desde os primeiros anos de vida.

Ao homem que escolhi para ser meu companheiro, Áureo Dantas Bettiol. Agradeço por ser realmente um companheiro para todas as ocasiões e por propiciar-nos tantos momentos felizes.

A minha orientadora, Professora Alcyane Marinho, por acreditar em minha capacidade acadêmica e me acolher com todo carinho em seu laboratório, por tudo que me ensinou nestes dois anos e, também, pelos momentos lúdicos proporcionados.

Aos professores Angela T. Zuchetto e John P. Nasser por todos os ensinamentos e apoio em todas as etapas de minha formação acadêmica.

Aos membros titulares da banca (Profa. Gelcemar O. Farias, Profa. Angela T. Zuchetto e Profa. Carmen S. G. Campbell), por aceitarem o convite e por todas as contribuições dadas a esta pesquisa desde a qualificação de seu projeto. Da mesma forma, agradeço aos membros suplentes que compuseram as bancas: Prof. Diego A. S. Silva (qualificação e defesa), Profa. Mey V. Munster (qualificação) e Profa. Mara R. Antunes (defesa).

A todos os membros (professores, colegas e amigos) do Laboratório de Pesquisa do Esporte (LAPE/UFSC) e do Laboratório de Pesquisa em Lazer e Atividade Física (LAPLAF/UDESC) pela receptividade e pelos momentos de reflexão, aprendizagem e descontração.

Ao Programa de Atividade Motora Adaptada pelas experiências na atuação com atividades lúdicas para crianças com deficiência durante minha formação inicial, de onde nasce o desejo por participar/realizar esta pesquisa.

As amigas que a universidade me deu, em especial, Beatriz, Juliana e Verônica. Agradeço pelas discussões que contribuíram no avanço do

meu entendimento sobre diversas temáticas e pelos momentos de lazer que tornaram estes dois anos mais divertidos e alegres.

A instituição de saúde que foi o contexto desta pesquisa. Agradeço aos membros da direção, da gerência e às chefes dos setores pela aprovação do desenvolvimento da pesquisa e pelo acolhimento.

A todas as profissionais, crianças e familiares que aceitaram participar das observações e entrevistas colaborando para a obtenção de dados que permitiram o avanço das discussões sobre a temática.

A todas as pessoas (familiares, amigos, colegas, professores, etc.) que, de alguma forma, participaram e contribuíram para a concretização desta etapa de minha formação.

A sensibilidade está em todos os lugares e em nenhum lugar determinado, porque ela se manifesta sempre que alguém for capaz de percebê-la. A sensibilidade é livre, é agradável, é acariciante porque capaz de interpretar e perceber exatamente o momento vivido. A sensibilidade é beleza, é ludicidade, é vida (SANTIN, 1993, p. 5).

RESUMO

O lúdico, como fonte de desenvolvimento humano, vêm sendo investigado por diversas áreas do conhecimento que apontam a sua importância em diferentes contextos. A criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) impulsionou as investigações acerca deste fenômeno nas instituições de saúde, contudo, há carência de estudos que contemplem o lúdico na reabilitação de crianças com deficiência. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi investigar as formas de manifestação do elemento lúdico na reabilitação de crianças com deficiência em uma instituição de saúde (IS) estadual de Florianópolis (SC). A pesquisa foi realizada por meio de uma investigação de campo; configurando-se como descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa dos dados. Participaram desta pesquisa os profissionais, os pacientes e os familiares destes últimos, de dois setores de atendimento de uma instituição de saúde de Florianópolis (SC), os quais desenvolvem atividades lúdicas durante a reabilitação de crianças com deficiências física, intelectual e transtorno do espectro do autismo. Para a coleta de dados, foram utilizadas: observação sistemática e entrevista semiestruturada. Como método de registro de dados utilizou-se um diário de campo e um gravador de áudio. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com nove profissionais (22 perguntas), com nove pacientes (oito perguntas) e com 16 familiares (quatro perguntas). As informações coletadas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo. Inicialmente os dados foram organizados e, posteriormente, foram elaboradas as categorias de análise. A apropriação do lúdico por parte das profissionais ocorreu, com maior frequência e evidência, a partir do ingresso destes na IS. Não foi possível observar relação entre o tempo de atuação profissional ou de utilização do lúdico e a apropriação do mesmo durante os atendimentos, entretanto, notou-se que as áreas da educação física e da fisioterapia predominam atividades de faz de conta, de fantasia e de uso da imaginação enquanto na fonoaudiologia, na psicologia e na terapia ocupacional há maior uso de jogos como os de tabuleiro, quebra-cabeça, pintura, bem como a produção dos brinquedos como uma atividade da terapia, sendo estas, utilizadas como veículo para atingir os objetivos traçados no plano terapêutico de cada paciente. Algumas dificuldades relacionadas ao planejamento e ao desenvolvimento destas atividades foram apontadas pelas profissionais da instituição, a saber: falta de materiais, falta de tempo, falta de apoio da gerência quanto ao não atendimento de solicitações ou demandas para melhores condições de

trabalho e falta de manutenção do espaço físico, em especial, da piscina. Entretanto, foi possível observar que tais dificuldades são superadas mediante o bom relacionamento entre as profissionais, possibilitando a concretização de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, o qual visa a atender os pressupostos do PNHAH. Tal situação parece se instituir dadas as relações de confiança e de afeto estabelecidas entre a tríade pacientes/famíliares e profissionais, a partir do tratar bem os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), independentemente de sua condição diagnóstica, cor ou classe social. Neste sentido, os pacientes mencionaram gostar dos atendimentos da IS, das profissionais, assim como, das atividades que elas desenvolvem por estas proporcionarem alegria e diversão. Tais respostas podem ser confirmadas por meio das observações sistemáticas, nas quais puderam ser presenciadas manifestações de satisfação, prazer e felicidade com sorrisos, falas, expressões faciais e corporais. Como atividades favoritas foram citados, principalmente, os jogos de tabuleiro e as atividades de faz de conta, contudo, algumas crianças relataram o desejo por mais atividades em grupo como gato-mia, cobra cega e jogar bola, indicando a necessidade de ampliação de possibilidades que envolvam interações sociais, uma vez que os atendimentos da IS são realizados, predominantemente, de forma individual, apesar de haver alguns em grupo. Por sua vez, as familiares entrevistadas apontaram limitações em relação aos serviços de administração da IS devido ao não cumprimento da lei de acessibilidade (falta de adaptações nos banheiros e cadeiras de rodas sem a devida manutenção) e o não atendimento de solicitações realizadas. Contudo, salientaram considerar muito importantes as atividades lúdicas oferecidas aos seus(uas) filhos(as) durante os diferentes atendimentos, pois estas resultam em benefícios nas habilidades motoras, cognitivas, comportamentais, sociais, emocionais, de linguagem, entre outras. Para além destas influências positivas no desenvolvimento e na saúde integral das crianças, ressaltaram os benefícios para si, tendo em vista que atendimentos de apoio aos familiares trabalham com questões como a aceitação e a compreensão da deficiência de seus filhos, bem como as maneiras adequadas nos atos de cuidar, favorecendo o desenvolvimento das potencialidades das crianças de modo que ela atinja o máximo de funcionalidade para a vida social. Os familiares entrevistados também destacaram a qualidade do serviço prestado pelas profissionais e as trocas de informações em relação às diferentes áreas - fator que torna o atendimento aos seus(uas) filhos(as) mais completo e consistente em termos da reabilitação. Conclui-se que as atividades potencialmente lúdicas oferecidas na IS parecem se

concretizar como tal por meio do estímulo a sua fruição, visto que manifestações tomadas por suas principais características foram evidenciadas. Em termos de humanização, notou-se a necessidade de uma maior aproximação entre gestão e profissionais, de modo a estabelecer uma rede de diálogos e garantir a continuidade do atendimento humanizado.

Palavras-chave: Lúdico, Humanização Hospitalar, Crianças, Deficiência Física, Deficiência Intelectual, Transtorno do Espectro do Autismo.

ABSTRACT

The ludic, as a source of human development, is being investigated by different areas of knowledge that show its importance in many contexts. The creation of the National Program for Hospital Care Humanization (NPHCH) boosted researches into this phenomenon in health institutions, however, there are few studies that address the ludic in the rehabilitation of children with disabilities. The aim of this study was to investigate the ludic element manifestations in the rehabilitation of children with disabilities in a state health institution in Florianópolis (SC). The search was conducted through a field investigation; setting up as descriptive and exploratory, with qualitative approach. Participated in this search professionals, patients and the patients family members of two sectors of a health institutions (HI) in Florianópolis (SC), which develop ludic activities for the rehabilitation of children with intellectual, physical disabilities and autism spectrum disorders. For data collection were used: systematic observation and semi-structured interview. A field diary and an audio recorder were used as data recording method. The semi-structured interviews were conducted with nine professionals (22 questions), nine patients (eight questions) and 16 family members (four questions). The technique of content analysis was applied. Initially, the data were organized and later the categories of analysis were formulated. The professionals appropriation of the ludic occurred more frequently from the entry of these in the IS. It was not possible to observe correlation between the use of the ludic and the time of professional performance and the appropriation of the ludic element during the visits, however, it's noticed that the areas of physical education and physiotherapy predominate make-believe activities, fantasy and the use of the imagination in speech therapy, psychology and occupational therapy for greater use of games such as board, puzzle, painting, as well as the production of toys as a therapy activity, these being used as a vehicle to achieve the objectives outlined in the treatment plan of each patient. Some difficulties related to planning and development of these activities were pointed out by the professionals of the institution, namely: lack of material, lack of time, lack of management support about not attending to service requests or demands for better working conditions and lack of maintenance of the physical space, especially the pool. However, it was observed that the difficulties are overcome by the good relationship between the professionals, enabling the implementation of a multidisciplinary and interdisciplinary work, which aims to concretize the assumptions of the NPHCH. This

situation seems to occur because of the relations of trust and affection established between the triad patients/family members and professionals, from the determinations to take care well of the users of the Unified Health System (UHS), regardless of their diagnostic status, color or class. In this sense, the patients mentioned to like the IS services, the professionals, as well as the activities that they develop that provide joy and fun. Such responses can be confirmed by the systematic observations, where were witnessed demonstrations of satisfaction, pleasure and happiness with smiles, words, facial and body expressions. As favorite activities were mentioned mainly board games and activities make-believe, however, some children reported the desire for more group activities like "gato-mia", "cobra cega" and games with balls, indicating the need to expand opportunities involving social interactions, since the IS services are made predominantly individually, although there are some activities in group. The interviewed family members pointed out limitations on the IS administration services due to non-compliance with law of accessibility (lack of adjustments in the bathrooms and wheelchairs without proper maintenance) and not attendance to the service requests. However, they pointed to consider very important the ludic activities offered to their children during the different sessions, as they result in benefits in motor, cognitive, behavioral, social, emotional skills, in language, among others. Beyond these positive influences in the development and overall health of the children, highlighted the benefits for themselves, there's also the support to the family with issues such as acceptance and understanding of disability of their children, as well as appropriate ways in acts of caring, promoting the development of children's potential so that it reaches the maximum functionality for social life. Family members also highlighted the quality of service provided by the professionals and the exchange of information between different areas - a factor which makes the service to their children more complete and consistent in terms of rehabilitation. It concludes that the potentially ludic activities offered in the IS seem to be concrete as such by encouraging their enjoyment, as manifestations made by its main features were shown. In terms of humanization, it's noticed the need to a closer relationship between management and workers, in order to establish a network of dialogue and ensure continuity of humanized care.

Keywords: Ludic, Hospital Humanization, Children, Physical Disabilities, Intellectual Disabilities, Autism Spectrum Disorders.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
AVD	Atividades de Vida Diária
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos
DF	Deficiência Física
DI	Deficiência Intelectual
DM	Distrofia Muscular
GMFM	Gross Motor Function Measure
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IS	Instituição de Saúde
MACS	Manual Abilities Classification System
MIF	Medida de Independência Funcional
ONU	Organização das Nações Unidas
PC	Paralisia Cerebral
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PTS	Plano Terapêutico Singular
SES (SC)	Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
RIA	Reabilitação Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo
RP	Reabilitação Pediátrica
TEA	Transtorno do Espectro do Autismo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Contexto do estudo.....	44
Figura 2: Forma de ingresso e atendimentos no setor de reabilitação pediátrica.....	46
Figura 3: Forma de ingresso no setor de reabilitação intelectual e transtorno do espectro do autismo	47
Figura 4: Forma de atendimento no setor de reabilitação intelectual e transtorno do espectro do autismo	48

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1: Caracterização das crianças participantes das entrevistas 49
- Quadro 2: Principais resultados referentes aos objetivos da pesquisa... 56

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 JUSTIFICATIVA	20
1.2 OBJETIVOS	22
1.2.1 Objetivo geral	22
1.2.2 Objetivos específicos	22
1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	23
2 REVISÃO DE LITERATURA	25
2.1 HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR	26
2.2 O LÚDICO NA REABILITAÇÃO	31
2.3 A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA E O ELEMENTO LÚDICO	36
3 METODOLOGIA	43
3.1 TIPO DE ESTUDO	43
3.2 CONTEXTO DO ESTUDO	43
3.3 PARTICIPANTES	48
3.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	50
3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	51
3.6 ANÁLISE DE DADOS	53
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
4.1 O SERVIÇO MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE: CONSOLIDAÇÃO DO LÚDICO	59
4.1.1 Os profissionais da instituição de saúde: Entendimentos de lúdico x utilização do lúdico	59
4.1.2 Formas de apropriação do lúdico e utilização das atividades lúdicas	66
4.1.3 Conteúdos, objetivos e o atendimento multiprofissional e interdisciplinar para consolidação do lúdico no atendimento às crianças com diferentes deficiências	98
4.1.4 Planejamento, dificuldades e resultados com a utilização de atividades lúdicas	115
4.2 AS CRIANÇAS, PACIENTES DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE: MANIFESTAÇÕES PARA ALÉM DAS ENTREVISTAS	124
4.3 PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES SOBRE AS ATIVIDADES LÚDICAS DA/NA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	136
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
REFERÊNCIAS	155
APÊNDICES	165
APÊNDICE A - Matriz de observação sistemática das atividades lúdicas desenvolvidas nos atendimentos da instituição de saúde	165

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para os(as) profissionais de cada área de atendimento da instituição de saúde.....	166
APÊNDICE C - Roteiro de entrevista para as crianças/pacientes da instituição de saúde	168
APÊNDICE D - Roteiro de entrevista para os familiares (pais ou responsáveis e/ou aqueles que acompanham os atendimentos) dos pacientes na instituição de saúde.....	169
APÊNDICE E - Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas.....	170
APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os(as) profissionais da instituição de saúde.....	171
APÊNDICE G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os pacientes/crianças - autorização dos pais e/ou responsáveis legais	174
APÊNDICE H - Termo de Assentimento Informado.....	177
APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os familiares (pais ou responsáveis e/ou aqueles que acompanham os atendimentos) dos pacientes na instituição de saúde	178
ANEXOS.....	180
ANEXO A - Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisas com seres humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina.....	180

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho é resultado de uma investigação sobre o elemento lúdico em contexto de reabilitação e as manifestações e ressonâncias na vida de crianças com deficiência, aspirando encontrar, neste cenário, a contemplação dos pressupostos da humanização em saúde. A literatura relacionada aos temas da infância fornece indícios sobre os benefícios das atividades lúdicas e diversas abordagens e proposições acerca do assunto têm sido disseminadas. Todavia, nesta pesquisa o foco é a discussão sobre a criança que brinca, joga e fantasia, mas que também necessita de cuidado, envolvimento e sentimento (SIMON; KUNZ, 2014).

Nesta direção, ressalta-se a existência de um consenso na literatura quanto ao lúdico que diz respeito à sua importância para a saúde física e mental de qualquer pessoa (HAWKINS, 2002; MITRE; GOMES, 2004; GOMES; OLIVER, 2010; CAZEIRO; LAMÔNACO, 2011; JURDI; AMIRALIAN, 2013). Por este motivo, ele é considerado imprescindível para o desenvolvimento humano, tanto que o brincar é reconhecido como um direito da criança em declarações e leis em nível mundial (SANTOS, 1998).

Por meio dos jogos, dos brinquedos e das brincadeiras a criança passa a adquirir maior confiança em si mesma, desenvolve a consciência de tempo e espaço, aumenta sua capacidade de tomar iniciativas, explora o uso da imaginação e melhora as habilidades cognitivas e sociais e, tudo isto, resulta em benefícios em sua saúde global (CARVALHO, 1998). Estes fatores podem possibilitar uma convivência positiva no contexto em que a criança está inserida, seja este, o ambiente familiar, escolar, de trabalho, de lazer ou, até mesmo, de saúde quando contemplados os princípios da humanização nestes ambientes (SOUZA; MITRE, 2009).

O termo humanização é utilizado na concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto para designar a necessidade de melhoria no atendimento aos pacientes quanto para reivindicar melhores condições aos profissionais que atuam na área da saúde (SOUZA; MENDES, 2009). Entretanto, passou a receber maior atenção a partir de 2000 quando o Ministério da Saúde criou, como uma iniciativa estratégica, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), almejando a melhoria do contato humano entre profissionais de saúde - usuários/pacientes - hospital e comunidade, de modo a garantir o bom funcionamento do SUS (MANUAL PNHAH, 2000). Para tanto, o documento apresenta como objetivo geral do

programa: “possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica nas instituições de saúde vinculadas ao SUS” (MANUAL PNHAH, 2000, p. 37). A partir desta implantação, a inserção do lazer e do lúdico nas instituições de saúde começou a ser discutida ampla e efetivamente no país, contribuindo, também, para a literatura acerca desta temática (ISAYAMA et al., 2011). Neste sentido, seguindo os princípios do PNHAH, os contextos de reabilitação ligados ao SUS podem ser potenciais espaços para que haja o desenvolvimento de atividades lúdicas de forma singular por apresentarem particularidades em relação aos demais contextos de saúde.

Nesta perspectiva, reabilitação é o processo de consolidação de objetivos terapêuticos não caracterizando área de exclusividade profissional e, sim, uma proposta de atuação multiprofissional e interdisciplinar, composta por um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal (física, sensorial, intelectual, psicológica e social) na interação com seu ambiente, fornecendo as ferramentas que necessitam para atingir a independência e a autodeterminação (PORTAL SES/SC, 2015). Faz-se importante mencionar que, algumas vezes, é feita distinção entre habilitação - que visa ajudar os que possuem deficiências congênitas ou adquiridas na primeira infância a desenvolver sua máxima funcionalidade - e a reabilitação, na qual aqueles que tiveram perdas funcionais são auxiliados a readquiri-las (PORTAL SES/SC, 2015).

Os termos funcionalidade ideal ou máxima funcionalidade supracitados, são direcionados aos ganhos que os pacientes terão com a reabilitação ao ponto de atingirem o máximo de suas capacidades ou possibilidades que permitam a convivência na sociedade de modo a realizar as atividades sociais (ir ao mercado, pegar ônibus, trabalhar, passear com amigos, realizar atividades físicas, tomar banho, comer) da forma mais independente possível (WINNICK, 2010). Assim, as melhorias obtidas ao fim do processo de reabilitação podem ser consideradas a funcionalidade ideal, seja no aspecto motor, intelectual, emocional ou social, de acordo com as necessidades individuais.

O período de reabilitação pode gerar alterações na vida das crianças, tanto nas relações familiares quanto sociais e emocionais, podendo impedir-lhes de se expressar plenamente (MELO et al., 1999). Segundo o autor, dentre outros fatores que interferem neste processo, o lúdico é um importante elemento para a diminuição do estresse e dos

sentimentos de tristeza sendo capaz, inclusive, de atuar como facilitador na reabilitação.

As crianças com deficiência, entendidas aqui como aquelas que têm “impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (Organização das Nações Unidas - ONU, 2009, p. 2), quando estão em processo de reabilitação, vivenciam igualmente situações como o distanciamento da casa, da família, dos amigos, dos brinquedos podendo, também, ser beneficiadas por meio do desenvolvimento de atividades lúdicas. No entanto, sabe-se que esta população, quando comparada aos seus pares sem deficiência, possui menores oportunidades de utilizar, efetivamente, um tempo para brincar, usar a imaginação, expressar fantasias, envolver-se socialmente e compartilhar emoções (LEITÃO, 1997; SHERRILL, 2004). Apenas recentemente é que as autoridades públicas e a própria sociedade civil têm dado atenção a este assunto debatendo e defendendo a inclusão, isto é, o efetivo engajamento em todo e qualquer grupo de convivência social, como direito de todos em relação aos diversos espaços sociais. Deste modo, pouco a pouco, esta população, está sendo incluída nestes ambientes (SHERRILL, 2004).

A importância do elemento lúdico para essas crianças está no fato de que o mundo social delas inclui tudo aquilo que as afetam diretamente, por exemplo, familiares, professores, médicos, colegas, amigos e os que participam, de forma geral, de suas vidas (HUTZLER; FLIESS; CHACAM, 2002). Deste modo, ao participarem e se engajarem em ambientes sociais, passam a interagir e a criar laços de amizade (NANGLE et al., 2003). Além disso, o brincar estimula a expressão de sentimentos, preferências, receios e hábitos, possibilitando a mediação entre o mundo familiar e as novas situações, permitindo que o brincar seja compreendido como uma oportunidade promotora do bem-estar global (MITRE; GOMES, 2004).

Para fins deste estudo, o lúdico está sendo entendido para além de um conjunto de atividades ou um rol de qualidades idealizadas: prazer, espontaneidade, criatividade, diversão, sonho, alegria ou imediatismo. Ele está sendo considerado o ânimo do prazer desinteressado, isto é, aquilo que move ou alimenta o jogar, o brincar, o festar e outras atividades pontuadas pelo fim em si mesmo (HUIZINGA, 1971). O lúdico pode ser vivenciado por meio de brinquedos, brincadeiras, jogos que possuem a espontaneidade e o prazer como essência (MARCELLINO, 2003). Por sua vez, acredita-se que, embora o lazer

possa ser um espaço privilegiado para a manifestação do lúdico; não se constitui no único, sendo o contexto de reabilitação uma das oportunidades em que as ocorrências do lúdico podem existir, sendo, portanto, alvo de interesse desta pesquisa.

Com base nestas considerações, o presente estudo é norteado pela seguinte questão-problema: quais as formas de manifestação do elemento lúdico relacionadas à reabilitação de crianças com deficiência em uma instituição de saúde estadual de Florianópolis (SC)?

1.1 JUSTIFICATIVA

A escolha por esta temática reflete minha trajetória acadêmica no curso de Educação Física, período, no qual vivências teórico-práticas sobre crianças com deficiência e o seu possível engajamento em atividades lúdicas despertaram-me interesse, uma vez que pude notar a importância do elemento lúdico para esta população seja no ambiente familiar, educacional, social ou, até mesmo, de saúde por se tratar de um espaço onde prevalecem os sentimentos de angústia e tristeza. Neste sentido, destaco o desejo em contribuir para uma melhor qualidade de vida desta população seja por meio do aspecto físico, intelectual e/ou emocional (aspecto muito beneficiado com as atividades lúdicas). Para além disto, enfatizo o interesse por investigações na área da saúde por acreditar que o atendimento do SUS deve e pode melhorar, seja por meio de instalações físicas adequadas, de materiais ou de profissionais devidamente capacitados, que disponham de um atendimento humanizado ao usuário.

O processo de reabilitação pode comprometer os aspectos físicos, intelectuais e, principalmente, emocionais das crianças. Quando se trata de crianças com deficiência, estas influências tendem a se tornar ainda mais evidentes e marcantes tanto para o paciente quanto para seus familiares (SOUZA; MITRE, 2009). Isto porque o desenvolvimento desta população é atravessado por questões referentes aos déficits e estigmas provenientes da própria condição da deficiência. Além disso, a presença de uma pessoa com deficiência na família é, por si só, uma situação difícil sendo acompanhada, muitas vezes, por sentimentos de decepção e culpa, com isso, as dificuldades são intensificadas. Neste sentido, Souza e Mitre (2009) enfocam a importância de projetos que ofereçam uma assistência adequada nas instituições de saúde e que almejem, por meio de atividades lúdicas, minimizar e/ou prevenir estes efeitos para, desta forma, promover melhoria na qualidade de vida destas crianças, uma vez que, como preconizam Jurdi e Amiralian

(2013, p. 276) “produzir saúde é, necessariamente, produzir encontros que visam à conexão das pessoas, não pelas patologias ou diagnósticos, mas pela experimentação da arte, do trabalho e do lazer”.

Acredita-se no trabalho multiprofissional como essencial para os ambientes de saúde, por isso, não se pretende desvalorizar os profissionais que atuam nos tratamentos das crianças com deficiência. No entanto, considera-se igualmente importante que haja uma atuação que integre esta equipe e ofereça um ambiente recreativo, com oportunidades de vivências lúdicas, experiências de êxito e crianças com as quais elas possam desenvolver um apego sólido (GOMES, 2008). Para tanto, é necessário que a equipe profissional tenha a sua capacidade lúdica desenvolvida, que goste de brincar e que se entregue de corpo e alma à atividade que se disponibilizar para realizar com seus pacientes, sejam estes, crianças, jovens ou adultos, caso contrário, não poderá estimular ou desenvolver o espírito lúdico nos próprios pacientes (FARIAS, 2008).

Não se pode esquecer, ainda, que estas crianças possuem limitações e que, talvez, não possam se envolver plenamente em uma atividade sem que recebam auxílio de pessoas capacitadas que lhes permitam ter esta oportunidade (GOMES, 2008). Como exemplo, Oliveira e Munster (2009) citam a criança com deficiência visual que, devido à diminuição ou ausência de um dos órgãos do sentido, necessita de uma estimulação específica em suas atividades, apontando os brinquedos, as brincadeiras e os jogos, dentre outros elementos lúdicos, como um caminho para expandir as capacidades e as possibilidades destas crianças.

Como exemplo pontual deste tipo de trabalho pode-se citar a Rede Sarah de Reabilitação que se propõe a desenvolver um trabalho multiprofissional em saúde com o intuito de alcançar um processo de reabilitação humanístico, no qual a pessoa seja vista com base nas suas potencialidades e não nas dificuldades que, comumente, acabam por caracterizar as pessoas com deficiência (RSDR, 2015). Para além de atuar com o intuito de combater o preconceito quanto às diferenças e às limitações dentro e fora do ambiente hospitalar, a Rede Sarah de Reabilitação procura trabalhar de modo que o paciente se sinta e seja o sujeito da própria ação durante a reabilitação e não apenas um objeto, no qual se aplicam técnicas e medicamentos. Valorizar a criatividade e a troca de experiências entre os envolvidos neste processo também é um dos princípios da Rede Sarah. Dentre algumas atividades lúdicas desenvolvidas por esta rede de hospitais estão a pintura, a contação de

histórias, a aprendizagem de gastronomia para as crianças e as atividades ao ar livre, como vela e canoagem.

Verifica-se, atualmente, um crescente interesse em torno desta área. Estudos como os de Carvalho, 1998; Gomes, 2008; Zuchetto, 2008 e Dohert, 2011 estão colaborando para a atuação de profissionais junto às crianças com deficiência, isto é, o conhecimento de procedimentos de ensino está permitindo a elaboração de atividades mais seguras e adequadas às necessidades e às possibilidades desta população. Porém, apesar de seu crescimento nos últimos anos, a efetiva atuação neste campo, em ambientes de saúde, ainda deixa muito a desejar, em especial, no que se refere à utilização do elemento lúdico. Neste sentido, faz-se necessário vislumbrar novas propostas que tornem possível a superação das dificuldades enfrentadas pelos profissionais da área, capacitando-os ao desenvolvimento de trabalhos sistematizados para esta parcela específica da população. Atenta-se também para a escassez de estudos que investiguem as diferentes formas de manifestações lúdicas como possibilidade de reabilitação para as crianças com deficiência, sendo as pesquisas publicadas sobre o lúdico em hospitais, predominantemente, sobre crianças com diferentes patologias, principalmente, o câncer (GOMES, 2008; SOUZA; MITRE, 2009). Deste modo, o estudo se justifica pelo fato de permitir a ampliação das discussões envolvendo esta temática, contribuindo com o avanço científico na área.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Investigar as formas de manifestação do elemento lúdico na reabilitação de crianças com deficiência em uma instituição de saúde estadual de Florianópolis (SC).

1.2.2 Objetivos específicos

- Verificar os setores e as áreas de atendimento de uma instituição de saúde estadual de Florianópolis (SC) que desenvolvem diferentes atividades lúdicas como parte da reabilitação de crianças com deficiência;
- Interpretar a concepção de lúdico dos profissionais da instituição de saúde;

- Analisar as formas de apropriação do elemento lúdico, pelos profissionais envolvidos na reabilitação de crianças com deficiência na instituição de saúde;
- Verificar as atividades lúdicas desenvolvidas na instituição de saúde;
- Investigar os significados atribuídos, aos atendimentos desenvolvidos na instituição de saúde, pelas crianças/pacientes com deficiência;
- Observar as formas de expressões lúdicas de crianças com deficiência nos atendimentos da instituição de saúde;
- Verificar a percepção dos familiares sobre as atividades lúdicas desenvolvidas durante a reabilitação;
- Identificar o perfil dos atendimentos e os seus resultados na instituição de saúde.

1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo delimitou-se a verificar as formas de manifestação e ressonâncias do elemento lúdico na reabilitação de crianças com deficiência física, intelectual e transtorno do espectro do autismo, em uma instituição de saúde estadual de Florianópolis (SC).

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para a construção da revisão de literatura foram utilizados autores consagrados nas temáticas sobre o lúdico, o jogo, o brincar e a educação física adaptada. Contudo, buscou-se em outras literaturas da atualidade o entrelaçamento destas temáticas, bem como, as discussões sobre humanização em saúde. Nesta perspectiva, para a compreensão do fenômeno lúdico, recorreu-se a autores como Johan Huizinga e sua obra “Homo Ludens: o jogo como elemento da cultura” que interpreta o jogo, e apresenta suas características (movimento, solenidade, entusiasmo, liberdade, prazer), seguindo uma perspectiva histórica para explicá-lo como fenômeno cultural. Para tanto, utiliza conceitos e justificativas baseadas no campo filosófico. Seguindo uma lógica semelhante, a obra de Silvino Santin denominada “Educação Física: da alegria do lúdico à opressão do rendimento” foi essencial para as reflexões do lúdico na área da educação física, uma vez que, embora possua formação acadêmica em filosofia, o autor publicou livros sobre o lúdico na corporeidade e temas pedagógicos da educação física a partir da inserção como professor nesta área. Assim, a obra utilizada foi fundamental para se discutir o lúdico transcendendo um conceito fechado e explorando os aspectos de sua fruição. Outra contribuição deste livro foi a discussão sobre a humanização, ainda que não diretamente relacionada aos contextos de saúde, o autor traz subsídios para entender os valores que, de fato, tornam o homem humano.

Para o entendimento das discussões sobre o brincar foram explorados os estudos da educadora Tizuko M. Kishimoto que defende o lúdico como elemento de desenvolvimento humano apresentando estudos sobre a infância e a importância dos jogos, brinquedos e brincadeiras para a vida das crianças, compreendendo-os a partir de componentes antropológicos. Santa Marli P. dos Santos, por sua vez, foi quem apoiou a compreensão e os desdobramentos sobre a dimensão do lúdico em diferentes idades e contextos, bem como, a relevância das vivências lúdicas na formação profissional na área da educação, na qual a autora é formada, atua e desenvolve suas pesquisas.

Estudar o lúdico exige do pesquisador uma multiplicidade de olhares para se chegar à totalidade do fenômeno, neste sentido, foram importantes os autores da área do lazer como o sociólogo, estudioso do lazer, Nelson C. Marcellino e Hélder F. Isayama, profissional de educação física e estudioso do lazer. Estes, por sua vez, permitiram a identificação de aspectos que favorecem/desfavorecem o trabalho com o lúdico, tal qual, a não valorização do profissional de educação física, em

especial, em determinados contextos o que resulta na falta de condições de trabalho. Além disso, Hélder Isayama embasou as discussões sobre o lúdico na humanização hospitalar com seu estudo diretamente relacionado a esta temática que traz informações acerca da criação do PNHAI, bem como, os pressupostos da humanização e possibilidades de lazer nos contextos de saúde. No sentido de melhor compreender estes pressupostos, foram utilizadas referências, em sua maioria, da área da enfermagem, na qual foram encontrados trabalhos publicados sobre a temática, em maior quantidade e que se fizeram importantes no diálogo com a educação física.

Joseph P. Winnick e Claudine Sherrill com seus livros “Adapted Physical Education and Sport” e “Adapted Physical Activity, Recreation, and Sport: cross disciplinary and lifespan”, respectivamente, representam a base das considerações sobre a educação física adaptada fundamentando todas as informações referentes, especificamente, as crianças com deficiência (conceitos, causas, características, classificações, possibilidades e necessidades de cada tipo de deficiência). Além disso, apresentam em suas obras sugestões de adequações em diferentes atividades de recreação (termo utilizado pelos autores), tratam dos direitos e da inclusão desta população na sociedade. Ambos os autores possuem formação em educação física adaptada e são autoridades mundiais nesta área, sendo Claudine Sherrill, professora emérita na Texas Women’s University. Para alavancar as considerações sobre este tema, foram utilizadas bibliografias que, em sua maioria, estabelecem diálogo entre o brincar e a criança com deficiência.

2.1 HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

A primeira tentativa de inserção de atividades lúdicas em ambiente hospitalar aconteceu em 1956, no Hospital pediátrico Karolinska em Estocolmo - Suécia, quando Yvonne Lindquist propôs o desenvolvimento de atividades com o uso de brinquedos para as crianças que se encontravam hospitalizadas (ARTEN, 2012). Inicialmente, esta proposta foi recusada por entenderem que isto poderia atrapalhar e/ou prejudicar o processo de tratamento, porém, Yvonne Lindquist insistiu na ideia e pouco a pouco a equipe hospitalar passou a observar que o brincar favorecia a recuperação dos pacientes. A partir de então, a iniciativa passou a ganhar forças e foi ampliada com auxílio da Associação Sueca de Pediatria (ARTEN, 2012).

De acordo com Arten (2012), no Brasil, a importância do espaço para a criança brincar em ambiente hospitalar é discutido desde 1974,

quando houve o Congresso Internacional de Pediatria no país e, então, profissionais da área da saúde começaram a se interessar pelo tema. No entanto, as primeiras iniciativas começaram a surgir somente por volta de 1990 com a implementação de brinquedotecas hospitalares.

É importante mencionar que, em 1986, Michael Christensen, um palhaço americano, diretor do Big Apple Circus de Nova York, iniciou o treinamento de um grupo de artistas, que passariam então a visitar crianças hospitalizadas. Ao realizar uma apresentação com o seu circo, em um determinado hospital de Nova York, Michael Christensen solicitou uma visita às crianças que estavam internadas e impossibilitadas de participar da apresentação. Assim, agindo de forma alegre, improvisada e despretensiosa, surge o grupo denominado “Clown Care Unit”. Em 1988, Wellington Nogueira, brasileiro, fundador e diretor artístico dos “Doutores da Alegria”, começa a integrar o grupo americano. Em setembro de 1991, iniciou-se a implementação de um projeto similar no Brasil, no Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (atual Hospital da Criança), em São Paulo, enquanto outros projetos que galgavam os mesmos objetivos começaram a ser implementados na França e na Alemanha (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2008).

Os Doutores da Alegria atuam junto a crianças hospitalizadas, seus pais e profissionais de saúde seguindo como essência de trabalho, a paródia do palhaço que brinca de ser médico, difundindo a alegria e potencializando o lado saudável das crianças de modo a transformar o contexto hospitalar. Este grupo faz parte de uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, mantida por patrocinadores e sócios mantenedores, que realiza cerca de 50 mil visitas por ano a crianças hospitalizadas no Estado de São Paulo, Rio de Janeiro e Recife (DOUTORES DA ALEGRIA, 2015). Assim como esse grupo que desenvolve ações de humanização em contextos de saúde, outros com características e propostas similares foram criados e desempenham suas atividades em diferentes instituições hospitalares de cidades brasileiras.

Com estas considerações sobre a origem do brincar no contexto hospitalar, pode-se afirmar que a humanização na área da saúde vem sendo debatida há alguns anos no Brasil, mesmo que com outras designações. Souza e Mendes (2009) apontam ações na construção do SUS, nas quais esta temática foi enfoque, a saber: XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, tinha como temática: “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”; Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar, de 2000; Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, de 2000; Método

Canguru, de 2000; Programa de Acreditação Hospitalar, de 2001. Entretanto, Souza e Mendes (2009) sinalizam que, em geral, estas ações eram localizadas, ou pontuais, estruturando-se com base em concepções e interesses diversos e específicos e, apesar de algumas iniciativas serem interessantes, a fragilidade conceitual e metodológica de determinadas ações acabavam por sobrelevar outros problemas da qualidade da atenção à saúde de usuários e trabalhadores.

A efetivação da proposta de humanização ganhou corpo com a perspectiva da rede descentralizada e corresponsável que está na base do SUS (JURDI; AMIRALIAN, 2013). Esta efetivação se deu com a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em 2000, para que medidas fossem implementadas em hospitais da rede pública buscando mudanças permanentes na cultura de atendimento à saúde (ISAYAMA et al., 2011). Desde então, o emprego do termo “humanização” tem sido, mais frequentemente, utilizado nas instituições de saúde e muitos são os significados atribuídos a ele.

Para Santin (1993) é em nome da razão que atualmente se tenta encontrar explicações e alternativas para o processo de humanização. De acordo com o autor, a humanidade precisa fazer uma sincera e paciente anamnese e retornar ao ponto do desvio de sua rota em direção ao ideal de humanização, não com a intenção de restaurar o passado ou de desenhar a sociedade perfeita, mas “como possibilidade de redefinir os caminhos que conduzem a plenitude da existência humana” (SANTIN, 1993, p. 12).

Com vistas a encontrar estes caminhos, o Manual do PNHAH (2000), sugere que humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética, ou seja, para que o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizados é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro e que esse sujeito ouça, do outro, palavras de seu reconhecimento, isto é, sem comunicação, não há humanização. Ela depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos pares. Mas, o programa preconiza que humanizar a assistência hospitalar é dar lugar não só aos desejos e às necessidades do paciente, mas também ao profissional de saúde, de forma que tanto um quanto outro possam fazer parte de uma rede de diálogos, cabendo a esta rede promover as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade (MANUAL PNHAH, 2000). Os princípios da humanização como política pública devem criar espaços de construção e trocas de saberes e serem

norteadores de estratégias de interferência no processo de produção de saúde (JURDI; AMIRALIAN, 2013).

Muccioli et al. (2007) apontam que hoje se vive um período em que a tecnologia é supervalorizada em detrimento do diálogo e no qual o ter é mais importante do que o ser, ou seja, os responsáveis por clínicas e hospitais preocupam-se, por exemplo, com a arquitetura moderna e bonita como se isso fosse sinônimo de bom atendimento. No entanto, não se perguntam se é isso que o paciente almeja e necessita ou se uma equipe com profissionais qualificados, atenciosos e disponíveis seriam causa maior de percepção de qualidade, tendo-se em vista que atender e respeitar as necessidades dos pacientes pode resultar em benefícios não somente a estes, mas também as suas famílias, que se sentem mais protegidas e amparadas (MUCCIOLI et al., 2007). Para Isayama et al. (2011), a eficácia do sistema de saúde está fortemente relacionada às relações humanas que são estabelecidas entre os profissionais e os pacientes durante o atendimento hospitalar, para tanto, faz-se necessário, investir na produção de um novo tipo de interação entre as pessoas que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e formulando seu protagonismo. A ética na saúde implica reconhecer que ninguém pode ser competente no lugar do outro, e recoloca-nos como profissionais, indivíduos, sociedade (JURDI; AMIRALIAN, 2013).

Mota, Martins e Vêras (2006) acreditam que os profissionais que trabalham com seres humanos devem tratá-los com igualdade e aproximação, respeitando-os e acompanhando-os. Os autores acrescentam que tais profissionais devem promover iniciativas para a humanização acontecer, além disso, apontam que equipe médica, responsáveis institucionais, enfermeiros e pacientes devem estar envolvidos harmonicamente para que as mudanças no ambiente hospitalar realmente ocorram.

Para o paciente, estar em reabilitação é viver uma vida diferente, ter sua rotina transformada, é estar momentaneamente sem trabalho, sem os estudos ou sem o lazer, convivendo com dores e com aquilo que o faz sofrer. No entanto, uma ação mais humanizada poderá amenizar este momento de dor e sofrimento, independentemente da idade do paciente (ISAYAMA et al., 2011). Deste modo, os autores apontam que a humanização no ambiente de saúde é uma proposta de trabalho mais integrado e solidário, levando em consideração aspectos que vão além da razão e da objetividade, em que o ser humano é visto de forma completa e o corpo não é tratado apenas como biológico. As interações promovidas pelo trabalho em saúde, permeadas por uma ética do

cuidado, podem ser compreendidas como uma experiência de preocupação com o outro, provocando transformações em trajetórias pessoais e trajetórias coletivas, rompendo com histórias de abandono, sofrimento e violência (JURDI; AMIRALIAN, 2013).

A temática humanização envolve questões bastante amplas que vão desde a operacionalização de um projeto político de saúde, calcado em valores como a cidadania, o compromisso social e a saúde como a qualidade de vida, passando pela revisão das práticas de gestão tradicionais até os micro espaços de atuação profissional, nos quais saberes, poderes e relações interpessoais se fazem presentes (ISAYAMA et al., 2011). Nesta perspectiva, Santos (2009) aponta que o PNHAIH almeja a reorganização do trabalho nos contextos de saúde projetando transformações nas relações sociais entre profissionais e gestores em suas atividades diárias de organização e condução de serviços, bem como, alterações no modo de produzir e prestar serviços à população. Conforme o autor, em termos de gestão é visado o trabalho em equipe, a democratização dos processos decisórios com a participação e o envolvimento dos gestores, trabalhadores e usuários. Além disso, o programa dispõe a garantia de acessibilidade e a integralidade da assistência de modo a atender as necessidades dos pacientes, familiares e profissionais, para tanto, deve haver transformações, também, no campo da formação (SANTOS, 2009).

Arten (2012) cita algumas ações que têm sido evidenciadas quanto à humanização no ambiente hospitalar, a saber: permissão da entrada dos pais no berçário, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal e pediátrica; presença das mães nas enfermarias de pediatria; horário livre para visitas dos pais às crianças; respeito aos direitos do paciente, com o conhecimento de seu estado de saúde; manutenção do bom relacionamento entre médicos e familiares, evitando discussões próximas ao leito; e estimulação do brincar. Apesar destas ações pontuais que foram verificadas nesta pesquisa, nota-se que não há referências a projetos específicos que promovam vivências lúdicas durante os tratamentos e a reabilitação. Neste sentido, chama-se atenção para a necessidade de um espaço no qual a criança possa ir para se distanciar do quarto e dos corredores onde ela passará dias, ou até meses, um espaço onde ela poderá encontrar outras pessoas que não sejam apenas médicos e enfermeiras e que, principalmente, possa estar livre para se distrair, brincar, sorrir, divertir-se ou, caso deseje, para apenas apreciar o ambiente. Desta forma, acredita-se na potencialidade do lúdico, como elemento capaz de ressignificar os ambientes de saúde.

2.2 O LÚDICO NA REABILITAÇÃO

Huizinga (1971) faz referências ao lúdico como um elemento presente desde a sociedade primitiva apontando suas características manifestadas sob forma do jogo como prazer, diversão, liberdade, espontaneidade, solenidade. No entanto, com as mudanças no estilo de vida das pessoas na sociedade contemporânea, o elemento lúdico não tem sido devidamente valorizado tendo em vista que, em geral, as atividades do dia-a-dia como as rotinas de trabalho ou da escola são supervalorizadas em detrimento dos momentos lúdicos (OLIVEIRA; MUNSTER, 2009). No entanto, aos poucos, pode-se notar que pesquisadores e autoridades governamentais estão percebendo a importância do elemento lúdico para o desenvolvimento das crianças, bem como, para que seja mantida a boa qualidade de vida de qualquer pessoa (SANTOS, 2000).

Cabe ressaltar que, neste estudo, entende-se o lúdico como um elemento não conceituável podendo ser compreendido somente por meio de suas formas de manifestação, situando-se na esfera do simbólico (MARINHO, 2004). Segundo a autora, o lúdico refere-se a um modo de comportamento, uma valoração, um sentido, uma intencionalidade humana. Desta forma, pode-se notar uma significativa dificuldade em conceituar o fenômeno, pois está diretamente relacionado a experiências subjetivas (MARINHO, 2004). O ser humano pode possuir familiaridade e intimidade com as atividades de brincar, mas quando busca formular e descrever ideias e conceitos sobre os elementos que antecedem as manifestações lúdicas se depara com os limites e a insuficiência de palavras e definições, ou seja, “sabemos brincar, entretanto, temos dificuldades e nos sentimos perturbados quando queremos encontrar a energia primordial que inspirou as criações lúdicas e nos impulsiona a sentir a necessidade de brincar” (SANTIN, 2001, p. 14). Em decorrência disto, o autor aponta que há a sensação de que o lúdico ainda é considerado um tema atípico ou pouco importante para se estudar e/ou discutir no meio científico.

Se não existe consenso na literatura quanto à conceituação do elemento lúdico, a concordância é geral no que se refere a sua importância para o desenvolvimento da criança (CAZEIRO; LAMÔNACO, 2011). O brincar envolve descoberta, fantasia e diversão em qualquer fase da vida. No período da infância, particularmente, a brincadeira ganha uma amplitude ainda mais evidente, pois é, muitas vezes, o momento em que a criança manifesta emoções, medos, angústias e alegrias (CRUZ; ACOSTA, 2014). Dentre os benefícios das

atividades lúdicas, pode-se citar que elas permitem a apropriação da realidade e o conhecimento dos objetos; favorecem a formação de conceitos e o pensamento abstrato; desenvolvem a coordenação motora e a linguagem; permitem a resolução de problemas e a sensação de controle do ambiente; favorecem a descoberta de si; estimulam a socialização e a autonomia (CAZEIRO; LAMÔNACO, 2011). Ademais, de acordo com Dias et al. (2013), tais atividades auxiliam no bom funcionamento dos aspectos fisiológicos pois, principalmente as atividades mais ativas, atuam como estimulantes nos sistemas cardiovascular, respiratório e músculo esquelético, além de exercer importante influência sob a cognição. Sendo assim, desempenham papel fundamental para o crescimento e desenvolvimento saudável e geram impactos positivos na saúde física e mental das crianças (DIAS et al., 2013).

Neste sentido, o lúdico vem sendo debatido, tanto na área de saúde quanto em outras áreas de conhecimento, como na sociologia, na filosofia, na educação, na psicologia, entre outras (HUIZINGA, 1971; KISHIMOTO, 1998; SANTOS, 1998; SANTIN, 2001; MARCELLINO, 2003). Ele pode manifestar-se por meio do brinquedo (objeto) ou do brincar (ação), pelo jogo (como elemento da cultura), como divertimento (gerando sentimentos de alegria, prazer e satisfação), pelas atividades de lazer (ir ao cinema, teatro, passear), portanto, é bastante comum observar a utilização dos termos jogo, brinquedo, brincadeira, brincar, festa e lazer em substituição à palavra lúdico (MARCELLINO, 2003). O elemento lúdico não é algo manipulável, não está em um lugar específico e pré-determinado, porém, ele pode ocorrer em qualquer momento, ambiente e situação, basta alguém ter a vontade de brincar sendo isto uma vivência e uma fruição (SANTIN, 2001). Neste sentido, para aprender a brincar precisa-se viver o presente da situação, uma vez que, o brincar não é uma preparação para nada, é fazer o que se faz em total aceitação. Assim, não são os movimentos que caracterizam um comportamento específico como brincadeira, mas, sim, a atenção sob a qual ela se realiza (GOMES, 2008).

Muitas vezes os jogos e as brincadeiras são vistos/entendidos pelo senso comum como algo não sério. No entanto, quem deles participa se envolve e possui um sentimento de compromisso e responsabilidade enquanto joga ou brinca, tal qual a criança que se faz passar por um motorista ao simular que está dirigindo um carro ou a menina que cuida da boneca, trocando fraldas e dando papinha, fazendo-se passar pela mamãe de um bebê (HUIZINGA, 1971; KISHIMOTO, 1999). Estes são exemplos da brincadeira do faz de conta, a qual possui regras internas

que conduzem a brincadeira, porém, Kishimoto (1999) também cita os jogos e as brincadeiras, nos quais estão presentes regras explícitas como os jogos de tabuleiro, os jogos de cartas, a amarelinha, entre outros. Neste caso, todos os participantes estão cientes das regras que devem ser cumpridas com seriedade enquanto durar o jogo.

Beuter e Alvim (2010) explicam que o elemento lúdico não se circunscreve apenas ou, necessariamente, ao desenvolvimento de uma atividade do ponto de vista material, por exemplo, de um jogo, de um brinquedo, de uma música ou de uma pintura, em um espaço e tempo determinados, mas, sim, como uma expressão humana. Nessa perspectiva, ao objeto, ou à ação que se pretende lúdica, devem ser acrescidos valores humanos, como a sensibilidade, a criatividade, a solidariedade, a ética, a estética, o altruísmo, a alegria, entre outros (SANTIN, 2001). Não se pretende, porém, como sinalizam Beuter e Alvim (2010), separar o lúdico da possibilidade de seu componente material, mas, sim, que ele possa ser captado pelos sentidos humanos, algo a ser visto, ouvido, tocado, cheirado, saboreado. Assim, os autores indicam que à ação deverão ser acrescidos valores humanos para enfim tornar-se lúdica, pois o jogo não teria o mesmo sentido sem indivíduos envolvidos pelo lúdico para brincar e, assim, obter o prazer no brinquedo, uma vez que, o jogo, a pintura, o brinquedo, ou qualquer outro objeto ou atividade, por si só, não possuem vida.

Para Farias (2008), o processo lúdico deve ser privilegiado de modo que o indivíduo esteja livre para explorar o material e/ou o jogo em si sem quaisquer concepções dos adultos. Isto porque os posicionamentos e as atitudes ordenadas dos adultos perante as crianças, frequentemente, acabam por impedi-las de pensar e de tomar suas próprias decisões. Em liberdade de escolha, a criança poderá fazer coisas totalmente imprevisíveis com o material, e ações que, muitas vezes, são consideradas inadequadas pelo adulto, podem ser necessárias para o desenvolvimento dos aspectos lúdicos. Para Farias (2008), é fundamental que o professor, ou quem estiver comandando uma atividade, saiba e/ou goste de brincar, isto é, que tenha a sua capacidade lúdica desenvolvida, caso contrário, dificilmente desenvolverá o espírito lúdico em seus alunos.

Pensando em ações humanizadas, o lúdico pode situar-se nos contextos de saúde, uma vez que há a intencionalidade de produzir relações de reciprocidade, de interação, de diálogo, de alegria, de solidariedade. O ato de brincar surge como uma possibilidade de modificar o cotidiano da criança em tratamento, pois produz uma realidade própria e singular. Por meio de um movimento pendular entre

o mundo real e o mundo imaginário, ela pode ultrapassar as barreiras da patologia e os limites de tempo e espaço (MITRE; GOMES, 2004).

No brincar, a criança se revela a partir de suas potencialidades, apontando possibilidades de inserção social, desenvolvimento e aprendizagem (SOUZA; MITRE, 2009). É por meio do brincar que a criança, por exemplo, pode aproveitar os recursos físicos disponíveis naquele contexto para elaborar novas situações (MELLO et al., 1999). O brincar espontâneo, além de promover o desenvolvimento físico e motor, também atua como fator de desenvolvimento psicológico, intelectual e social (KISHIMOTO, 1999). Ele possibilita que a criança se insira no mundo, fale de si, desenvolva-se, absorva conhecimentos e aprendizagens, expresse desejos e angústias, de uma forma prazerosa, que possibilita a entrada e permanência na realidade social (JURDI, 2001).

Por apresentarem pré-disposição para brincar em qualquer local e situação, a criança usa de sua imaginação para criar brincadeiras, que a princípio podem não parecer muito importantes, usando desta fantasia para compreender e se distanciar da sua condição de saúde, das suas angústias e sorrir, mesmo que por um curto período de tempo (MELLO et al., 1999). Neste sentido, a presença do elemento lúdico, utilizando-se de brincadeiras que proporcionem diversão e prazer, poderá melhorar o clima no ambiente hospitalar e, conseqüentemente, favorecer a reabilitação dos pacientes, ou pelo menos, possibilitar momentos que serão benéficos para o seu aspecto emocional. Neste processo, a afetividade ganha destaque, pois pode contribuir mais para a assimilação e alteração/melhorias na saúde do que, de fato, as técnicas aplicadas mecanicamente (SANTOS, 1998). Nesta perspectiva, a autora sinaliza que o lúdico é uma necessidade do ser humano, uma vez que, faz parte do seu processo de desenvolvimento e, por isso, não pode ser entendido somente como possibilidade de entretenimento e diversão, a saber:

O desenvolvimento do aspecto lúdico facilita a aprendizagem, o desenvolvimento pessoal, social e cultural, colabora para uma boa saúde mental, prepara para um estado interior fértil, facilita os processos de socialização, comunicação, expressão e construção do conhecimento (SANTOS, 1998, p. 12).

Trabalhos realizados na área da saúde têm demonstrado relações positivas entre as atividades lúdicas e a saúde das crianças, apontando

que, os jogos e outras atividades recreativas beneficiam a percepção de si próprio, a eficácia pessoal, a autoestima, a interação social e o bem estar psicológico (NETO, 1997; MOTA, MARTINS, VÉRAS, 2006; ISAYAMA et al., 2011; ARTEN, 2012). Com o intuito de favorecer estes efeitos positivos do elemento lúdico, os autores sugerem a criação de estratégias para o aumento do envolvimento lúdico, especialmente das crianças, respeitando as diferenças de idade e o contexto sociocultural. Deste modo, o brincar passa a ser visto como um espaço terapêutico capaz de promover não só a continuidade do desenvolvimento infantil, como também a possibilidade de, por meio dele, a criança ou qualquer pessoa em reabilitação, melhor elaborar esse momento específico em que vive conhecendo-se melhor e desenvolvendo-se como pessoa (MITRE, 2000).

Por sua vez, os estudos sobre os benefícios fisiológicos das atividades lúdicas para o público infantil ainda são escassos, porém, recentemente variáveis como frequência cardíaca, pressão arterial sistólica, diastólica e VO₂ começaram a ser investigados durante a realização de brincadeiras com o intuito de alertar a população quanto à obesidade infantil e buscar combatê-la (RAUBER; CAMPBELL, 2010; DIAS et al., 2013). Rimmer et al. (2007) e Winnick (2010) também apontam que as atividades lúdicas geram influências positivas nos aspectos fisiológicos e no controle da obesidade. Esses estudos sugerem que há benefícios das brincadeiras, principalmente as mais ativas como amarelinha, pique-pega e queimada, no sistema cardiovascular, respiratório e músculo esquelético das crianças (WINNICK, 2010; DIAS et al., 2013). Além disso, pesquisas têm mostrado que tais atividades aumentam o fluxo sanguíneo cerebral de modo que ocorra maior transporte de oxigênio e de outros substratos energéticos melhorando, assim, a função cognitiva (RAUBER; CAMPBELL, 2010; DIAS et al., 2013). As autoras apontam, também, que a pressão arterial é variável e reage a muitas formas de estimulação, existindo a hipótese de que, durante as brincadeiras mais ativas, as respostas cardiovasculares sejam melhores do que durante brincadeiras menos ativas. No entanto, ainda existe uma carência de estudos envolvendo estas informações fisiológicas das atividades lúdicas na infância (RAUBER; CAMPBELL, 2010).

Nota-se que estudiosos de diferentes áreas têm destacado os benefícios do lúdico na tentativa de esclarecer o grau de importância que este elemento representa para o ser humano (MELLO et al., 1999; MITRE, 2000; BEUTER; ALVIM, 2010, DIAS et al., 2013). O lúdico entendido como uma manifestação caracterizada pela alegria, pelo

divertimento e prazer, que permitem a formação de uma estrutura emocional sólida, por si só, justifica, ou deveria justificar, a sua importância para qualquer pessoa, seja ela criança, jovem, adulto, idoso, com diferentes patologias e, inclusive, para crianças com deficiência, foco principal deste estudo.

2.3 A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA E O ELEMENTO LÚDICO

A presença de atividades lúdicas em diferentes espaços parece ser um diferencial positivo para todos integrantes, com ou sem deficiência. Envolvidas pelo espírito lúdico, as crianças partilham seus conhecimentos, crescem em suas aprendizagens em um ambiente desafiador e instigante ao novo (CRUZ; ACOSTA, 2014). Os jogos, os brinquedos e as brincadeiras fazem parte do processo de formação humana, sendo uma parte essencial e integral do crescimento, do desenvolvimento e da aprendizagem saudável de todas as crianças em qualquer idade, domínio e cultura (BROCK et al., 2011).

Quando contemplam as características lúdicas, os jogos e as brincadeiras podem favorecer o desenvolvimento físico, afetivo, intelectual e social de qualquer ser humano, tendo em vista que, por meio delas, ocorre a formação de conceitos e ideias, a elaboração de relações lógicas, a melhora na expressão oral e corporal, a diminuição da agressividade, a integração na sociedade e a sistematização do próprio conhecimento (CRUZ; ACOSTA, 2014). Para Jurdi (2001), a brincadeira faz parte do processo de relações interpessoais e de cultura. É por meio das vivências lúdicas que se dá a criação de cultura da criança, uma vez que esta é adquirida e/ou ativada por operações concretas que são representadas pela própria atividade lúdica (KISHIMOTO, 1998; MARCELINO, 2002). Esta cultura é o conjunto da experiência lúdica acumulada pela criança desde as primeiras brincadeiras vivenciadas, geralmente, com a mãe e, posteriormente, com colegas e amigos sendo as experiências iniciadas pela observação (os mais novos visualizam os mais velhos antes de participarem pela primeira vez do jogo ou da brincadeira) e, em seguida, pela manipulação/inserção progressiva na atividade (KISHIMOTO, 1998). Para a autora, o desenvolvimento da criança determina as experiências possíveis, mas não constrói, por si só, a cultura lúdica, pois ela nasce das interações sociais e da exploração de brinquedos desde os primeiros anos de vida.

Para as crianças com deficiência, a necessidade e a importância do brincar não são diferentes, e elas possuem a capacidade para

participar como as crianças sem qualquer deficiência, mas podem precisar do auxílio de um adulto devidamente capacitado para alcançar uma variedade e profundidade de experiências (DOHERTY, 2011). Neste sentido, Gomes e Oliver (2010) salientam que, para esta parcela da população, a atividade lúdica aparece alterada ou inexistente, pois as chances que elas possuem para se engajar em ambientes e/ou atividades lúdicas são, comumente, inferiores quando comparadas às demais crianças.

No Brasil, 45.606.048 pessoas possuem algum tipo de deficiência (visual, auditiva, física ou intelectual), o que representa 23,9% da população total, de acordo com o Censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Cartilha do Censo 2010 - Pessoas com Deficiência, 2012). Em virtude da falta de conhecimento dos que convivem com estas pessoas e, inclusive, das autoridades governamentais que poderiam lhes dar uma melhor qualidade de vida, inúmeras dificuldades são enfrentadas (ALMEIDA, 1994). Isto porque, “historicamente, a deficiência foi construída por um modelo de exclusão e de incapacidade, fazendo com que as pessoas com deficiência vivessem em um mundo à parte, como ‘segregadas’, ‘doentes’, ‘anormais’” (ZUCHETTO, 2008, p. 81). Ainda hoje, há um equivocado pensamento, até mesmo por parte das famílias, de que a criança com deficiência é incapaz de brincar e de explorar a imaginação e isto, acaba por implicar na privação de oportunidades para a criança ter trocas saudáveis com o meio em que vive e desenvolver o espírito lúdico, comum à maioria das crianças (GOMES; OLIVER, 2010). Tendo-se em vista os benefícios decorrentes das atividades lúdicas, alguns autores afirmam que a falta de oportunidades para brincar pode gerar danos secundários, como atrasos ou dificuldades motoras, sociais e emocionais, ao desenvolvimento da criança com algum tipo de deficiência (CAZEIRO; LAMÔNACO, 2011).

Leitão (1997) também sinaliza que as crianças com deficiência possuem oportunidades reduzidas para brincar em relação às crianças sem deficiência. No entanto, quando estão em ambientes descontraídos, com pessoas com as quais possuam afinidade e recebendo os estímulos adequados, elas podem participar e se envolver com o brincar tanto quanto qualquer criança, uma vez que, quando em clima de libertação de tensões, os jogos e brincadeiras oferecem oportunidades de exploração no que tange os aspectos físicos e sociais das crianças com deficiência (LEITÃO, 1997). Da mesma forma, não há diferenciação nos brinquedos para crianças com e sem deficiência, o que altera são as adequações para o seu uso, tal qual, a disponibilização de estímulos e

comandos táteis e sonoros acompanhados pela tradução verbal dos mesmos para as crianças com deficiência visual (OLIVEIRA; MUNSTER, 2009). Para retratar isto, pode-se imaginar um jogo de boliche, no qual um professor fica posicionado junto aos pinos dando comandos sonoros (bater palmas ou falar) quanto à localização dos mesmos e, outro, juntamente com a criança oferecendo comandos táteis e verbais quanto ao posicionamento do corpo e sobre como segurar, posicionar e arremessar a bola. Antes de iniciar o jogo, deve-se percorrer e explicar o caminho do mesmo à criança com o intuito de favorecer o reconhecimento/entendimento do espaço. Também é possível utilizar bolas e pinos com guizos para facilitar a organização espacial da pessoa com deficiência visual.

Para favorecer a participação das crianças com deficiência em jogos e brincadeiras, bem como, a exploração de materiais e/ou brinquedos, o primeiro grande passo é conhecer as possibilidades da criança e, a partir de então, o profissional poderá elaborar as atividades adequadas e estabelecer parâmetros para acompanhar e estimular o seu desenvolvimento (ZUCHETTO, 2008). A autora acrescenta que o profissional estará pronto/apto a trabalhar com as crianças com deficiência quando possuir um olhar livre de preconceitos e conseguir visualizar a pessoa a partir de suas potencialidades e, não das dificuldades. Gomes (2008, p. 20) cita exemplos disto se referindo às crianças com paralisia cerebral: “Afinal, se as crianças com Paralisia Cerebral não podem andar, que tal colocá-las no chão, rolar, balançar? Se não conseguem falar, elas podem fazer escolhas com o olhar, ouvir, sentir, e, principalmente, sorrir”. Neste caso, o apoio dos profissionais envolvidos no atendimento é fundamental, pois a falta dessa atenção especial pode acarretar em sérias dificuldades à criança como, por exemplo, a frustração por tentar realizar um movimento e não conseguir ou por não ser correspondido na tentativa de interagir com um sorriso (GOMES, 2008).

Apesar de estudos na literatura, como os de Sherrill (2004) e Winnick (2010), evidenciarem que as pessoas com deficiência intelectual, por exemplo, possuem pouca iniciativa e interesse por coisas novas, Fernandes, Neto e Morato (1997) pesquisaram sobre o jogo com crianças com Síndrome de Down comparado às crianças sem deficiência e verificaram que estas se engajaram nas mesmas formas de jogos e apresentaram as mesmas características lúdicas. Em contrapartida, observaram dificuldades no que se refere às relações sociais desta população e sugeriram a elaboração de estratégias, com potencial lúdico, no sentido de melhorar a integração plena na vida social e afetiva destas

crianças. Gomes (2008) corrobora com estas considerações, apontando que as vivências lúdicas são fundamentais para o adequado desenvolvimento da criança como ser humano socialmente integrado.

Para Mazzota e D'Antino (2011), a inclusão social ocorre na vida coletiva em algum ambiente instituído ou estruturado, seja ele familiar, educacional, no parque, na empresa ou em qualquer outra forma de organização social. Conforme os autores, a dimensão institucional, por sua vez, existe em contexto sociohistórico-cultural, ou seja, é com os sujeitos, embrionariamente instituídos, que as ações e as relações são construídas, uma vez que a instituição social, seja qual for, não existe senão na concretude das relações humanas.

De acordo com Doherty (2011) e Prette et al. (2011), a interação entre criança/criança e criança/adulto em casa, na comunidade e na escola constitui um importante elemento da vida social das crianças com deficiência, pois promove um contexto propício ao desenvolvimento de suas habilidades sociais. Porém, os autores mencionam que dificuldades na integração social são frequentemente observadas nesta população. Por isso, incentivar a participação em atividades que promovem as interações é imprescindível porque essas práticas possibilitam melhorias no aspecto social, além de beneficiar o desenvolvimento e o bem estar global (BLASCOVI-ASSIS, 1997; SHERRILL, 2004; WINNICK, 2010).

Para os autores supracitados, a dificuldade no aspecto social das crianças com deficiência, geralmente, está relacionada ao grau de comprometimento motor ou com a capacidade intelectual. No caso das crianças com autismo, a competência social atua, de um modo geral, como um construto psicológico que manifesta inúmeras formas do funcionamento cognitivo, emocional e comportamental, tratando-se, portanto, não de um traço global da personalidade, mas um conjunto de comportamentos aprendidos durante as interações sociais, especialmente, na interação com pares (CAMARGO; BOSA, 2009). As autoras destacam que as crianças com autismo, enquanto interagem com os adultos e com seus pares, procuram atribuir sentido ao mundo em que vivem. Isto é fundamental para a criança, pois lhe permite apropriar-se, reinventar e reproduzir o mundo que a rodeia, no entanto, corre-se o risco de que esse processo seja desfavorecido pelas oportunidades reduzidas de interação com parceiros, embora essas crianças apresentem possibilidades de estabelecê-las, quando oferecidos contextos propiciadores (CAMARGO; BOSA, 2009).

O relatório da terceira Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, publicado no ano de 2013, apresenta, como

proposta aprovada, a implementação de serviços mais humanizados na área da saúde, com uma equipe multidisciplinar que contemple profissionais devidamente capacitados para atender as necessidades da população com deficiência. O documento prevê ainda, a garantia de programas de promoção, prevenção e reabilitação por meio da equoterapia, hidroterapia e natação, fisioterapia, acupuntura e/ou demais terapias consideradas imprescindíveis na atenção à saúde, que sejam adequadas às especificidades de cada tipo de deficiência (RCNDPD, 2013).

Apesar disto e de o hospital ser um espaço de tratamento para diferentes patologias e quadros clínicos, Souza e Mitre (2009) consideram que ele não está preparado para promover uma atenção integral à saúde da pessoa com deficiência. Com o intuito de alterar esta realidade, as autoras apostam na criação e/ou expansão de ambientes lúdicos nestes contextos. Para as autoras, o brincar é um momento no qual se dão todas as vivências criativas da criança, por isso, este espaço para o indivíduo usufruir da imaginação envolvendo-se com jogos e brincadeiras permite a interação dele consigo mesmo e com seus pares, viabiliza a elaboração psíquica da realidade e favorece o processo de desenvolvimento e a criação de vínculos de confiança.

Neste sentido, a utilização do elemento lúdico como forma de tratamento e reabilitação para esta população, além da possibilidade de contemplar os pressupostos da humanização, permitirá que elas se expressem, em todo seu contexto social, sua identidade e imaginação (HAWKINS, 2002). Assim, favorecerá a pessoa de forma integral abrangendo os aspectos físicos, orgânicos, sociais e também emocionais, à medida que criam laços afetivos com seus pares com e sem deficiência.

Por fim, Souza e Mitre (2009) esclarecem que, por ser uma prática de domínio público, o brincar é também uma prática inclusiva. Para além disto, salientam que ele é a linguagem que possibilita o diálogo e as trocas entre diferentes grupos de pessoas (crianças e/ou pacientes, familiares e profissionais das mais variadas áreas), daí a sua importância no contexto da saúde.

Vale destacar que o planejamento de atividades para as crianças com deficiência, além de englobar conteúdo e estratégias adequados à população, deve estimular a aderência e permanência dos alunos por meio dos sentimentos de alegria e prazer que tais atividades proporcionam (WINNICK, 2010). Neste sentido, o lúdico é um elemento imprescindível para se alcançar o efetivo engajamento nestas atividades, uma vez que um dos fatores determinantes para se manter a

frequência dos participantes está na socialização, nos laços de amizade e na diversão que estes momentos podem proporcionar.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada por meio de uma investigação de campo, configurando-se como descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa dos dados.

A pesquisa do tipo descritiva, segundo Gil (2002), descreve a fundo e com detalhes as características do objeto de estudo. Este tipo de pesquisa apresenta a descrição detalhada dos fenômenos, mas não tenta testar ou construir modelos teóricos (THOMAS; NELSON, 2012).

3.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O contexto do estudo foi uma instituição de saúde (IS), especializada em reabilitação física e intelectual, da cidade de Florianópolis (SC), cujo nome não será apresentado por questões éticas de preservação da identidade. Trata-se de uma instituição de saúde pública pertencente à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES-SC).

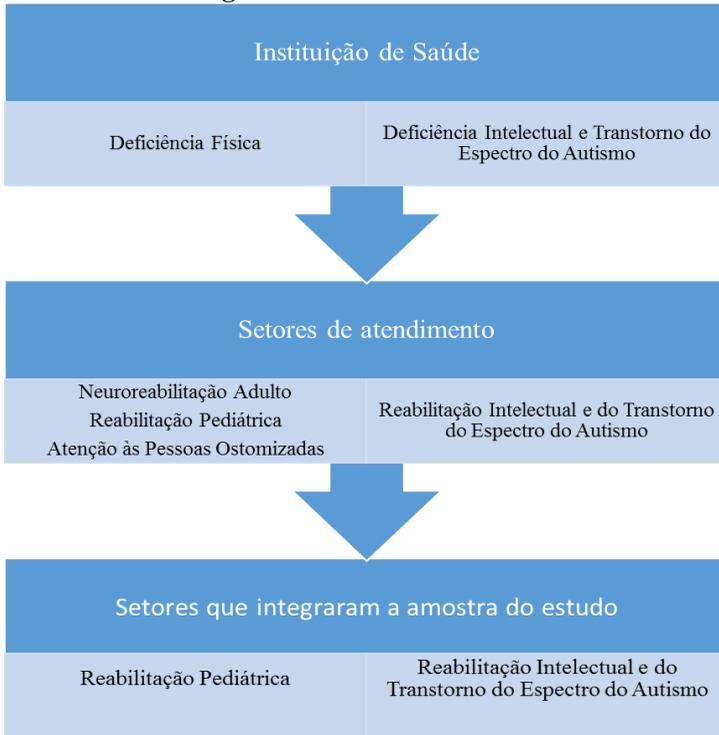
Esta IS é constituída por duas grandes áreas de atendimento, as quais possuem setores ou programas específicos para pessoas com diferentes tipos de deficiência, a saber: Deficiência Física (Programa de Neuroreabilitação Adulto; Programa de Reabilitação Pediátrica; Atenção às Pessoas Ostimizadas) e Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo (Habilitação e Reabilitação Intelectual; Reabilitação do Espectro do Autismo).

Para atender a estes diferentes setores, a IS conta com uma equipe multiprofissional constituída por assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionista, profissionais de educação física, psicólogos, terapeutas ocupacionais, médico clínico geral, médico especialista em medicina física e reabilitação, médico neurologista, médico ortopedista, médico urologista, técnico de enfermagem, técnico ortesista e protesista.

Após diagnóstico inicial, por meio de conversa presencial com os responsáveis e profissionais dos diferentes setores, permaneceram como amostra somente os que desenvolvem atividades de relaxamento, alongamento, jogos, oficinas, leituras, terapias, entre outras atividades, com potencial lúdico, durante a reabilitação dos pacientes. Deste modo, serviram como contexto do estudo os seguintes setores da IS: Reabilitação Pediátrica (RP) e Reabilitação Intelectual e Transtorno do

Espectro do Autismo (RIA), os quais, após avaliação da equipe multiprofissional, oferecem aos pacientes atendimentos com profissionais de Fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Educação Física, Fonoaudiologia e Nutrição, sendo cada paciente encaminhado para as áreas de atendimento que necessita. Tais atendimentos acontecem semanalmente com duração de 50 minutos em cada área podendo totalizar até cinco horas de atividades semanais nestes diferentes atendimentos, dependendo das necessidades individuais das crianças. Como muitos pacientes se deslocam de longe para ir até a IS, procura-se sempre concentrar os atendimentos do paciente no mesmo dia e em horários próximos. Porém, quando necessário, o paciente frequenta distintos atendimentos em dois ou, no máximo, três dias da semana para aqueles que precisam de atendimento na maioria das áreas.

Figura 1 - Contexto do estudo



Fonte: autoria própria (2016).

Para a seleção dos setores e das áreas de atendimento que integraram a pesquisa foram utilizados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- Critério de inclusão: os setores e as áreas de atendimento da IS que desenvolvem atividades lúdicas para os pacientes com deficiência. Os setores e as áreas de atendimento em que os pacientes e profissionais aceitaram participar da pesquisa, em especial, durante a etapa de observação.

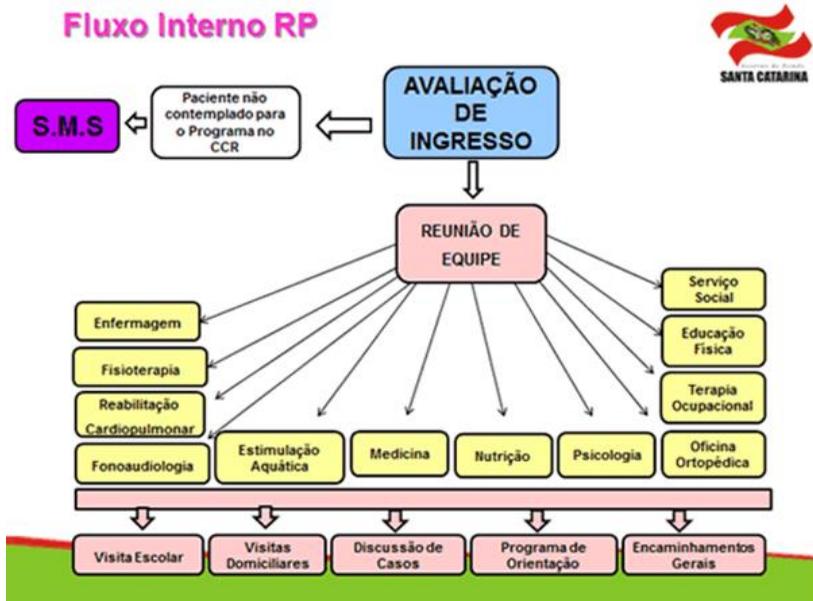
- Critério de exclusão: os setores e as áreas de atendimento da IS que não desenvolvem atividades lúdicas para os pacientes com deficiência. Os setores e as áreas de atendimento em que os pacientes ou responsáveis não aceitaram participar da pesquisa, em especial, durante a etapa de observação.

Os dois setores que participaram da pesquisa atendem diferentes públicos e, por isso, possuem objetivos distintos, a saber:

No setor de reabilitação pediátrica são atendidas crianças de 0 a 14 anos com diagnósticos de deficiência física, sendo a maioria da demanda de pacientes com Paralisia Cerebral (PC) e Atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor. O objetivo deste setor é estimular o desenvolvimento neuropsicomotor, a fim de desenvolver com qualidade e eficiência as potencialidades da criança, para que esta adquira e/ou recupere o máximo da sua função e independência. Assim como, promover a inclusão da criança no ambiente escolar e comunitário com a participação dos familiares (PORTAL DA SES-SC, 2015).

Considera-se pertinente, neste momento, conceituar, de acordo com Sherrill (2004) e Winnick (2010), os termos Deficiência Física que se refere a problemas ortopédicos ou neurológicos que afetam o uso do corpo, em especial ao sistema osteomuscular, incluindo a coluna vertebral, músculos, ossos e articulações. Um comprometimento motor de um ou mais segmentos corporais, que dificulta ou impossibilita o movimento; Paralisia Cerebral, um grupo de sintomas incapacitantes permanentes, resultantes de danos às áreas do cérebro responsáveis pelo controle motor. É um problema não progressivo que pode ter origem antes, durante ou logo após o nascimento e se manifesta na perda ou no comprometimento do controle sobre a musculatura voluntária; Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor, um atraso significativo em vários aspectos do desenvolvimento (motricidade fina e grossa, linguagem, cognição, habilidades sociais e emocionais).

Figura 2 - Forma de ingresso e atendimentos no setor de reabilitação pediátrica



Fonte: Portal da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2015.

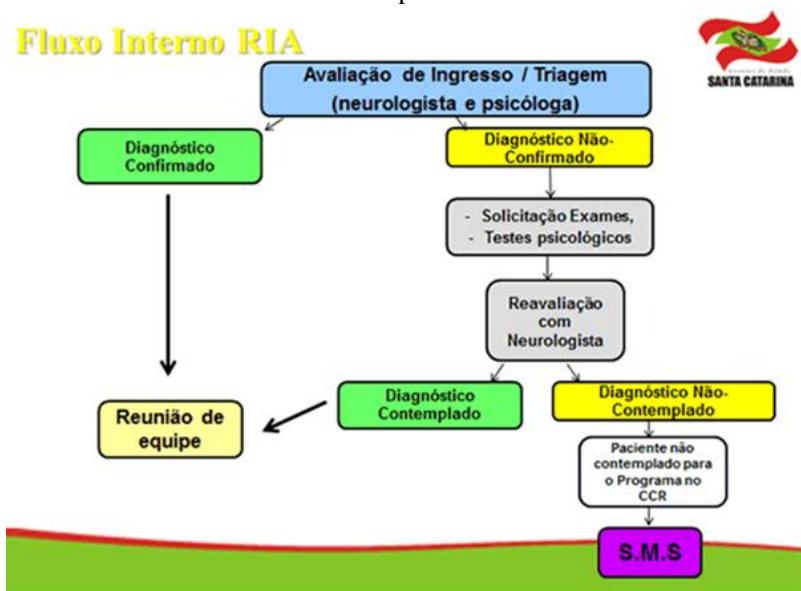
Legenda: Sistema Municipal de Saúde - SMS.

O setor de Reabilitação intelectual e transtorno do espectro do autismo atende pessoas com Deficiência Intelectual e/ou Transtorno do Espectro do Autismo, independentemente da idade. No entanto, sua maior demanda é do público infantil, uma vez que os adultos, geralmente, estão inseridos em outros atendimentos como as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAES) ou fundações de educação especial e, por isso, não são encaminhados para este atendimento que tem por objetivo oferecer serviços especializados na área da reabilitação em Deficiência Intelectual e/ou Transtorno do Espectro do Autismo aos usuários do SUS, visando à maior independência e integração social (PORTAL DA SES-SC, 2015).

Em termos conceituais Deficiência Intelectual é “uma incapacidade caracterizada por importantes limitações, tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo, está expresso nas habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas. Esta incapacidade se manifesta até os 18 anos” (AAMR, 2006, p. 33-34). O transtorno do espectro do autismo, por sua vez, é um transtorno global

do desenvolvimento que se caracteriza pelo comprometimento em diversas áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação ou presença de estereótipias de comportamento, interesses e atividades (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2007).

Figura 3 - Forma de ingresso no setor de reabilitação intelectual e transtorno do espectro do autismo

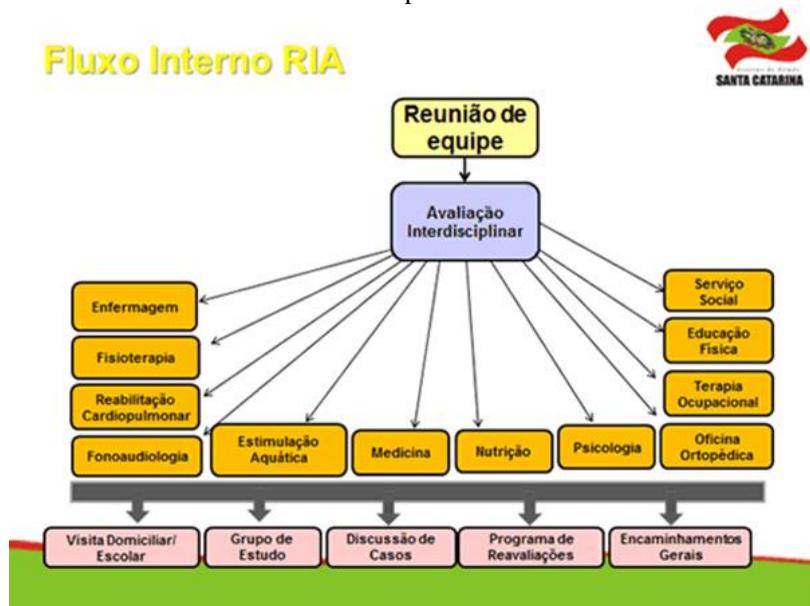


Fonte: Portal da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2015.

Legenda: Sistema Municipal de Saúde - SMS.

O serviço multiprofissional e interdisciplinar da IS está constituído desta forma: multiprofissional porque, como ilustram as figuras, abrange todas as áreas da saúde; e interdisciplinar porque, desde a avaliação (ingresso do paciente na IS) até o final da reabilitação (alta do paciente), o trabalho é desenvolvido em equipe, havendo comunicação entre os profissionais das diferentes áreas de atuação para se traçar o plano terapêutico individual e atualizá-lo, conforme a demanda de cada caso, bem como, o desenvolvimento de intervenções em parceria entre as diversas áreas.

Figura 4 - Forma de atendimento no setor de reabilitação intelectual e transtorno do espectro do autismo



Fonte: Portal da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

3.3 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa nove profissionais das diferentes áreas de atendimento dos setores da Reabilitação Pediátrica e da Reabilitação Intelectual e do Transtorno do Espectro do Autismo, bem como 38 pacientes com deficiência (física, intelectual e transtorno do espectro do autismo) e 16 familiares (pais ou responsáveis e/ou aqueles que minimamente acompanharam os tratamentos). Sendo que destes, participaram das entrevistas nove profissionais, nove pacientes e 16 familiares de acordo com a disponibilidade e interesse dos mesmos. Portanto, não foram empregados procedimentos de amostragem probabilísticos para a seleção dos participantes.

Por meio das entrevistas, foi possível verificar alguns dados de identificação destes participantes que valem ser descritos para melhor compreensão dos resultados da pesquisa. Sendo assim, todas as profissionais são do sexo feminino e possuem formação na sua área de atuação, isto é, educação física (1), fisioterapia (2), fonoaudiologia (3), terapia ocupacional (2), psicologia (1). Cinco citaram ter mestrado nas

áreas de neurociências, ciências do movimento humano, saúde coletiva e distúrbios da comunicação humana. Uma destas está fazendo doutorado em linguística. Duas mencionaram ter realizado especialização, uma delas em mãos (terapia ocupacional) para poder fazer órteses para os pacientes e a outra em saúde pública.

Quanto aos pacientes participantes das entrevistas, três possuem diagnóstico de deficiência física (paralisia cerebral), um de autismo e cinco de deficiência intelectual, sendo um de nível leve, dois de nível moderado e dois com outras deficiências associadas (um com PC e um com distrofia muscular). Estes participantes possuem idades entre quatro e 13 anos, sendo seis meninos e três meninas. Ressalta-se que não foi possível elevar o número de entrevistas devido à baixa faixa etária de alguns pacientes e das limitações de fala e/ou de compreensão de outros.

Quadro 1 - Caracterização das crianças participantes das entrevistas.

NOME FICTÍCIO	SEXO	IDADE	TIPO DE DEFICIÊNCIA
Iasmin	Feminino	4 anos	DF - PC
Betina	Feminino	5 anos	DF - PC
Rodolfo	Masculino	7 anos	DF - PC
Bryan	Masculino	7 anos	TEA
Apollo	Masculino	8 anos	DI Leve
Caio	Masculino	9 anos	DF - PC
Hugo	Masculino	11 anos	DI Leve DF - DM
Herbert	Masculino	12 anos	DI Moderada
Celina	Feminino	13 anos	DI Moderada DF - PC

Fonte: autoria própria (2016).

Legenda: DF: Deficiência física; PC: Paralisia cerebral; DM: Distrofia muscular; DI: Deficiência intelectual; TEA: Transtorno do espectro do autismo.

Em relação aos 16 familiares que responderam as entrevistas, todas são do sexo feminino e são mães dos pacientes, exceto uma que é madrinha de um deles e, frequentemente, acompanha-o nos atendimentos. Possuem idades entre 23 e 50 anos e residem em diferentes bairros da grande Florianópolis. Em relação à profissão, foram citadas as funções de recepcionista, zeladora de condomínio, gerente administrativa, doméstica, serviços gerais, cuidadora de idosos e do lar, sendo esta última relatada por 10 participantes. Uma das mães relatou estar cursando pedagogia à distância. Quanto ao estado civil, oito delas são casadas, seis são solteiras e duas são divorciadas.

Todos os participantes citados aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No caso dos pacientes que eram menores de idade, os TCLES foram assinados pelos pais ou responsáveis legais que autorizaram tal participação.

3.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados uma matriz de observação sistemática (Apêndice A) e três roteiros de entrevistas semiestruturadas (SEVERINO, 1992), os quais foram aplicados, respectivamente, com os profissionais (Apêndice B); com os pacientes (Apêndice C); e com os familiares destes últimos (pais ou responsáveis e/ou aqueles que minimamente acompanham os tratamentos) (Apêndice D). Como método de registro de dados utilizou-se um gravador de áudio e um diário de campo (THOMAS; NELSON, 2012).

A matriz de observação sistemática das atividades desenvolvidas contemplou as seguintes dimensões e os respectivos indicadores: atividades lúdicas desenvolvidas (jogos, oficinas, leituras etc.), formas de apropriação do lúdico pelos profissionais (o lúdico como veículo, objeto ou método de trabalho), resultados (positivos e/ou negativos) e formas de apropriação do lúdico pelos pacientes (expressões implícitas e explícitas, envolvimento). Dessa forma, as observações aplicadas como instrumento de coleta de dados por meio da matriz sistemática envolveram os profissionais e seus pacientes com deficiência de diferentes faixas etárias. Para registro de informações complementares a esta matriz foi utilizado um diário de campo, o qual possui o intuito de verificar e obter a descrição precisa das situações/fenômenos que responderam aos objetivos da pesquisa (GIL, 2002).

As entrevistas, por sua vez, tiveram roteiros semiestruturados contendo 22 perguntas básicas para os profissionais, oito para os pacientes e quatro para os familiares. Tais perguntas contemplaram as seguintes dimensões e os respectivos indicadores, para os profissionais: concepções de lúdico (entendimento de lúdico), perfil e resultados dos atendimentos (positivos e/ou negativos); para os pacientes: significados atribuídos aos atendimentos e as atividades (significados gerais), satisfação pessoal (satisfação com os atendimentos e as atividades), resultados (positivos e/ou negativos); para os familiares: significados atribuídos ao contexto e aos atendimentos (significados gerais) e resultados (positivos e/ou negativos).

De acordo com Negrine (2004), a entrevista permite que o pesquisador realize explorações não previstas e oferece liberdade ao pesquisado para falar/expor o que pensa sobre o tema. Por sua vez, o gravador de áudio foi utilizado para registrar as entrevistas, sendo este procedimento previamente autorizado pelos entrevistados. Este recurso é o método mais comum de registro de dados de entrevista, pois possui a vantagem de preservar/deixar a parte verbal intacta para posterior análise (THOMAS, NELSON, 2012).

Segundo Dessen e Borges (1998), a utilização de mais de um recurso para a coleta de dados permite o desenvolvimento de pesquisas estruturadas, uma coleta de dados mais abrangente, favorecendo a compreensão do fenômeno estudado e, conseqüentemente, uma maior diversidade e riqueza de informações ampliando a possibilidade de análise dos dados.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Primeiramente, é pertinente destacar que esta dissertação faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo, intitulado “Possibilidades Lúdicas em Instituições de Saúde de Florianópolis (SC)”, o qual possui aprovação pela Chamada Universal do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), nº. 14/2013 (faixa A; nº do processo 474379/2013-2). Este projeto também foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) sob o número do processo 916.511. No entanto, para a realização deste estudo, especificamente na IS de Florianópolis, especializada em reabilitação, fez-se necessário obter-se a aprovação do projeto pelo responsável por tal instituição e realizar-se uma emenda ao Projeto, anteriormente citado (Apêndice E). Tal emenda foi aprovada sob o número do parecer 1.119.371, deixando assim registrado, que ambas instituições tomaram conhecimento do presente estudo e que este está de acordo os termos da Resolução 466/2012 e 251/1997 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo A).

A coleta de dados foi iniciada após conversas presenciais, previamente agendadas, com os responsáveis pelos setores e com os profissionais da IS. Nestes encontros, apresentou-se a intenção de realização da pesquisa em seus contextos de trabalho e explicou-se a proposta com relação ao funcionamento, objetivos, resultados, entre outras questões.

Mediante anuência dos responsáveis pelos setores e da concordância em participar do estudo (especialmente por meio de observações) dos profissionais, de pacientes e de seus familiares, a pesquisadora passou a observar as atividades, buscando identificar como se estabelecem as relações entre o elemento lúdico e a reabilitação das crianças com deficiência.

Todos os profissionais que aceitaram integrar o estudo assinaram um TCLE (Apêndice F). Os pais ou responsáveis legais que autorizaram a participação das crianças assinaram um TCLE (Apêndice G) específico para este fim; e ainda assinaram um Termo de Assentimento Informado (Apêndice H), no qual também foi registrada a concordância dos menores que eram alfabetizados. Os familiares que foram convidados e aceitaram participar do estudo (especialmente para participação em entrevista específica) também assinaram um TCLE em particular (Apêndice I). Todos os termos foram feitos em duas vias, sendo uma para a pesquisadora e outra para o participante.

A técnica de observação sistemática foi aplicada durante dois meses consecutivos, exceto finais de semana e feriados, nas diferentes áreas de atendimento dos dois setores da IS selecionados para a pesquisa. Isto é, as atividades foram observadas diariamente nas distintas áreas de atendimento, totalizando, aproximadamente, seis horas diárias de observação no decorrer dos dois meses.

Após o período de observação, nove profissionais, nove pacientes e 16 familiares foram convidados a participar de uma entrevista semiestruturada elaborada especificamente para cada um deles. Na ocasião do contato, os indivíduos receberam mais informações referentes aos objetivos da investigação, ao destino dos dados obtidos, à preservação da sua identidade sendo que seus nomes seriam substituídos por nomes fictícios, dentre outras questões.

As entrevistas ocorreram em dias e horários preferidos pelos participantes, previamente agendados, e em espaços reservados na própria IS, antes ou após realização dos atendimentos. Destaca-se que as crianças foram entrevistadas na presença de seus pais ou responsáveis que, por vezes, auxiliaram a pesquisadora nos estímulos no intuito de manter a atenção da criança nas perguntas e na disponibilização de respostas. Considerando todos os participantes das entrevistas, este procedimento durou em torno de um mês e 15 dias.

Todas as entrevistas foram registradas por meio de um gravador de áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra pela pesquisadora, conforme orienta Bardin (2011). O tempo gasto com as transcrições foi cerca de 40 dias. Após este procedimento, cada profissional teve acesso

à descrição da sua entrevista e pôde modificar seu conteúdo. Este processo aconteceu por meio do envio da entrevista transcrita aos e-mails pessoais das nove profissionais que participaram deste estudo. Contudo, somente cinco responderam ao e-mail, sendo que três delas relataram concordar com todas as informações descritas e duas solicitaram a alteração de terminologias empregadas em suas respostas como a substituição do termo “classe normal” por “sala de aula”.

Quanto aos pacientes e familiares que participaram das entrevistas, optou-se por não seguir este procedimento devido à especificidade dos horários em que os pacientes são atendidos e seus familiares que os acompanham, o que tornaria o procedimento dificultoso e/ou desagradável para estes participantes.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

As informações coletadas durante a pesquisa foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo que consiste na aplicação de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e permitem a inferência (dedução lógica) de conhecimentos sobre o emissor das mensagens ou sobre o seu meio/contexto, por exemplo (BARDIN, 2011).

De acordo com a autora, a análise de conteúdo acontece por meio de três fases distintas, sendo a primeira, a organização do material coletado que visa dar funcionalidade e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, em um plano de análise. A segunda etapa se trata da codificação que é o processo, no qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades que permitem a descrição exata das características pertinentes do conteúdo. Por fim, ocorre a categorização que se refere à classificação de elementos constitutivos de um conjunto de diferenciação e agrupamento com os critérios previamente definidos, sendo as categorias entendidas como classes que reúnem grupos de elementos sob um título genérico, grupos esses, efetuados devido às características comuns destes elementos (BARDIN, 2011). Seguindo estas orientações, inicialmente os dados desta pesquisa (observações sistemáticas e entrevistas transcritas) foram organizados em planilhas de Word e, a partir desta organização, foram elaboradas categorias de análise.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados e, ato contínuo, discutidos os resultados da pesquisa, buscando responder aos seus objetivos. Optou-se por subdividir este capítulo em três tópicos para permitir discussões referentes aos diferentes atores do estudo (profissionais, pacientes e familiares). Entretanto, estes tópicos apresentam-se imbricados, de modo que as informações se entrelaçam em todos eles, na perspectiva de compreender as relações estabelecidas entre estes distintos atores sociais.

Quadro 2 - Principais resultados referentes aos objetivos da pesquisa. *(continua)*

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DIMENSÕES	INDICADORES	RESULTADOS
Interpretar a concepção de lúdico dos profissionais da instituição de saúde	Concepções de lúdico	Entendimento de lúdico	<p>Características como do lúdico como o prazer, a satisfação, o bem-estar e a diversão;</p> <p>Os jogos, as brincadeiras e os brinquedos;</p> <p>Manifestações de receio nas respostas;</p> <p>Exemplos da prática profissional na IS;</p> <p>Veículo para criar e estreitar laços e motivar as crianças;</p> <p>Veículo para atingir os objetivos terapêuticos;</p> <p>Importância do lúdico na aproximação ao mundo infantil.</p>
Analisar as formas de apropriação do elemento lúdico, pelos profissionais envolvidos na reabilitação de crianças com deficiência na instituição de saúde	Formas de apropriação	Veículo Objeto Método	<p>Uso do lúdico como veículo para atingir os objetivos terapêuticos;</p> <p>É um meio para estabelecer relação entre paciente-profissional e atividade;</p> <p>Veículo para estimular as crianças;</p> <p>Atendimento humanizado - demonstrações de afeto e carinho;</p> <p>Estímulos à fruição lúdica.</p>

Quadro 2 - Principais resultados referentes aos objetivos da pesquisa. (continuação)

Verificar as atividades lúdicas desenvolvidas na instituição de saúde	Atividades lúdicas	Jogos Brincadeiras Oficinas	Brincadeiras de faz-de-conta; Jogos (tabuleiro, memória, construção); Brincadeiras na piscina (uso da imaginação/fantasia); Desenho, pintura, recorte, colagem; Contaçao de histórias; Brincadeiras com bolas; Amarelinha; Jogo de boliche; Dança.
Investigar os significados atribuídos, aos atendimentos desenvolvidos na instituição de saúde, pelas crianças/pacientes com deficiência	Significados atribuídos aos atendimentos e as atividades	Significados gerais	Gostam de ir a IS, das profissionais e das atividades lúdicas; Os jogos e as brincadeiras de faz-de-conta são as suas atividades favoritas; Observam benefícios nas habilidades motoras grossas e finas e na linguagem; Almejam atividades em grupo e/ao ar livre.
	Satisfação pessoal	Satisfação com os atendimentos e com as atividades	
	Resultados	Positivos Negativos	
Observar as formas de expressões lúdicas de crianças com deficiência nos atendimentos da instituição de saúde	Expressões	Positivas	Olhares, sorrisos, risos, gargalhadas, gritos, falas, pulos, palmas, euforia, concentração.

Quadro 2 - Principais resultados referentes aos objetivos da pesquisa. (continuação)

Verificar a percepção dos familiares sobre as atividades lúdicas desenvolvidas durante a reabilitação	Significados atribuídos ao contexto e aos atendimentos	Significados gerais	Benefícios para as crianças e para si próprios; Destaque a qualidade do serviço prestado pelas profissionais; Críticas aos gestores da IS - não atendimento à normas de acessibilidade.
	Resultados	Positivos	
		Negativos	
Identificar o perfil dos atendimentos e os seus resultados na instituição de saúde	Resultados	Positivos	Serviço multiprofissional e interdisciplinar; Atendimentos individuais e em grupo; Uso do lúdico em todos os atendimentos; Uso do lúdico com determinado perfil de pacientes; Uso do lúdico durante todos os atendimentos; Uso do lúdico em momentos estratégicos; Resultados em curto prazo - engajamento nas atividades; Resultados em longo prazo - Maior independência funcional e inclusão social.

Fonte: autoria própria (2016).

4.1 O SERVIÇO MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE: CONSOLIDAÇÃO DO LÚDICO

4.1.1 Os profissionais da instituição de saúde: Entendimentos de lúdico x utilização do lúdico

Para iniciar a apresentação e a discussão dos resultados, faz-se pertinente a retomada da revisão de literatura, parte em que Santin (1993) afirma sobre a facilidade para vivenciar e até para dar exemplos sobre o que significa o lúdico. Todavia, de acordo com o autor, as palavras parecem se perder diante da necessidade de formulação de ideias para explicá-lo e, principalmente, para defini-lo. Foi possível notar exatamente esta situação com as profissionais entrevistadas quando foram questionadas sobre o que entendiam por lúdico. Das nove profissionais entrevistadas, duas demonstraram receio em responder a pergunta, permanecendo em silêncio por alguns segundos e sorrindo em seguida, como se estivessem com medo de dar a resposta errada. As demais profissionais responderam prontamente o que entendem por lúdico, utilizando, para isto, algumas características como o prazer, a satisfação, a diversão, os jogos, as brincadeiras e o brinquedo. Além disso, sentiram-se mais à vontade para explicar este elemento, fazendo referências aos seus contextos de trabalho, sendo assim, citaram situações de seu dia-a-dia em cada área de atuação (fisioterapia, educação física, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia).

De acordo com Santin (1993), a tarefa de definir ou conceituar o lúdico é realmente muito difícil e, talvez, até inviável. O autor explica que o motivo disto é o fato de o lúdico não poder ser apreendido pelas palavras, mas sim pela fruição, como uma ação sentida e vivida. Deste modo, ele pode acontecer em qualquer momento, em qualquer lugar e em qualquer circunstância desde que alguém, simplesmente, decida querer brincar (SANTIN, 1993). Neste sentido, com base em observações sistemáticas e, por vezes, informais em corredores da IS, foi possível verificar a predisposição e a espontaneidade das profissionais ao promover e estimular vivências lúdicas aos seus pacientes, contudo, em suas entrevistas notou-se certa dificuldade para reconhecerem o lúdico em suas ações, para além do uso de jogos, brinquedos e brincadeiras na reabilitação. Apesar de algumas características lúdicas terem sido citadas, foram identificadas, por meio dos depoimentos, limitações quanto ao entendimento deste elemento, que pode ser compreendido como um veículo de trabalho das profissionais, merecendo uma percepção mais aprofundada por parte de

quem o utiliza diariamente e o faz com propriedade de modo a possibilitar prazer e bem-estar às crianças. Outro aspecto constatado, foi a atribuição da atividade lúdica como exclusiva ou predominante no mundo infantil em detrimento da sua presença na vida adulta o que é um equívoco, visto que, adaptando os temas aos interesses e necessidades, ela pode ser utilizada em diferentes idades e contextos (SANTOS, 1998).

Diante disto, vale destacar, conforme a autora supracitada, a ausência de disciplinas que tratem diretamente do lúdico em currículos de universidades brasileiras, sendo este, um fator interveniente, tanto para o seu entendimento quanto para a sua utilização. Por mais que este seja intrínseco ao ser humano, precisa ser estudado, discutido e refletido durante os cursos de formação inicial, que são direcionados ao trabalho com diferentes públicos (crianças, adolescentes, adultos, idosos) e contextos (educação, saúde), permitindo que os profissionais ingressem no mercado de trabalho cientes do motivo pelo qual o lúdico, como fonte de desenvolvimento humano, ocasionou um vasto número de estudos e, hoje, gera consenso na literatura sobre a importância dos jogos, brinquedos e brincadeiras (SANTOS, 1998). Ademais, a autora salienta que as concepções que o profissional possui sobre ser humano, criança, sociedade, educação, entre outros, não se encerram com a formação inicial e faz uma analogia entre o quebra-cabeça e a formação profissional, especialmente do educador, que exemplifica esta discussão:

Fazendo um paralelo entre um quebra-cabeça e a formação do educador, pode-se afirmar que, enquanto o primeiro se completa com o encaixe de todas as peças, o segundo jamais se completará, pois a formação profissional não se acaba com o término de um curso, sempre faltará a peça seguinte (SANTOS, 1998).

A partir disto e, embora pareça contraditório, independentemente da experiência com o lúdico durante a formação inicial, é importante que o profissional que o utiliza como veículo de trabalho busque melhor compreender o fenômeno por meio de diferentes olhares que, por sua vez, podem se complementar e contribuir para uma visão da totalidade que envolve a singularidade do brincar (VOLPATO, 2002).

Dentre as concepções mais citadas pelas profissionais, está o uso do lúdico como um veículo para envolver a criança na atividade terapêutica e com isto procurar atingir os objetivos do atendimento ou

do plano terapêutico, isto é, melhorar a função motora, intelectual, social ou emocional da criança, dependendo de cada caso. Para tanto, referiram-se à necessidade de que a criança sinta prazer em realizar a atividade que está sendo proposta, seja esta com jogos, brinquedos ou brincadeiras, para que ocorra este envolvimento e para que os objetivos sejam atingidos com mais facilidade. Neste sentido, três profissionais apostam no uso da imaginação e na contação de histórias para estreitar os laços, motivar e cativar a criança dentro do atendimento da reabilitação.

Para Santin (1993), isto é frequentemente observado nas atitudes dos adultos dado que as crianças se comportam como se estivessem brincando em todo momento, sendo assim, eles as estimulam a fazer coisas, tidas pelas crianças como desagradáveis, como tomar remédios ou comer o que não querem, fazendo da colher um avião que pousará no aeroporto representado pela boca. A seguir, estão algumas falas que representam esta utilização do lúdico como veículo para chegar aos objetivos:

Eu entendo que seja a introdução ou a realização de uma atividade não relacionada à técnica, mas que coloque um elemento do brincar que faça a interação entre a atividade que você está exercendo com a criança com um recurso que seja mais descontraído para a criança, que possa servir com um recurso para ela entrar na sua história. [...] Eu estou pensando na prática, eu sempre introduzi a atividade lúdica. Eu trabalhei muito com crianças, a maioria da minha trajetória foi com criança, então, eu acho que sempre foi um recurso que eu utilizei para chegar aos objetivos que eu tinha. Utilizando brinquedos, brincadeiras, situações que utilizassem desses recursos um pouco mais familiares para eles para eu poder atingir os meus objetivos (Áurea - Fisioterapeuta).

Eu entendo que é alguma atividade que faça com que a criança tenha prazer em realizar aquilo que você tem de objetivo. Na minha área, por exemplo, em alguns casos eu consigo usar mais o lúdico do que em outras. Com os pequeninhos tem que usar muito o brinquedo para estimular a linguagem, a fala. E o brinquedo faz parte do desenvolvimento da criança, então, para a gente,

aqui no setor, é muito importante o lúdico (Fátima - Fonoaudióloga).

Atividades em que nós utilizamos jogos, brincadeiras, mas que tenham um objetivo, dentro da reabilitação. A gente tem que ter um objetivo, não é o brincar só por brincar. O brincar é importante também, fazer o uso do lúdico dentro do atendimento é fundamental. Utilizar recursos, os jogos, uma brincadeira, um fantoche para que a gente possa acessar a criança de alguma forma (Lenita - Psicóloga).

O lúdico me remete a brincar, então seriam estratégias de brincadeiras, estratégias lúdicas que são utilizadas para auxiliar na motivação e a chegar aos resultados que a gente tem como objetivo para o paciente. É uma maneira de tornar a sessão melhor (Lurdes - Fonoaudióloga).

São brincadeiras e jogos, basicamente isso, jogos e brincadeiras. Então, uma atividade em que você utiliza essas brincadeiras para conseguir um objetivo, mas numa forma de brincar (EVA - Terapeuta ocupacional).

Uma profissional se referiu ao lúdico na reabilitação como um elemento importante para proporcionar ao paciente prazer e satisfação, deixando os demais ganhos, como a melhora nos aspectos motores, por exemplo, como uma consequência da terapia como um todo. Neste sentido, enfatizou que o bem-estar proporcionado pelas atividades lúdicas ou brincadeiras, por si só, possuem um papel dentro da reabilitação. Isto é, considera que só os ganhos no aspecto emocional justificam a sua presença durante o atendimento:

O que eu entendo é a brincadeira, não necessariamente terapêutica, como tratamento, mas que envolve o prazer, que tem prazer. Acho que a recompensa da ludicidade e de qualquer brincadeira é esse retorno de prazer e os outros ganhos secundários também, mas eu acho a coisa principal é a satisfação com o que está fazendo (Elsa - Terapeuta ocupacional).

Santin (1993) explica que a criança, e talvez somente ela, é capaz de brincar apenas por brincar, isto porque, no mundo da criança não há classificações de diferentes tipos de atividades. Segundo o autor, o mundo infantil é um mundo regido pelos princípios do brinquedo, tudo é homogeneizado porque tudo que se faz tem o gosto e a cor do brinquedo. Nesta direção, e de acordo com a fala de Elsa, pode-se dizer que a criança pode ir até a reabilitação e participar dela sem que esta seja a sua intenção ou o seu objetivo. Ou seja, o paciente vai até as profissionais, em especial, após um determinado período, no qual ambos criaram vínculo, não para fazer as atividades de reabilitação que lá são desenvolvidas, mas, sim, para brincar, pois este é o seu mundo e sua interpretação da vida. Para a criança, não há preocupação com os resultados, pois ela está entregue a sua imaginação (SANTIN, 1993).

Outra profissional apontou que a atividade não precisa, necessariamente, ter um brinquedo ou um jogo para ser lúdica. Neste sentido, ela sugere que o lúdico pode estar presente em uma caminhada, no rolar, no pular, no rastejar, em uma dança. Mas para que isto ocorra, estes momentos devem ser permeados pelo prazer que pode ser evidenciado pela disposição da criança para realizar a tarefa e pelas expressões corporais e/ou faciais.

Eu entendo que é uma atividade que tem que ter prazer. Pode ser alguma coisa com o corpo, algum brinquedo. Na parte da fisioterapia, é muito com o corpo, mas tem que ser uma coisa que a pessoa goste de estar fazendo. Pode ser só com o corpo, um brincar, mas que não precisa ter, necessariamente, um brinquedo (Rosângela - Fisioterapeuta).

O que Rosângela chamou de atividades com o corpo, pode-se chamar aqui de atividades que utilizam puramente a imaginação, a contação de histórias e/ou a criatividade atrelados, ou não, às expressões de alegria, de afeto e de prazer, bem como, foi citado em outras entrevistas. Tal colocação pode ser traduzida pela realização de uma atividade de alongamento, na qual a profissional simula que Ian (criança) seja um gato estimulando-o a estender o corpo como tal (espreguiçar). Como outro exemplo, pode-se citar uma atividade observada em um atendimento da fisioterapia, em que Miguel (criança) teria que transpor os rolos denominados pela profissional como montanhas que seriam transpostas pelo leão (Miguel). Enquanto Miguel,

com dificuldades, tentava realizar o deslocamento, a profissional narrava uma história que dizia respeito ao momento ou a cada movimento realizado. Além disso, outros personagens eram incluídos na história, representando os amigos da floresta. Conforme Marcellino (2002), algumas atividades não precisam de materiais para seu desenvolvimento e, nesses casos, a atuação do profissional é ainda mais importante por ser a única referência da criança. Esta forma de utilização do lúdico também permite o desenvolvimento do atendimento de reabilitação com toda sua seriedade, possibilita o desviar dos padrões pré-estabelecidos sem se opor aos seus objetivos, porém, aproximando-se do mundo da criança, tal qual, aponta Dilma:

Na reabilitação, o aspecto lúdico é fundamental porque traz para a realidade do mundo infantil o que é o mais próprio do mundo infantil, que é a brincadeira. Então, se apropriar do movimento brincando, trazendo um jogo, uma brincadeira, um sentimento, um pensamento, a parte afetiva, a parte emocional, o dar um significado para o movimento através do imaginário, através da criação, através da criatividade, do brincar, do que é mais significativo, do que é mais próprio do mundo infantil. É o que está mais perto da realidade da criança e se torna mais prazeroso, mais coerente no universo da criança (Dilma - Profissional de Educação Física).

Os jogos, as brincadeiras e os brinquedos foram citados em todas as entrevistas, no entanto, por meio de algumas das falas supracitadas e, principalmente, de observações, é possível garantir que estas não são as únicas formas de manifestações lúdicas na IS. Uma vez que o uso da imaginação é utilizado em todos os atendimentos e, apesar de possuir um objetivo terapêutico traçado pela equipe multiprofissional para os pacientes, gera momentos de descontração, de divertimento e de distanciamento das dificuldades, sejam elas motoras ou intelectuais. Com isso, pode-se afirmar que estes se constituem como momentos lúdicos que, muitas vezes, não acontecem em paralelo ao uso de jogos, brinquedos e brincadeiras, embora isto também tenha sido evidenciado. As relações que acontecem entre profissional e paciente, muitas vezes são lúdicas, pelo bem-estar sentido por estes últimos ao encontrar aquela pessoa que brinca com ele e que o faz sorrir. O contato com a família na IS, por sua vez, também pode caracterizar momentos lúdicos porque a

criança se sente feliz ao receber um elogio da profissional na frente de um familiar. Este, por conseguinte, também se sente orgulhoso por observar o avanço da criança a cada atendimento.

Nesta direção, em termos de atividades, o que predomina nos atendimentos realmente são jogos, brinquedos e brincadeiras, entretanto, para permitir que estes se concretizem e/ou caracterizem como lúdico, a pré-disposição dos diferentes atores envolvidos na reabilitação é essencial. Para Souza (2014), o processo de humanização só acontece quando permeado pela interação entre os seres humanos, sendo o jogo um veículo utilizado para que isto ocorra de maneira mais significativa, interessante e prazerosa. Por este ângulo, pode-se afirmar que o atendimento humanizado oferecido pelas profissionais na IS permite que as manifestações lúdicas extrapolem os momentos das atividades de reabilitação propriamente ditas. A citação de Souza (2014) dá significado e demonstra a importância desta realidade:

[...] Visto assim, seu emprego deve transcender as necessidades biológicas da criança e ser desenhado na perspectiva do desabrochar atitudes de cooperação, solidariedade, dignidade e respeito, de promover o espírito criativo, imaginativo e construtivo, de interação com o outro e com o mundo, de resolução de problemas e conflitos e, sobretudo, de autoconhecimento, autodeterminação, autoestima, autoconfiança, auto realização, resiliência e autonomia (SOUZA, 2014, p. 18).

Para o autor, o lúdico é o veículo mais singular utilizado pela própria criança para o seu desenvolvimento. Nesta acepção, a equipe multidisciplinar da IS oferece um serviço legitimado, seja direta ou indiretamente, uma vez que, consolidá-lo como veículo para atingir os fins da reabilitação significa permitir as mais diversificadas formas de manifestação lúdica sem, no entanto, perder a seriedade das atividades. Contudo, faz-se pertinente colocar que, embora as profissionais aparentem possuir familiaridade e apropriação das atividades lúdicas que desenvolvem com seus pacientes, baseadas na experiência pessoal e profissional de cada uma, há possibilidade de aprofundamento quanto ao entendimento deste elemento. Isto ajudaria a compreender a dinâmica que se estabeleceu em torno dos jogos e brincadeiras em diferentes momentos históricos e o que se estabelece atualmente nas relações sociais que permite as experiências lúdicas, bem como o que justifica a

presença das atividades lúdicas nos contextos de saúde, para além do se aproximar do mundo infantil.

Posto isto, vale lembrar que, em outros contextos de saúde, pode não haver esta pré-disposição da equipe profissional para o trabalho humanizado, em especial, com o uso de atividades lúdicas que favoreçam a reabilitação ou a melhoria na saúde dos pacientes, sendo esta ausência, supostamente, em decorrência do não entendimento do que representa o jogo, a brincadeira e o brincar na vida do ser humano ou, ainda, por estes serem vistos como atividades não sérias. Em decorrência disto, o atendimento se configura de forma técnica e mecânica, ou seja, os médicos, os enfermeiros e os fisioterapeutas empregam os procedimentos comuns de suas áreas com vistas a atingir, exclusivamente, os fins biológicos em detrimento dos aspectos psicossociais, por exemplo.

Não obstante, ressalta-se que o profissional é quem organiza as atividades, o espaço, o tempo, que lida com as certezas e incertezas do que foi planejado, que cria e recria, sendo o mediador no processo de reabilitação das crianças (SANTOS, 1998). Neste sentido, para utilizar a atividade lúdica como veículo para atingir os objetivos terapêuticos, é essencial que o profissional tenha o espírito lúdico aguçado, que goste de brincar e que veja o seu contexto de trabalho como um espaço alegre e prazeroso, apesar das lacunas e contradições enfrentadas para que a proposta de atendimento humanizado venha a se concretizar, uma vez que, muitas vezes, o tratar bem os pacientes e seus familiares, as relações estabelecidas entre essa tríade, a consolidação do serviço interdisciplinar e as manifestações lúdicas mascaram, conforme aponta Marcellino (2002), a falta de condições dignas de trabalho e as deficiências do serviço.

4.1.2 Formas de apropriação do lúdico e utilização das atividades lúdicas

Para compreender como as profissionais que participaram da pesquisa chegaram nas atuais formas de apropriação do lúdico, é importante se reportar sobre como este elemento esteve presente em suas vidas antes de trabalharem na IS que é o contexto do presente estudo.

Primeiramente, vale destacar que a profissional que está há mais tempo na IS, possui 22 anos de trabalho nesta instituição, seguida por 20, 10, cinco, três e dois anos, sendo que há quatro profissionais com dois anos de atuação profissional na IS. Entretanto, não se pode afirmar

que o tempo de trabalho na instituição exerce alguma interferência nas formas de apropriação do lúdico. O que se pode destacar é que a área de atuação mostrou-se um fator relevante quanto à forma de utilização deste elemento, no sentido de que foi observada maior utilização de atividades estruturadas em forma de jogos e brincadeiras nos atendimentos de fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia, e maior incidência do uso de contação de histórias e a realização de atividades sem o uso de materiais nos atendimentos da fisioterapia e da educação física, especialmente, durante a estimulação motora aquática. Esta questão pode ser explicada por estas duas últimas áreas trabalharem, prioritariamente, com o desenvolvimento de aspectos motores e a fonoaudiologia, por exemplo, com as habilidades de linguagem, na qual os jogos, especialmente os de tabuleiro, são fundamentais para trabalhar os diferentes sons e fonemas. Então, na educação física e na fisioterapia, as profissionais podem utilizar com maior frequência as histórias, as músicas e outras atividades, sem o uso de materiais para estimular o desenvolvimento motor.

A partir da variedade dos fenômenos supracitados nas diferentes áreas, retomasse a discussão da complexidade para se definir o lúdico, dado que nas atividades do faz-de-conta, com ou sem materiais, há forte presença de representações imaginárias. Os jogos, apesar de receberem suas denominações, possuem suas especificidades, como as regras que permitem diferenciar cada um, entretanto, quando a criança joga, está executando as regras do jogo (explícitas ou implícitas) e, ao mesmo tempo, realizando uma atividade lúdica (KISHIMOTO, 1999). A partir desta imensidão de possibilidades, pretende-se avançar quanto as manifestações lúdicas e os sentidos que elas assumem no contexto da reabilitação, visto que, conforme Huizinga (1971, p. 10) “o jogo é uma função da vida, mas não é possível de definição exata em termos lógicos, biológicos ou estéticos. Teremos, portanto, de limitar-nos a descrever suas principais características”.

Em relação ao tempo de experiência no trabalho com o lúdico, três profissionais responderam que tiveram envolvimento com este elemento desde a graduação, sendo duas durante os estágios e uma com o desenvolvimento de um projeto que contemplava atividades lúdicas para crianças com Síndrome de Down. Uma profissional iniciou o trabalho com atividades lúdicas logo depois de formada, atuando com crianças em uma APAE e seis responderam que começaram a utilizar este tipo de atividades a partir do ingresso na IS. Destas seis, duas relataram que antes de ingressar na IS trabalhavam com adultos e crianças em atendimentos particulares e que, por vezes, utilizavam

alguma atividade lúdica com as crianças, mas que percebem maior apropriação após a entrada na IS. Uma das profissionais trabalhava apenas com adultos e raramente utilizava atividades lúdicas, a não ser em datas comemorativas, quando planejava algum tipo de dança ou outras atividades para integração. Nesta perspectiva e, com base em observações, também não se pode afirmar que o tempo e experiência com o lúdico possui relação com uma maior ou menor utilização do mesmo durante os atendimentos de cada profissional na IS, podendo-se apontar, praticamente, a mesma apropriação quanto ao uso deste elemento por cada uma delas considerando-se as particularidades na escolha das atividades (jogos com regras explícitas, contação de histórias etc.).

Em termos desta não relação entre o tempo de experiência e a utilização e a apropriação do lúdico mencionar-se-á que ele está interiorizado no ser humano. As dificuldades em conceituar o lúdico não impedem de olhar a criança como criança, de aceitar que brincar é brincar. Desta forma, faz-se completamente possível entrar no mundo infantil e estimular manifestações lúdicas (SANTIN, 1993). Para o autor, é essencial que o adulto possua a sensibilidade que o permite usufruir do impulso lúdico:

Não se trata de dominar o fenômeno lúdico através de conceitos, definições ou violações da intimidade lúdica, mas de garantir-lhe o espaço necessário para continuar sendo uma fonte de inspiração e de liberdade para o potencial criador da imaginação e da fantasia, para continuar sendo o tempo da alegria (SANTIN, 1993, p. 23).

Em relação à utilização do lúdico nos atendimentos na IS, cinco profissionais responderam que este elemento está presente em todos os seus atendimentos independentemente do perfil do paciente, uma vez que, são crianças e necessitam de algo que estabeleça uma relação entre paciente-profissional e atividade. No entanto, isto não garante que o lúdico se manifeste, dado que isto depende das relações que, de fato, se estabelecem entre estes atores e que permitirão a sua fruição, a saber:

Eu tento trabalhar com todos, de formas variadas, mas com todos (Dilma - Profissional de Educação Física).

Praticamente com todos. Os maiores, de 10-11 anos para cima, que acaba usando menos o lúdico porque eles já colaboram mais. Os de 12 para cima estão na pré-adolescência e não querem saber muito de brincadeira. Mas, mesmo com esses de 10-11-12 às vezes eu uso um joguinho tipo o cancã, o lince que são jogos para os maiores e uso intercalando as atividades, não fica só no joguinho, para pelo menos tornar a atividade prazerosa. Faz uma jogada, um exercício; uma jogada e outra atividade no meio, intercalando com o jogo (Fátima - Fonoaudióloga).

Sim. Em todos os atendimentos porque a gente trabalha com criança, brincando. Em todos os atendimentos são as brincadeiras, com o objetivo, mas que para eles, eles estão só brincando (EVA - Terapeuta ocupacional).

Em todos. Primeiro que auxilia muito o terapeuta porque a criança começa a entrar na sua história. As técnicas de fisioterapia são um pouco chatas, às vezes até, em alguns momentos elas são um pouco desagradáveis e, com criança, você tem que fazer com que ela compre a sua história para ela participar. Então, eu sempre utilizei com todos independentemente, a não ser que a criança não tenha condição nenhuma de interação, ficando muito restrito, mesmo assim a gente ainda tenta introduzir algum elemento (Áurea - Fisioterapeuta).

Percebe-se nas falas supracitadas a preocupação com a escolha das atividades para despertar o interesse dos pacientes e alcançar os objetivos da reabilitação. Dilma relata que utiliza o lúdico de formas variadas, ou seja, de acordo com aquilo que atrai a atenção da criança; Fátima supõe que, conforme as crianças entram no período da adolescência, não sentem mais tanta vontade de brincar, entretanto, alega que, ainda assim, utiliza alguns jogos para tornar o atendimento mais agradável; por sua vez, Áurea destaca a importância de conquistar a criança para ela realizar as atividades, neste caso, as técnicas de fisioterapia, que, muitas vezes, são desagradáveis por exigir movimentos difíceis de serem realizados por quem possui limitações motoras e, por vezes, podem até ser dolorosos. Neste sentido, aposta em alterar a

atenção daquilo que causa desprazer para aquilo que proporciona relaxamento e diversão, seja um jogo, uma brincadeira ou simplesmente uma história no decorrer do atendimento fisioterápico, por exemplo. Ademais, Souza (2014) esclarece que não se trata de uma fuga da vida real, mas, sim, de uma experiência que combina elementos de fantasia e realidade no processo de construção da identidade da criança, uma vez que, nestes momentos lúdicos ela fantasia, sonha, aceita desafios, cria estratégias motoras e cognitivas para fazer aquilo que necessita. Por meio desta atividade lúdica a criança relaciona-se com o próprio corpo, com o outro e com o mundo, neste processo o imaginário se transforma no real, provocando-lhe uma sensação de poder e domínio sobre a realidade circundante (SOUZA, 2014).

Outras quatro profissionais relataram que utilizam atividades lúdicas com determinado perfil de pacientes - predominantemente as crianças mais novas, pois as que estão em fase de adolescência, muitas vezes, não apresentam disposição para realizar as atividades lúdicas que geralmente são propostas:

Às vezes tem uns mais adolescentes, tinha um menino que eu atendia de 16, 17 e era mais a parte de fisioterapia mesmo, sentar e levantar, as coisas do dia-a-dia, independência funcional. Tem paciente que não dá para entrar muito no lúdico, mas com os menores sim, todo dia (Rosângela - Fisioterapeuta).

Geralmente a gente acaba utilizando o lúdico, mas dependendo do paciente, por exemplo, eu tenho um paciente que possui deficiência intelectual leve e eu estou trabalhando as questões de aquisição de fonemas, então eu faço mais atividades direcionadas porque ele tem o cognitivo para entender isso e a demanda é outra, então eu vou para frente do espelho fazer exercício de língua, lábios, bochechas porque ele aceita. Por exemplo, tenho outros pacientes que precisam disso, só que não aceitam muito, então eu tenho que colocar isso na atividade lúdica senão eu não consigo atingir o objetivo (Berenice - Fonoaudióloga).

Com determinado perfil. Até, durante o atendimento, se eu percebo que aquilo não está tendo um efeito desejado, eu interrompo. Vou dar um exemplo: hoje eu atendi uma criança que a gente estava fazendo um jogo de característica de personalidade bem divertido e, de repente, ela parou e disse: “não quero fazer mais”. Ela tem esse perfil de ser autoritária, de ela escolher, ser teimosa e aí naquele momento eu falei “tá bom, então agora nós vamos finalizar aqui, neste momento”. Eu usei esse comportamento dela para conversar a respeito. É uma criança mais velha, de 10 anos, que compreende. Então, eu planejei de fazermos um painel com as carinhas para trabalhar um pouco a reação do outro, uma carinha feliz e uma carinha triste, mas estou vendo que talvez isso não vá para frente. Vamos finalizar a atividade que ela não quis fazer porque houve aquela repetição de comportamento da vida dela. “Eu não quero, eu não faço”. Eu pontuei aquilo, para deixar para finalizar, mas vi que aquilo não vai ser possível que neste momento, para ela. Talvez o lúdico não vá ajudar. Eu preciso ser mais firme em outro aspecto. A cada atendimento é como se fizéssemos uma revisão das condutas. Cada perfil vai sendo incluído por nós, ou não (Lenita - Psicóloga).

Faz-se interessante destacar a presença da característica livre da atividade lúdica que é mencionada por Lenita. Como já foi citado em outros momentos deste trabalho, para o lúdico acontecer basta alguém querer brincar, do mesmo modo que basta não querer mais para deixar de ser lúdico (SANTIN, 1993). Nesta lógica, pode-se afirmar que, na situação citada, o lúdico pode ter se instituído enquanto o jogo que estava sendo realizado despertou manifestações de bem-estar e divertimento na paciente, no entanto, deixou imediatamente de estar presente a partir do momento que a criança perdeu o desejo por fazê-lo. Contudo, o desinteresse inesperado apresentado pela criança, pode não ter relação alguma com o seu perfil ou com seus comportamentos (teimosia, autoritarismo), conforme citou Lenita. Não se trata de confrontar a colocação da profissional que, sem dúvidas, é baseada em seu longo trabalho terapêutico com a paciente em diálogo com seus familiares, bem como com profissionais da IS e do contexto escolar,

permitindo a identificação dos aspectos que necessitam ser trabalhados, neste caso, os comportamentais. Sendo assim, pretende-se esclarecer que o lúdico mexe com o profundo eu das pessoas, podendo, até, ser um intervalo da vida cotidiana, apesar de ser extremamente sério. Contudo, ele pode, simplesmente, deixar de ser interessante a qualquer momento sem que haja um motivo específico para isto. Todo jogo é capaz de, rapidamente, absorver o jogador, bem como, de ser interrompido intempestivamente, mas também, pode ser retomado a qualquer instante (HUIZINGA, 1971). Conforme o autor, o jogo se estabelece como uma atividade temporária que tem uma finalidade autônoma e é desenvolvida visando a satisfação que consiste na própria realização.

Sobre a situação supracitada, vale destacar ainda o elemento de tensão do jogo. Para Huizinga (1971), a partir desta tensão são colocadas a prova as qualidades do participante como a dedicação, a paciência, a coragem, a honestidade. Neste sentido, pode-se notar a complexidade de se trabalhar os aspectos comportamentais por meio de jogos. Embora esta seja, de acordo com as respostas das profissionais entrevistadas, a melhor alternativa para se atingir os objetivos desejados, exige que os jogadores obedeçam às regras do jogo. Caso as regras não sejam seguidas, “o apito do árbitro quebra o feitiço e a vida ‘real’ recomeça” (HUIZINGA, 1971, p. 14). Com isso, sugere-se a simples indisponibilidade da criança, apontada por Lenita, em seguir as regras do jogo que propunha o diálogo sobre suas características de personalidade. Assim, a atividade é encerrada e a criança assume o papel do desmancha-prazeres, entendido por Huizinga (1971) como aquele que desrespeita as regras.

Pode-se notar nas declarações supracitadas a tendência das profissionais em associar as atividades lúdicas como uma vivência, predominante ou exclusiva, do público infantil, o que é um equívoco, dado que a fruição lúdica pode acontecer em qualquer fase da vida (SANTOS, 1998; SANTIN, 1993). Isto parece interferir na realização destas atividades, ou na ausência delas, nos atendimentos dos pacientes que estão na fase de adolescência, sendo este fato atribuído aos interesses individuais. Nesta direção, ressalta-se, conforme Volpato (2012), que as relações familiares e sociais das crianças, bem como as referências de mídia (televisão, rádio, internet, revistas etc.) podem interferir nos interesses e escolhas desde a infância, sendo os jogos e brinquedos, cada vez mais, influenciados pelo mundo da industrialização que, por sua vez, possui interesse mercadológico e de controle social. Isto é, a mídia impõe “uma estrutura cultural na qual os

indivíduos são convidados a participar, sob pena de exclusão e invalidação social” (VOLPATO, 2012, p. 68).

Esta interferência da indústria, por meio dos meios de comunicação de massa, torna-se ainda mais marcante a partir da adolescência, principalmente, quando se refere a aparelhos digitais e vestimentas. Isto reflete em inúmeros conflitos e contradições sociais, uma vez que as propagandas veiculadas não condizem com a realidade da população, dadas as discrepâncias nas/das diferentes classes sociais. Em relação aos pacientes da IS, em sua maioria, são de famílias com nível socioeconômico baixo, sendo isto associado à condição da deficiência, muitas vezes, motivo para passarem grande parte do dia assistindo televisão, fato identificado nas entrevistas com as profissionais. Deste modo, o não interesse do público adolescente em participar dos jogos e brincadeiras propostos nos atendimentos da IS pode ter relação com o fato de considerá-los “coisa de criança”, tal qual veiculado na mídia, posto que as propagandas indicam a idade, o sexo, o nível de conhecimento, dentre outros aspectos que “devem” ser respeitados para o uso de cada mercadoria. Vale destacar que não se pretende dizer que não existem outras possibilidades de interpretação para as pessoas de nível socioeconômico mais baixo, mas que elas acabam sendo mais suscetíveis a consumir ideias de baixa qualidade que são difundidas pelos meios, mais populares, de comunicação.

No intuito de que a atividade não seja uma obrigação para o paciente durante a reabilitação, as profissionais utilizam o elemento lúdico de acordo com a pré-disposição e necessidade de cada criança, ou seja, em alguns atendimentos e/ou com alguns pacientes as atividades lúdicas são utilizadas durante todo o período da terapia. Em contrapartida, para aqueles que necessitam de alguma atividade mais técnica para trabalhar determinado aspecto ou habilidade ou, que não demonstram interesse em participar da atividade lúdica naquele momento, esta é utilizada somente em momentos pontuais ou estratégicos. Neste sentido, duas profissionais relataram utilizar atividades lúdicas durante todo o período do atendimento e três, em momentos estratégicos. Ainda, outras quatro citaram que pode haver momentos em que não ocorra a atividade lúdica, mas que há predomínio desta no decorrer a sessão.

Eu acho que não em todos os momentos porque tem o momento que tem que ter um pouco mais de técnica. Mas eu utilizo muito no decorrer de uma sessão, mas alterno. Não é constante, na sessão toda e nem tem um ponto ou outro, mas eu utilizo várias vezes (Áurea - Fisioterapeuta).

Eu não sei se são momentos estratégicos. Não, eu acho que é no decorrer de todo e, talvez pequenos momentos sejam que não tenha. Quando que não tem? Quando o treino precisar ser de algum exercício da musculatura orofacial específico, mas mesmo assim a gente pode fazer ludicamente com alguma historinha, com alguma questão também para motivar, eu acho que entra o lúdico também. Quando é um treino de alimentação não tem muito lúdico mesmo. Tem crianças com alteração da parte motora, por exemplo, a paralisia cerebral que precisam de um trabalho voltado para a alimentação, para a disfagia, então, não tem muito lúdico não, é mais orientação e treino de como a mãe introduzir o alimento, qual a consistência correta e eu acho que não entra lúdico (Lurdes - Fonoaudióloga).

Na maioria dos momentos. Tem algumas coisas que eu chamo de exercícios funcionais que, a criança, às vezes, leva como brincadeira, mas que são exercícios mesmo, por exemplo, o arco com as argolinhas. Eu até brinco: “vamos subir a serra e depois descer a serra”, mas com criança menorzinha. [...] Agora eu lembrei, às vezes eu atendo algumas crianças maiores, eu tinha uma paciente que eu só fazia orientação e ela, por mais que eu desse algum joguinho, ela era uma pessoa muito fechada, não transparecia esse prazer, era mais uma obrigação de estar fazendo. Eu lembrei por causa da argola. Ela fazia assim com a mão [com expressão de obrigação]. Era uma coisa meio sarcástica, então eu acho que algumas coisas não são tão prazerosas não, mas acho que 90% é lúdico na sessão (Elsa - Terapeuta ocupacional).

Os pequenos, praticamente, em toda a terapia, mais as crianças para estimulação de linguagem, até uns quatro anos. Mas os maiores, de cinco em diante, que colaboram mais, geralmente eu começo com os exercícios mesmo de fonoaudiologia que eu preciso fazer para atingir os objetivos e faço um combinado com a criança de fazer o que precisa e se colaborar, vai ter a brincadeira, vai ter o joguinho. Às vezes durante os exercícios eu também acabo fazendo alguma brincadeira junto (Fátima - Fonoaudióloga).

Estes relatos deixam clara a necessidade de que as profissionais reservem um tempo do atendimento para fazer algumas atividades mais técnicas que são direcionadas conforme cada área. Na fisioterapia, por exemplo, são as atividades referentes aos métodos aplicados para desenvolvimento ou melhora das funções motoras; na fonoaudiologia os treinos para desenvolvimento das habilidades de linguagem; na educação física também pode ser citado o desenvolvimento de alguns exercícios mais técnicos para aquisição das habilidades aquáticas como a braçada, por exemplo. Com isso, Lurdes ressalta que o lúdico pode estar presente durante todo o atendimento porque até mesmo nos momentos em que há necessidade de se fazer estas tarefas mais técnicas, pode-se recorrer a uma história para motivar e descontrair o paciente, mas, conforme ressalta Elsa, neste sentido, há dificuldade de reconhecer ou definir se a atividade é lúdica ou não, pois nem sempre as vivências lúdicas são expressas por meio de comportamento externo, isto é, que possam ser visualizados pelo outro (HUIZINGA, 1971; SANTIN, 1993).

Na fala de Elsa, pode-se observar ainda certa frustração após propor determinadas atividades que não foram muito agradáveis para a paciente, ou que, pelo menos, não causaram um bem-estar aparente como comumente acontece ao se utilizar uma proposta lúdica. Nesta perspectiva, a profissional reconhece que, mesmo que a atividade se proponha lúdica, se não causar prazer, alegria ou bons sentimentos, não se constitui como tal, pois o lúdico está encoberto das qualidades mais nobres: é fascinante, é cativante, é cheio de ritmo e harmonia (HUIZINGA, 1971).

Referir-se à realização das atividades técnicas da reabilitação é algo desafiador, primeiro porque este trabalho possui o lúdico como objeto de estudo, segundo porque possui sua essência no campo da educação física, entretanto, se propõe a dialogar com as diferentes áreas

do serviço multidisciplinar da IS. Nesta perspectiva, destaca-se a fala da profissional Áurea ao apontar que existem momentos nos quais é necessário o emprego de “um pouco mais” de técnica. Para tentar explorar esta questão, recorreu-se às informações adquiridas nas observações sistemáticas e apoiando-se nelas, pode-se salientar que as atividades ditas “mais técnicas” consistem em alongamentos fisioterápicos; no treino para o uso de andadores; treino para correção de fonemas com o uso do espelho, o qual almeja que a criança visualize a maneira correta de movimentação da musculatura orofacial; o bater pernas na piscina; o uso de brinquedos sem expressar, externamente, prazer. Porém, isto não significa que estas atividades se circunscrevam, sempre, tecnicamente, uma vez que, foram observadas situações, nas quais essas atividades foram desenvolvidas com o enredo de uma história e manifestações lúdicas puderam ser evidenciadas. Deste modo, algumas possibilidades de reflexão merecem ser descritas: as profissionais precisam usar da sensibilidade para identificar quando o uso do elemento lúdico causará bem-estar, tendo em vista que algumas técnicas são, de fato, desagradáveis, fazendo com que a criança não se sinta bem com a contação de uma história. Por exemplo, as profissionais, muitas vezes, utilizam o lúdico no decorrer destas atividades técnicas, mas não reconhecem o seu uso devido ao fato da atividade não se caracterizar como uma brincadeira ou um jogo; a inexistência de expressões (faciais, verbais ou corporais) de diversão, alegria e prazer dificultam a identificação da vivência lúdica, mas isso não garante que o lúdico não esteja se manifestando internamente; mesmo sem o estímulo profissional, o lúdico pode se instituir se um simples alongamento, uma atividade de braçada ou o uso de um andador, propiciarem manifestações de satisfação nas crianças.

De acordo com as considerações supracitadas, somente uma vez observou-se uma atividade, na qual não foi possível verificar manifestações lúdicas. Tal atividade consistiu no treino da pronúncia de palavras, na frente do espelho, para a correção da troca de fonemas, na qual a paciente pronunciava, com especial atenção na movimentação de sua língua, a partir de orientações da fonoaudióloga. Esta atividade foi realizada no início do atendimento, durou em torno de três/quatro minutos e não teve estímulos lúdicos, mas, em seguida, desenvolveu-se um jogo que seguiu o mesmo objetivo de pronúncia das palavras, no qual foram evidenciadas expressões lúdicas por meio do riso e de falas que sugerem a diversão. Nesta direção, ressalta-se que, durante o uso das atividades lúdicas (jogos e brincadeiras), que predominam nos atendimentos, também são trabalhadas as técnicas específicas de cada

área. Volpato (2002) explica que há casos, nos quais o próprio jogo ou a atividade não são agradáveis, entretanto, podem propiciar prazer se a criança considerar o resultado como interessante ou importante para o seu desenvolvimento.

Nos dizeres de Fátima, além da necessidade do emprego de algumas atividades mais técnicas, é possível notar o uso da atividade lúdica como uma moeda de troca, ou seja, é dito que se a criança fizer a tarefa inicial, vista como chata ou dolorosa, posteriormente poderá desfrutar de momentos lúdicos por meio de jogos e brincadeiras. Com base em observações, pode-se afirmar que tal combinado não é seguido à risca, uma vez que, se a criança se nega a fazer determinado exercício técnico, poderá igualmente brincar durante o atendimento, pois a profissional recorrerá a este elemento justamente para conseguir que a criança aceite trabalhar outros aspectos que são necessários de acordo com o plano terapêutico individual. Neste sentido, pode-se constatar que nem sempre é possível aplicar algumas técnicas, importantes para os fins da reabilitação, por meio de atividades lúdicas e, deste modo, a profissional tenta utilizar esta troca em favor dos ganhos (motores ou intelectuais) para os pacientes. Todavia, causa preocupação o fato de a profissional deixar claro que esta chantagem acontece de forma explícita, apontando que o não querer fazer o exercício técnico (exemplificado, neste caso, por um treino de deglutição), poderia resultar na privação do brincar, justamente o que motiva a ida da criança à reabilitação. Neste sentido, percebe-se a relação, especificamente manifestada por meio desta declaração, com a dura e triste realidade que assola o contexto educacional brasileiro, no qual, muitas vezes, o educador usa de seu poder, arbitrariamente, para estabelecer este tipo de chantagem, como o privar o aluno que “não se comportar bem” em sala, da participação nas aulas de educação física. Diante desta realidade, faz-se importante mencionar a necessidade de um olhar mais sensível que permita mudanças de condutas frente à ingenuidade infantil, neste caso, das crianças com deficiência que, devido aos comprometimentos decorrentes da patologia, possuem reduzidas oportunidades para brincar, se comparadas aos seus pares sem deficiência (RIMMER et al., 2007; GOMES; OLIVER, 2010).

Sabe-se que muitas das ações ou formas de agir do profissional estão relacionadas as suas experiências de vida e de sua formação profissional, sendo assim, Marques (2000) aponta relevância da disponibilização, por parte do governo, de oportunidades para reciclagem profissional com vistas a evitar a precariedade de concepções e condutas, em especial, no trabalho com crianças com

deficiência. Nesta perspectiva, Santos (1998) sugere uma transformação nos currículos dos cursos de graduação que diz respeito à inserção da formação lúdica do profissional. De acordo com a autora, quanto mais vivências lúdicas forem proporcionadas, mais apto o profissional estará para trabalhar com este elemento. Neste sentido, a autora cita, como exemplo destas vivências, o uso de um jogo que poderá contribuir para a compreensão do fenômeno lúdico e de suas possíveis ressonâncias. Trata-se de um jogo de cartas que estão distribuídas em blocos e contêm frases sobre brinquedos, brincadeiras, jogos, criança, família, instituições infantis e brinquedoteca. A partir das regras acordadas para o jogo, os participantes escolhem as cartas e, assim, passam a dialogar, discutir, analisar, refletir e se posicionar sobre as afirmações (descritas nas cartas) acerca de conceitos, características, espaços para brincar, objetivos com a utilização das atividades lúdicas, desenvolvimento infantil, direitos da criança, relação entre pais e filhos, dentre outras questões importantes para os profissionais que atuam ou atuarão com o uso do lúdico (SANTOS, 1998).

Em contrapartida, aos dilemas supracitados sobre atividades lúdicas e atividades técnicas, duas profissionais foram objetivas ao responder que o uso das atividades lúdicas ocorre durante todo o período de seus atendimentos:

Geralmente durante a atividade inteira. Eu começo com a mesma atividade, até mesmo para não ficar trocando muito e eles terem começo, meio e fim. Geralmente, eu começo com uma e termino ou, no máximo duas, três atividades, dependendo da atenção e concentração da criança porque algumas não conseguem permanecer muito tempo numa atividade só. Por isso, a gente tem que trocar, até para ir ampliando o tempo de engajamento da criança nas atividades (Berenice - Fonoaudióloga).

Em todo o período. A gente brinca com a criança, como eu falei, eu com o objetivo e ela pensando que está só brincando. Sendo assim, é em todo o atendimento. Tem o tempo que é conversado com os pais, passadas as orientações, mas no momento que eu estou com a criança, é o brincar mesmo (Eva - Terapeuta ocupacional).

A firmeza das profissionais pode ser compreendida pela explicação de Berenice quando afirma que, geralmente, não há muita variação no número das atividades em cada atendimento, considerando pertinente o desenvolvimento da sessão com apenas uma atividade para que esta tenha uma sequência lógica e a criança não disperse, dado que, conforme Schiller e Rossano (2008), geralmente, o cérebro leva cinco minutos para se adaptar às mudanças de atividade. Contudo, quando se trata de crianças com autismo, por exemplo, este período pode ser prolongado devido às dificuldades que possuem para lidar com mudanças (SCHMIDT; BOSA, 2011). Neste caso, assim como no de crianças menores de cinco anos, essa dificuldade pode ser intransponível, por isso, as transições, quando necessárias, devem configurar momentos lúdicos para as crianças (SCHILLER; ROSSANO, 2008).

Outra reflexão que pode ser feita a partir das duas falas supracitadas é o entendimento do lúdico como qualquer jogo ou brincadeira que seja utilizada durante a sessão, podendo ser uma afirmação arriscada tendo em vista que, apesar destes serem momentos privilegiados para as manifestações lúdicas, nem sempre isto se concretiza, pois as mesmas também dependem do estado de espírito das pessoas envolvidas. Além disso, o jogo e a brincadeira não se constituem nas únicas formas de atividade lúdica, visto que o lúdico não é algo definitivamente dado, não é uma realidade manipulável, não está em um brinquedo ou em uma atividade definida, pois ele se constrói pela criatividade simbolizadora da imaginação de cada ser humano (SANTIN, 1993). Deste modo, o autor indica que o brincar é uma forma de impulsionar o lúdico que habita o imaginário humano.

Quanto à declaração da profissional Eva, vale destacar, ainda, que o “só brincar” apontado, não significa que este não seja realizado com a maior seriedade pela criança, mas que ela não vislumbra atingir os objetivos da reabilitação, especialmente, enquanto está brincando devido ao envolvimento e ao entusiasmo que estabelece com a brincadeira ou com o jogo, ressignificando o “só brincar”. Situação esta contrária à da profissional que, apesar de poder desfrutar do lúdico em determinadas situações do atendimento, possui como intenção primordial os fins terapêuticos aos pacientes. Nesta perspectiva, o termo “não sério” utilizado por Huizinga (1971) é pertinente para caracterizar o jogo. Este caráter “não sério” indica o cômico, o riso, aspectos que, geralmente, são evidenciados nas manifestações lúdicas, as quais, historicamente, se contrapõem ao trabalho, considerado atividade séria (VOLPATO, 2002; MARCELLINO, 2002). Neste sentido, os autores explicam que caráter

“não sério”, não denota que o brincar deixe de ser sério, mas exprime que está relacionado ao estado de espírito de quem brinca e não há dúvidas de que a criança o faz com muita austeridade. Desta forma, as atividades, potencialmente lúdicas da IS serão apresentadas e discutidas a seguir.

Destaca-se, novamente, que as atividades lúdicas utilizadas são um pouco diferentes em cada área de atendimento, pois cada profissional as planeja de acordo com os aspectos que precisa desenvolver, essa variação também ocorre para cada tipo de deficiência (física, intelectual ou autismo) de modo que as propostas sejam adequadas às necessidades individuais, tais quais as que se seguem.

A profissional de educação física utiliza, com mais frequência na estimulação motora aquática, os brinquedos cantados, a contação de histórias, as músicas, com o intuito de estimular a batida de pernas, a batida de braços, o salto da borda, a respiração, a flutuação, a imersão. Utilizando materiais específicos para desenvolver as habilidades aquáticas como flutuadores, alteres, tapetes flutuantes, plataformas redutoras de profundidade, barras de apoio, a profissional envolve a criança por meio de histórias, por exemplo, com Sam (paciente) em cima do tapete flutuante a profissional diz: “agora você será um surfista e o surfista precisa fazer o que? Precisa remar para pegar a onda. Então, vamos lá... os seus braços serão os remos e as pernas o motor... agora, rema, rema, rema...”. Tal aula foi desenvolvida em sua totalidade, seguindo a fantasia de que Sam era um surfista. Como outro exemplo de atividade desta aula, pode-se citar o treino de equilíbrio com Sam em pé em cima do tapete flutuante, enquanto isso, a profissional movimenta a água para simular uma onda. Vale ressaltar que a profissional se mantém sempre próxima ao paciente (Sam), que neste caso possui paralisia cerebral, para evitar qualquer acidente ou situação que possa traumatizá-lo e também para auxiliar na correção dos movimentos. Além disso, as atividades são seguidas por diversos estímulos como: “vamos lá, você é um ótimo surfista, vamos pegar mais uma onda, parabéns, viva, viva, você conseguiu, parabéns, você está surfando muito bem, mas pode surfar ainda melhor se usar mais os braços”. A partir disso, a profissional solicita que Sam reme mais um pouco, usando mais os braços e simula ser um tubarão que está nadando em direção ao surfista. Com isso, Sam fica animado, procura remar melhor para fugir do tubarão, sorri e dá gargalhadas quando o “tubarão” chega perto dele. Neste sentido, pode-se afirmar que, nestes momentos, Sam está fantasiando, imaginando e projetando uma situação fictícia para a realidade, está tentando resolver um problema a partir da superação das

suas dificuldades motoras para “fugir do tubarão”. No entanto, as dificuldades passam a ser menos lembradas ou incômodas para Sam devido à diversão e ao encantamento que estão instalados na atividade.

Nesta perspectiva, entende-se a atividade lúdica como um veículo privilegiado para o desenvolvimento motor da criança, o qual integra fatores de ordem cognitiva, física e social (MENDES; DIAS, 2014). Destaca-se também que, apesar de a sessão conter distintas atividades que visam desenvolver diferentes habilidades, esta segue uma sequência sem interrupções, ou seja, por meio da própria história faz-se a transição de uma atividade para a outra. Isto demonstra que a profissional possui um olhar sensível ao gerenciamento do tempo das atividades, o que é de suma importância durante o atendimento, pois, segundo Zuchetto (2008), um dos fatores essenciais para que ocorra o desenvolvimento da criança é a necessidade de ela se envolver nas atividades. Para este fim, é preciso que os profissionais planejem e ministrem as sessões, com especial atenção para a otimização do tempo em atividade para que as crianças permaneçam efetivamente engajadas e os tempos de transição sejam reduzidos (SCHMITT et al., 2015).

Em relação ao atendimento na piscina, também são utilizados brinquedos de borracha como bolinhas, chocalhos, bichinhos, que permitem o trabalho com as crianças que estão na fase sensorio-motora e que realizam atividades de cunho exploratório por meio do tato, da visão, da motricidade fina e também são usadas muitas músicas infantis enquanto são desenvolvidos movimentos de exploração do meio aquático com a criança. Dentre as músicas utilizadas está a da cobrinha, a saber: “a cobra não tem pé, a cobra não tem mão, como é que ela sobre no pezinho de limão? Ela se estica, se encolhe, seu corpo é todo mole; ela se estica se encolhe, seu corpo é todo mole. Ao cantar “se estica” o corpo ou tronco da criança é retirado da água; no “se encolhe”, é realizada a imersão com as crianças que estão adaptadas ao meio líquido e ao cantar “seu corpo é todo mole”, faz-se o deslizamento da criança sob a água. Nesta faixa etária o trabalho é basicamente por meio das atividades cantadas onde são inseridos alguns exercícios para aquisição das habilidades aquáticas e motoras, sendo assim, as crianças recebem apoio físico durante toda a sessão. Entretanto, também é realizada uma atividade, na qual a criança fica sentada no tapete flutuante para explorar brinquedos, nestes momentos, possuem um pouco mais de independência para treinar o equilíbrio e pegar os brinquedos que estiverem ao seu alcance, porém, a profissional permanece aos cuidados segurando e/ou apoiando o paciente.

Para as crianças que estão na fase pré-operatória são realizadas atividades com bolas como o acertar bolas de diferentes tamanhos em uma cesta de basquete modificando a distância do arremesso conforme a possibilidade de cada paciente; o assoprar bolinhas pequenas fazendo deslocamento pela piscina podendo usar materiais de apoio como flutuadores e pranchinhas, se necessário; o procurar brinquedos no fundo da piscina para trabalhar a imersão e a apneia. Apesar de estas serem atividades, aparentemente, mais técnicas, todas são regidas pelo faz-de-conta tornando-as lúdicas. A brincadeira de procurar e pegar os brinquedos no fundo da piscina, por exemplo, é uma das que mais despertam expressões de satisfação, divertimento e alegria nos pacientes, pois a profissional sempre a desenvolve com uma história diferente.

Em uma das ocasiões de observação, os brinquedos no fundo da piscina foram denominados tesouros, a profissional era o pirata que queria roubar os tesouros e o paciente (Tom) era quem deveria protegê-los. De tanto esperar ajuda para roubar os tesouros, o “pirata” dormia e, então, Tom tinha a oportunidade de recuperá-los, pegando-os no fundo da piscina e guardando-os em um cesto. As expressões por meio de sorrisos, falas, gritos, movimentos corporais deixavam claro o envolvimento de Tom no faz-de-conta daquela atividade. No geral, as histórias utilizadas pela profissional para motivar as crianças estão relacionadas a personagens de filmes, desenhos, animais da floresta, histórias da literatura infantil. Sempre personagens que sejam conhecidos pelas crianças para causar maior motivação. Ao final das sessões, sempre é proposto que o paciente ajude a guardar os brinquedos e materiais que foram utilizados, para tanto, também se usa uma história como o limpar a lagoa, limpar a floresta ou o suposto ambiente onde a história daquele dia aconteceu, com isso trabalha-se também as questões da organização do material e da preservação da natureza em diversos atendimentos. Schiller e Rossano (2008) apontam que estes são momentos privilegiados para a abordagem de questões ecológicas e ambientais, visto que o desenvolvimento de hábitos de preservação na infância reflete nos comportamentos ao longo da vida.

Vale explicar que os atendimentos da estimulação motora aquática podem possuir até quatro pacientes no mesmo horário. Sendo assim, sempre que há mais de uma criança, um familiar ou responsável entra na piscina com a mesma e desenvolve as atividades, conforme orientações da profissional de educação física. Nestes casos, os pacientes são distribuídos em grupos, nos quais todos possuem idade e necessidades semelhantes para que a mesma sessão contemple todos,

apesar de suas particularidades. Um fator positivo dos atendimentos em grupo é a possibilidade de se trabalhar o desenvolvimento do aspecto social da criança, sendo evidenciado, inúmeras vezes, durante este tipo de sessão. Por meio das atividades em grupo foram notadas interações entre paciente/paciente, paciente/familiar e paciente/profissional. Sendo, as duas últimas, observadas, também, nos atendimentos individuais, pois a profissional está sempre em contato com os pacientes, seja no atendimento individual ou em grupo, proporcionando momentos de interação, em especial, durante as atividades lúdicas.

Por sua vez, os familiares que ficam ao lado de fora da piscina, observando os atendimentos individuais, também acabam interagindo com a criança durante a sessão, pois trocam olhares e falas de satisfação e orgulho com esta, quando a mesma realiza as atividades com êxito. Neste sentido, o maior ganho quanto ao aspecto social nos atendimentos em grupo da IS são as interações entre os pares manifestadas por meio de olhares, sorrisos, falas e contato físico como abraços e beijos. A partir deste ambiente motivador às relações sociais, as crianças aprendem a exercer habilidades sociais importantes e passam a interagir mais facilmente também em outros espaços sociais, com isso, possuem mais chances de que estas relações sejam positivas (ZUCHETTO, 2008; SCHMITT et al., 2015). Por sua vez, a escolha adequada das atividades para cada grupo permite que ocorra a efetiva participação e o envolvimento que está atrelado ao maior número de interações.

Ainda em relação às atividades utilizadas pela profissional de educação física, ocorre o uso de brinquedos de encaixe como blocos de montar ou quebra-cabeças de peças grandes e simples, em especial, nos atendimentos para as crianças com autismo para trabalhar a questão operativa porque esses pacientes, muitas vezes, chegam à IS sem nunca ter passado por outra instituição, apresentando-se desorganizados, sem comunicação, agitados. Neste sentido, em um primeiro momento, tenta-se estabelecer uma comunicação entre a criança, a família e o profissional, dando-se ferramentas para a criança se organizar e conseguir estabelecer uma relação com o mundo a sua volta. Conforme a criança começa a estabelecer laços afetivos e comunicação com a profissional, que pode ser uma comunicação alternativa (utilizando-se expressões faciais, gestos, contato físico ou estratégias de símbolos e imagens), passa-se a propor atividades que trabalhem mais especificamente as habilidades motoras básicas como o andar, o pular, o rastejar, sendo estas realizadas por meio de circuitos. Também se recorre às atividades com tinta no sentido de o paciente aceitar algo novo e diferente com o qual ele possa se sujar ou modificar o aspecto comum

de suas mãos ou de outras partes do corpo vivenciando, assim, novas sensações.

A gente primeiro tenta fazê-la sentar, se concentrar, permanecer atenta a alguma atividade operativa que seja de encaixar, blocos ou de montar um quebra-cabeça de peças grandes e simples. Ir tolerando essas atividades por mais tempo, conseguir montar formas de estabelecer quadros de comunicação, aceitar a presença do outro, aceitar o toque do outro, aceitar integrar estímulos e sensações. Quando ele começa a aceitar rotinas, estabelecer rotinas, estabelecer esse tipo de situações, ele vem, por exemplo, para a aula de educação física e monta um quebra-cabeça, faz outra atividade que seja passar num circuito psicomotor, faz atividade de pintura, começa a pintar a mão, aceitar, às vezes, a tinta na mão, essas coisas assim, o andar descalço, o pular (Dilma - Profissional de Educação Física).

Quanto aos atendimentos da fisioterapia, pode-se dizer que também são regidos pela contação de histórias e pelo faz de conta, entretanto, o uso do lúdico se configura de maneira um pouco diferente dos atendimentos da educação física. Isto porque as profissionais desta área precisam utilizar alguns métodos de forma mais intensa, então, apesar de haver a predominância de atividades lúdicas, até mesmo durante a aplicação dos métodos, existem determinados exercícios que, por vezes, acabam perdendo as características da fantasia e do prazer, tal qual o teste e/ou treino em andadores e alguns alongamentos que causam desconforto ou dor e, por vezes, fazem a criança manifestar sensações de desprazer. Apesar disso, a maior parte do atendimento é constituída por atividades lúdicas como a amarelinha que pode ser utilizada para treino de equilíbrio, atividades com bola, seja para trabalhar o uso dos membros superiores (arremesso na cesta de basquete) ou inferiores (chute ao gol), uso de brinquedos para motivar o deslocamento dos pacientes, principalmente brinquedos que possuem músicas e se movimentam por meio de baterias ou pilhas como carrinhos e trenzinhos, pois isso estimula as crianças a engatinhar ou caminhar para buscá-los. Com as crianças na faixa de zero a três ou quatro anos, utiliza-se muito o estímulo por meio de brinquedos como bonecas, bonecos, carrinhos, chocalhos, animais de borracha, bolas,

sempre com o intuito de que a criança desenvolva movimentos a partir da vontade que lhe é despertada para pegá-los. Esses brinquedos podem ser utilizados sozinhos ou juntamente a materiais específicos da fisioterapia como rolos, colchonetes, tatames, rampas, escadas, trampolins, etc.

Para uma criança que está na fase de engatinhar eu posso utilizar um brinquedo que se desloque para a criança ir buscar esse brinquedo. A gente observa/sente no momento a condição, a disposição da criança e a situação. Se a criança traz algum brinquedo a gente utiliza também o que ela trouxe porque se ela trouxe é porque gosta então vamos introduzir isso na nossa atividade (Áurea - Fisioterapeuta).

Tal qual aparece na fala de Áurea, observou-se o uso de brinquedos, que as crianças levavam de suas casas para o atendimento, como forma de estimular a participação nas atividades fisioterápicas. Como um exemplo pontual, pode-se citar um atendimento no qual uma criança (Enzo), de cinco anos, com paralisia cerebral chegou com um boneco (homem aranha) e, imediatamente, a profissional passou a interagir com Enzo utilizando o brinquedo como motivação para o seu engajamento. Primeiramente, a profissional perguntou o nome do boneco e citou nomes errados como batman e super-homem fazendo Enzo rir por ela, supostamente, não reconhecer que aquele era o homem aranha. Após essa descontração inicial, o boneco passou a ser utilizado para estimular o deslocamento (engatinhar) de Enzo em cima de um tatame. Em seguida, a profissional passou a simular que o boneco estava realizando determinados movimentos para estimular que Enzo imitasse-o, tais movimentos consistiam em alongar o corpo, deitar, rolar. Tudo isto, permeado por uma história em que o homem aranha estaria atuando para salvar os seus amigos de alguma ação ruim de outros personagens representados por bonecos da própria sala de atendimento. O momento de maior envolvimento de Enzo pôde ser observado quando a profissional propôs “escalar” a parece como o homem aranha. Então, inicialmente, a profissional realizou os movimentos da escalada com o boneco enquanto Enzo observava atentamente e, aparentemente, fantasiava a história que estava sendo contada. Em seguida, a atividade foi realizada com Enzo com o objetivo de alongar e fortalecer os músculos de todo o corpo. Tal atividade foi desenvolvida em uma

parede onde há um espelho que permite à criança, a visualização de suas ações.

Bomtempo (1999) explica que as crianças são atraídas por algumas características dos super-heróis como a bondade, a sabedoria, a coragem, a força e a inteligência e, com isso, tentam imitá-los. Assim, autora salienta que na brincadeira de faz-de-conta destes personagens a criança constrói sua autoconfiança que, simultaneamente, leva-a a lidar com problemas da vida real e a desenvolver aspectos importantes para a interação e cooperação. Desta forma, faz-se a ponte entra a fantasia e a realidade (BOMTEMPO, 1999).

Com base em observações de atividades como a supracitada e das falas da profissional Áurea, pode-se perceber a preocupação em tornar o atendimento o mais agradável e prazeroso possível para o paciente, bem como, o interesse de que sejam realizadas as atividades necessárias para a reabilitação e/ou o desenvolvimento dos aspectos necessários para cada paciente. Neste sentido, observou-se ainda, a utilização de músicas, seja para acalmar o choro de crianças que estão em momento de adaptação e sentem-se inseguras para sair do colo dos pais, seja para trabalhar o uso dos sentidos remanescentes em crianças que possuem cegueira ou baixa visão associada a outras deficiências, seja para trabalhar a localização espacial, o reconhecimento de sons ou para trabalhar a abstração, principalmente nos casos de autismo. Essas músicas são cantadas pelas profissionais, na maioria das vezes, colocadas em aparelhos de som ou por meio de brinquedos que possuem músicas e/ou sons.

No caso dos pacientes que possuem autismo, especialmente, para além das habilidades motoras, é necessário que a profissional esteja apta a lidar com a abstração e que possua ou desenvolva estratégias para trabalhar esta questão e tentar minimizar as dificuldades decorrentes disto, a saber:

Com autistas, principalmente, eu tenho que usar essa parte do faz de conta porque eles têm dificuldade com a abstração. A maioria dos pacientes com autismo tem dificuldade na abstração, por isso que eles têm dificuldades escolares, de números, cores, com os sentimentos também. Formas é mais fácil para explicar, e o corpo também acaba sendo mais fácil, mas com as coisas abstratas eles têm uma dificuldade maior (Rosangela - Fisioterapeuta).

Diante desta fala, faz-se pertinente esclarecer que o autismo é um transtorno amplo, de grande heterogeneidade, no qual a manifestação de sintomas pode variar imensamente de uma criança para a outra, sendo os aspectos mais comprometidos: habilidades para comunicação verbal e não verbal, podendo apresentar ecolalia (repetição de sons, palavras ou frases), inversão pronominal e anomalias no ritmo e no tom do discurso; habilidades sociais, incluindo o isolamento; comportamentos restritivos e estereotipados de atividades e interesses; comprometimento mental/habilidades cognitivas, principalmente nos casos de deficiência intelectual associada; comportamentos disfuncionais (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2007). O autismo, contudo, não compromete, geralmente, todas as áreas mencionadas. Neste sentido, pode-se dizer que as dificuldades com a abstração, apontadas por Rosângela possuem relação com os comportamentos disfuncionais que, por sua vez, podem, ou não, ter ligação com o aspecto cognitivo (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2007).

As autoras supracitadas ressaltam que a atividade lúdica é caracterizada por imaginação e fantasia limitadas nas crianças com autismo. Nota-se, com isto, que a profissional Rosângela utiliza as atividades do faz de conta como uma estratégia para trabalhar a abstração e/ou a organização mental dos pacientes que necessitam. As brincadeiras de faz de conta e a contação de histórias fomentam a liberdade, a vivacidade e a riqueza da imaginação no brincar levando o ser humano, à sua consciência, à arte, à natureza e à vida (SIMON; KUNZ, 2014).

Com as crianças um pouco maiores, em torno dos sete anos em diante, são utilizadas com maior frequência atividades que estimulam o pular com a amarelinha, atividades com bola, o correr, levando-se em consideração as limitações de cada paciente. Como uma atividade que abrange inúmeros aspectos da reabilitação motora, está o jogo de boliche, apontado por Rosângela:

Tem boliche, eu gosto muito porque é uma coisa ativa, porque a criança tem que arrumar as garrafinhas, colocar em pé, tem que jogar a bola, fazer o arremesso, para fazer o arremesso, que usa os membros superiores, tem que estar equilibrado, tem que ter força postural. Assim, treina-se fortalecimento postural, equilíbrio porque tem que ficar parado e não pode se jogar com a bola, depois tem que arrumar as garrafinhas, tem que procurar a bola (Rosângela - Fisioterapeuta).

Além de contemplar os aspectos motores, a profissional ressalta que, com essas atividades também se pode trabalhar o desenvolvimento de conceitos como o dar e receber, o pegar e guardar, porque, assim como em outros contextos, as crianças precisam aprender e respeitar a organização e as regras da atividade e do ambiente. Deste modo, trabalha-se o esperar a sua vez de jogar, jogar para o outro, buscar a bola jogada, guardar os brinquedos após brincar e assim por diante.

Nesta lógica, é importante destacar que a equipe da IS trabalha de forma interdisciplinar, sendo assim, não é porque o atendimento é de fisioterapia que serão trabalhados exclusivamente os aspectos motores da criança. Cada profissional possui os objetivos traçados de acordo com a sua área de atuação, no entanto, há objetivos que são traçados em equipe e que são trabalhados em todas as sessões, independentemente da área. A profissional Rosângela relata isto:

A gente trabalha aqui em equipe, a gente trabalha muito em equipe e a gente traça um objetivo para o paciente e todo mundo vai trabalhar em cima daquele mesmo objetivo. Então, eu vou trabalhar a parte motora, mas sempre vendo o que é importante para aquela criança, para a independência dela, para a inclusão dela. A gente sempre trabalha com independência e inclusão, esses são o nossos objetivos principais, então todo mundo vai trabalhar o que está mais perto para a criança atingir um grau do seu desenvolvimento (Rosângela - Fisioterapeuta).

Diante deste e dos demais elementos que vêm sendo abordados, pode-se afirmar que o serviço da IS procura se constituir de forma diferente do que, comumente, encontra-se nos demais ambientes de saúde visto que, de acordo com Isayama et al. (2011), os projetos de humanização têm sido realizados isoladamente ficando restritos às áreas de atuação dos profissionais que os desenvolvem, sem dialogar com os demais profissionais da instituição.

Nos atendimentos de fisioterapia também são desenvolvidas atividades mais manuais como desenhar, pintar e fazer colagens. Isto porque algumas crianças requerem, principalmente, o desenvolvimento das habilidades manuais ou, simplesmente porque possuem limitações como uma paraplegia e, por isso, não desenvolvem qualquer tipo de movimento com os membros inferiores, sendo assim, as profissionais

optam por trabalhar com estas atividades em determinados momentos. Este tipo de atividade faz com que a criança movimente seus dedos e mãos de forma precisa desenvolvendo os músculos das mãos, ou seja, todas as atividades que envolvem o colorir, o recortar, entre outras, contribuem para o desenvolvimento motor fino (SCHILLER; ROSSANO, 2008).

Outra questão que merece ser relatada sobre os atendimentos da fisioterapia, é a participação dos familiares durante as sessões, mas por motivos e de forma diferente da que acontece na estimulação motora aquática. Enquanto na piscina os familiares entram para participar de forma efetiva, isto é, desenvolvendo as atividades com as crianças, tal qual a profissional de educação física os orienta, na fisioterapia eles atuam como estimuladores para que as crianças realizem a atividade ou os movimentos propostos pela fisioterapeuta. Deste modo, incentivam os pacientes por meio de falas e/ou mostrando brinquedos que eles gostam para que se desloquem até determinado local. Esta participação acontece, principalmente, com crianças menores como bebês ou com crianças maiores que estão ingressando na reabilitação e precisam da adaptação com o ambiente, com a profissional e com as atividades. Em relação às demais áreas de atendimento, a participação acontece em momentos mais pontuais, por exemplo, ao final da sessão os familiares entram na sala e participam de algum jogo para animar a criança quanto à pronúncia correta das palavras nos atendimentos da fonoaudiologia ou para compreender como funciona o jogo e poder jogar com o seu(u) filho(a) em casa, tendo em vista que nesta área é comum a produção de brinquedos para que possam ser praticados ou treinados em casa diariamente. Na terapia ocupacional e na psicologia a participação também acontece desta maneira. No entanto, também há casos em que o familiar permanece na sala durante todo o atendimento por algum motivo específico, como observar o comportamento da criança diante do atendimento ou em alguns casos que necessitam da adaptação inicial.

Os atendimentos da terapia ocupacional possuem a maior variedade de atividades potencialmente lúdicas sendo as mais evidenciadas e praticadas: desenhos e pinturas em papel ofício, em cartolinas, em telas, no espelho; recorte; jogos de memória; jogos de tabuleiro; jogos de cartas; lego; brinquedos de encaixe bilateral; brinquedos para costurar usando agulhas de plástico; uso de instrumentos musicais como piano e gaita; cones de montar; retirar imãs ou velcros de murais e montar histórias com os objetos como animais e plantas na floresta contando a história que está imaginando; retirar e colocar brinquedos com grampos em prancheta de isopor; deslocar

bolinhas de uma ponta a outra de um arco com angulações; passar objetos de um recipiente para outro utilizando tesoura com pontas circulares; apertar botões de brinquedos que mostram e escondem bichinhos a cada comando; brincar na mini cozinha fazendo comidinhas, lavando e guardando as louças; explorar o tanque de areia utilizando brinquedos ou pescando; fazer tatuagem nas mãos e posteriormente simular a boca de animais abrindo e fechando (tatuagem específica para este fim); uso de materiais de construção, circuitos.

Todas as atividades supracitadas têm como foco a aprendizagem ou a melhora no desenvolvimento das atividades de vida diária como comer sozinho, escovar os dentes, vestir roupas e calçados, tomar banho, para isto, são realizadas, principalmente atividades manuais para trabalhar, por exemplo, o lado do corpo que possui limitações (hemiparesia - braço e mão esquerda comprometida, por exemplo). Os brinquedos e as brincadeiras do atendimento da terapia ocupacional se mostraram os mais motivantes para as crianças, pois, em todas as observações nestes, percebeu-se o brincar livre e espontâneo, sem a necessidade de a profissional utilizar-se da contação de histórias, por exemplo, para envolver e/ou convencer a participação das crianças em alguma tarefa. Não que as histórias, o faz de conta ou as fantasias não sejam proporcionadas na terapia ocupacional, no entanto, o lúdico se constitui predominantemente nas vivências por meio dos brinquedos e brincadeiras. Sendo o faz de conta utilizado em momentos e em atividades oportunas, como na elaboração de histórias nos murais de imãs e velcro ou, nas atividades construídas na mini cozinha.

Neste segmento, Kishimoto (1999) ressalta que o brincar livre pode parecer incompatível com a busca de resultados, contudo, esclarece que, se a criança está realizando a atividade, como montar um quebra-cabeça livre e prazerosamente, com a inclusão de elementos que favoreçam o desenvolvimento de aspectos dos quais ela necessita, a função lúdica e, neste caso, a terapêutica, estarão presentes. Contudo, se ela prefere empilhar as peças do quebra-cabeça simulando a construção de um castelo, provavelmente, estará contemplando o lúdico, a situação imaginária, as habilidades para a construção do castelo e a criatividade, mas o atendimento aos objetivos não estará garantido. Por isso que, além da motivação interna, o trabalho educacional ou terapêutico necessita de estímulos externos (KISHIMOTO, 1999). Nesta direção, pode-se citar, na área da terapia ocupacional, o oferecimento de diferentes jogos e brinquedos para que a criança possa escolher o de sua preferência, entretanto, todos visam o desenvolvimento dos aspectos necessários em cada caso. Ademais, como estímulo externo, aponta-se

os comandos durante a atividade para que a criança utilize o membro que necessita ser trabalhado (mão esquerda, por exemplo).

Também foi possível notar a afinidade que algumas crianças possuem com a terapeuta ocupacional da reabilitação pediátrica, uma vez que foram presenciadas crianças batendo na porta antes do horário de seu atendimento para dar oi à profissional e perguntar se podiam entrar, bem como, o desejo por permanecer no atendimento quando este chegava ao fim. Isto pode ser explicado, tanto pelas relações afetivas estabelecidas entre a profissional e seus pacientes quanto pelo prazer das crianças ao realizar as brincadeiras propostas neste atendimento. Nestas ocasiões verificou-se o frequente “feedback” positivo aos pacientes, sendo esta a principal forma de estímulo para a realização das atividades, assim como, os constantes elogios pelo bom comportamento diante de uma observação externa (pesquisadora) e as atitudes carinhosas como abraços e beijos ao receber e despedir dos pacientes.

Nos atendimentos da psicologia as atividades se referem, principalmente, a jogos que possuem o objetivo de facilitar a expressão de sentimentos, de angustias ou dificuldades diárias das crianças. Desta forma, as atividades não são tão diversificadas, mas as que são utilizadas refletem aquilo que é necessário para a profissional poder avançar nos aspectos psicológicos do paciente. Pode-se dizer que com esses jogos, como a “conversinha” (jogo de cartas que permite a exposição de situações reais - boas ou ruins), proporcionam prazer e bem-estar para alguns pacientes, mas, para outros, talvez, não tanto pois, o jogo pode fazer com que a criança lembre de algo ruim de seu dia a dia como preconceitos, sentimentos de incapacidade, de diferença perante colegas. Porém, neste caso, ressalta-se que o resultado final é que justificará tais atividades, uma vez que, ao falar sobre seus medos e angústias por meio de um jogo, permite-se que a psicóloga ajude-a a encontrar soluções e, assim, sentir-se melhor. Sendo assim, o jogo lhe trará benefícios que podem não ser imediatos, mas farão parte do resultado final. O uso de desenhos, de pinturas e de fantoches para contação de histórias também são muito utilizados nos atendimentos da psicologia para, novamente, permitir que a criança fale sobre sua vida de uma forma mais suave. A fala abaixo reflete o uso destes recursos:

Eu uso a “conversinha” (jogo). Tenho outro que é um jogo mais recente de perguntas e respostas, mas que tem um alarme no qual você tem que apertar para responder. A criança não sente tanta angústia de ter que responder todas porque eu

também posso responder. Mas você vê que, como é uma coisa diferente, não é uma obrigação, elas querem apertar e querem falar de si. É bem interessante. Os fantoches também eu estou utilizando e estou gostando muito, é uma forma de a criança contar um pouquinho de como é a sua família. Tem uma criança que foi muito bonitinho, que no uso do fantoche demonstrou como é que o pai dele chega em casa: “oi, oi fulano”. Ele mostrou correndo, se aproximando, beijando, então aquilo mostra como é. Depois eu perguntei para a mãe, mas nem contei para ela como a criança fez, eu ouvi da mãe e foi exatamente o que a criança demonstrou aqui. Tem momentos que eu deixo livre, quando o objetivo daquele momento já foi alcançado, então eu pergunto: “você quer fazer o que?”: “ah, eu quero desenhar”. Assim você vê também as habilidades de uma criança, os interesses (Lenita - Psicóloga).

Com esta fala da psicóloga, percebe-se a necessidade do uso das atividades lúdicas para conquistar a confiança da criança, pois se esta relação não for estabelecida entre paciente e profissional, dificilmente a criança falará sobre seus medos, preocupações e anseios para uma pessoa tida por ela como estranha. As atividades lúdicas são utilizadas nestes atendimentos como uma estratégia para que possa ser estabelecida esta relação de confiança e, com isso, os diálogos ocorram de modo que os acontecimentos diários dos pacientes sejam transparecidos dentro de um jogo, de um desenho, de uma pintura ou do faz de conta quando se utiliza os fantoches, por meio dos quais a criança pode contar como é sua vida em casa, na escola e na comunidade. Nesta lógica, é importante lembrar que a fantasia das crianças é algo muito sério, tendo em vista que é a maneira como as mesmas expressam seus sentimentos, portanto, muitas vezes é uma forma de como ela expressa coisas que tem dificuldade em admitir ou reconhecer como realidade (BOMTEMPO, 1999). Conforme a autora, as crianças são capazes de lidar com complexas dificuldades psicológicas por meio do brincar, pois interagem experiências de dor, de medo, de bem e de mal, pensando em seus sentimentos elas passarão a conhecê-los e aceitá-los na vida cotidiana.

A fonoaudiologia é a área, na qual mais se observou o entrelaçamento do lúdico sendo utilizado por intermédio de jogos e do faz de conta. Enquanto em alguns atendimentos o lúdico configurava-se

nos jogos de tabuleiro, de memória, dominó, quebra-cabeças, jogos de encaixe, em outros, utiliza-se a contação de histórias por meio de desenhos, de livros, de montagem de ambientes como casas com mini pecinhas e a simulação de situações reais a partir de brinquedos como frutas, verduras e legumes de plástico ou com fantoches. Em alguns casos utilizam-se também as brincadeiras como fazer bolhas de sabão, encher balões, assoprar língua de sogra para trabalhar movimentos da musculatura orofacial. Com as crianças de zero a três ou quatro anos, ocorre o uso de diversos brinquedos com sons como carrinhos, bonecas (os) e animais para estimular a fazer os sons onomatopéicos, os sons dos automóveis, dos animais, ou seja, os barulhos que existem nos ambientes. Com estes brinquedos estimula-se o pegar, o explorar e o escutar para que seja desenvolvida a linguagem. Para Schiller e Rossano (2008) o período em que a criança está mais sensível à aquisição da linguagem é do zero aos cinco anos, sendo assim, o brincar, em suas diversas formas e variações, favorece a sensibilidade fonológica e é valiosa para o desenvolvimento da linguagem oral.

Pode-se dizer que nas atividades supracitadas, prevalece o uso dos jogos com os quais as fonoaudiólogas trabalham a pronúncia de determinados sons e fonemas, bem como, a associação de números, cores e formas, de acordo com o que cada criança necessita. Por exemplo, com o jogo “Lince” que consiste em um tabuleiro com inúmeras figuras (animais, alimentos, automóveis, eletrodomésticos, roupas, calçados, materiais escolares, etc.) que devem ser encontradas/visualizadas pelos jogadores a partir da seleção de fichas para cada jogador, é estimulada a pronúncia correta das palavras, referentes às figuras, a cada jogada dando-se ênfase na melhora das dificuldades linguísticas de cada paciente. Além disso, trabalha-se o aspecto cognitivo dos pacientes com deficiência intelectual por meio da classificação das diferentes figuras, por exemplo, separar o que é animal, alimento e vestimenta ou dentro dos alimentos o que é verdura ou fruta. De acordo com o grau da deficiência do paciente, são utilizados jogos mais ou menos complexos. Esta atividade anterior, geralmente, é utilizada para pacientes que possuem a deficiência intelectual leve, no entanto, para os pacientes com esta deficiência de grau moderada ou severa, pode-se fazer o mesmo trabalho, porém, sem utilizar o jogo em si, mas as imagens para treinar a pronúncia e a memória.

No caso do faz de conta, notou-se esta utilização para os pacientes que estão na fase pré-operatória e que conseguem se envolver no jogo simbólico por meio da contação ou elaboração de uma história. Em um atendimento observou-se o desenvolvimento de uma atividade

na qual a temática era a feira. Então, montou-se a feira com frutas, verduras e legumes de plástico e, posteriormente, o paciente (Apollo) e a profissional simularam ser o vendedor (profissional) e o cliente (Apollo), cada qual encenando estes personagens. Assim, Apollo faz de conta que chega à feira, pega uma cestinha e escolhe as coisas que deseja comprar, enquanto isso, a profissional o estimula a falar o nome das coisas que ele está “comprando”. Ao final, o cliente (Apollo) passa as compras no “caixa”, paga com dinheiro representado por cartas, embala a compra e simula ir embora. Em seguida, sugere a inversão dos personagens que é aceita pela profissional e o faz de conta de repete. No decorrer da encenação a profissional conversa com Apollo como se fosse realmente o vendedor ou o cliente, fazendo com que ele se envolva plenamente na atividade que está sendo desenvolvida.

Ao serem ressignificados, os lugares permitem às crianças o brincar de faz-de-conta transformando qualquer objeto em brinquedo, ou seja, “pedaços de madeira podem virar cavalos, carrinhos ou barcos” (MANFROI; MARINHO, 2014, p. 13). Neste sentido, no exemplo supracitado, as frutas, verduras e legumes de plástico, eram “de verdade”, os pedaços de papel, eram dinheiro. Bomtempo (1999) explica que a interação da criança com o objeto não depende da natureza deste e, sim, da função que lhe é atribuída, pois a criança assimila o mundo à sua maneira. Além disso, há a transformação que se refere à incorporação do personagem pela criança, que neste caso, era o “vendedor de frutas”. A “adoção de papéis”, conforme Bomtempo (1999), torna os desejos das crianças realizáveis, dado que frequentemente as crianças almejam situações do mundo adulto, como ser pai ou ser mãe, que não podem acontecer imediatamente. Tendo em vista que as crianças possuem dificuldades em lidar com a espera, criam um mundo de fantasia, por meio do qual podem assumir estes papéis. De acordo com a autora, a atividade de faz-de-conta possui imensa eficácia no desenvolvimento cognitivo e afetivo das crianças.

No entanto, a profissional Lurdes esclareceu que são poucos os pacientes com os quais se consegue desenvolver este tipo de atividade, pois há casos em que os pacientes possuem um atraso tão grande da linguagem, que é preciso desenvolver outros aspectos antes para que ele venha a ter o simbolismo. É necessário desenvolver a atenção, a concentração no brincar, o começar a dar uma função para um objeto ou um brinquedo. Sendo assim, esse tipo de atividade, com o faz de conta, é desenvolvida quando a criança possui essa organização ou essa base, ou seja, que ela esteja na transição do estágio sensório-motor para o pré-operatório onde começam os jogos simbólicos (MENDES; DIAS, 2014).

Kishimoto (1999) corrobora estas afirmações ao mencionar que a brincadeira do faz de conta é onde aparece com mais evidência a situação imaginária, a qual surge com o aparecimento da representação e da linguagem, por volta dos dois/três anos, quando a criança começa a dar significado para os objetos, os acontecimentos, a expressar fantasias. Entretanto, acrescenta-se que as crianças com deficiência intelectual, iniciam o envolvimento com os jogos simbólicos tardiamente, dados os atrasos no desenvolvimento cognitivo (SHERRILL, 2004; WINNICK, 2010).

Quanto ao trabalho com histórias, também foi observado nos atendimentos de um paciente com autismo (Bryan), o qual adora contar histórias e falar sobre os personagens das mesmas, no entanto, possui dificuldades para elaborar e/ou contar uma situação lógica ou mesmo real. Neste sentido, a profissional propõe a produção de histórias em livros que são montados durante o próprio atendimento para que depois possam ser levados para casa. Nestes momentos, Bryan é estimulado a pensar e contar uma história de modo que esta possua um sentido lógico ou um significado, questões nas quais ele possui dificuldades, tal qual a profissional relata:

Histórias eu uso muito com o paciente Bryan para ele tentar ter uma sequência lógica porque ele não tem contextualização. Ele fala mil coisas desconexas e não consegue contar uma coisa que aconteceu ontem, por exemplo. Sendo assim, essa questão da história é importante por causa disso, porque tem começo, meio e fim (Berenice - Fonoaudióloga).

Esta característica de Bryan, de não conseguir organizar o pensamento e a fala de forma lógica, foi evidenciada em todas as observações sistemáticas feitas nos atendimentos dele. Entretanto, foi possível observar que a cada semana, Bryan conseguia contar o que aconteceu com o livro de história ou com outro brinquedo (construído no atendimento) que havia levado para casa, se leu, se pintou, se brincou, se estragou ou se perdeu. Sendo a iniciativa de falar sobre isto, tomada pela própria criança. Deste modo, pode-se dizer que a estratégia escolhida pela profissional, da montagem de histórias, é efetiva de certo modo, pois Bryan começou a conseguir contar um fato ocorrido, neste caso, sobre o livro ou brinquedo que ele construiu. Uma questão importante é que esta Bryan demonstra gostar muito de histórias, pois em todos os atendimentos solicitava que fosse desenvolvida alguma

atividade relacionada a isto. Sendo assim, as histórias atuam como um fator motivacional para a terapia dele. De acordo com Schmidt e Bosa (2011), este tipo de intervenção é adequado, visto que sugere que as crianças com autismo necessitam de atendimento multiprofissional e interdisciplinar capazes de considerar todas as suas áreas de comprometimento, sobretudo, focalizando suas potencialidades. Nesta perspectiva, Kishimoto (1998), ao falar sobre o brincar e suas teorias, indica que as histórias possibilitam a transferência de um significado pelo poder da imaginação, tendo o mundo concreto como ponto de partida para um mundo mais abstrato e subjetivo.

A produção de jogos foi outra especificidade observada na área da fonoaudiologia. Muitos jogos são confeccionados durante a sessão terapêutica na IS, em seguida realiza-se a atividade com o mesmo e, ao final da sessão a criança leva-o para casa para poder usá-lo, sempre com o intuito de treinar as habilidades para as quais aquele material foi construído. Neste sentido, como já foi citado em outros momentos, o familiar é convidado a participar da atividade para que saiba como estimular a criança em casa. Nesta lógica, na semana seguinte a profissional questiona sobre a realização, ou não, da atividade em casa e, caso necessário, reforça a importância desta prática para além do ambiente da IS para que a criança possa evoluir nos aspectos que necessita. Além disso, independentemente da confecção de jogos e brinquedos, ao final de todos os atendimentos, o familiar recebe orientações que devem ser seguidas em casa para que ocorra uma melhor progressão do paciente. Na fala da profissional Lurdes é possível compreender como são utilizadas as atividades lúdicas nos atendimentos da fonoaudiologia:

Como o maior público tem atraso no desenvolvimento da linguagem, uma das estratégias que eu tenho são as mini pecinhas da casinha. Tem os cômodos da casa, com os móveis, com os bonequinhos, para poder, a partir disso, trabalhar questões que são do dia a dia das crianças e estimular o aumento do vocabulário, de organização das frases, a compreensão, a interação entre um olhar, com um gesto e a comunicação. Esse é um recurso que eu gosto de usar. Quando tem uma alteração específica na articulação da fala como uma troca de fonemas, eu procuro fazer joguinhos direcionados para aquela troca. Se a criança, por exemplo, não fala o “R”,

eu organizo um jogo de memória ou bingo ou algum jogo que possa ser construído junto para ajudar na memorização e na continuidade diária do uso do jogo. É um recurso que ela leva para casa e traz (Lurdes - Fonoaudióloga).

Por meio desta fala, pode-se notar a quantidade de aspectos que são abordados nesta área, inclusive, o aspecto social quando a profissional cita a interação como uma das questões de seu trabalho. Aliás, foi nítido nas observações que este aspecto é explorado em todas as áreas de atendimento, uma vez que o carinho, o afeto, a forma de tratar o paciente, a preocupação em proporcionar bons momentos durante a terapia, por si só, abrangem o desenvolvimento do componente social.

Neste sentido, destaca-se que não foi possível verificar diferenças quanto às relações estabelecidas entre as profissionais e seus pacientes, pois todas manifestaram atitudes positivas para com as crianças, seja durante os horários de atendimentos ou, até mesmo, nos corredores da IS, onde se observou, informalmente, inúmeras formas de carinho e preocupação das profissionais com o bem-estar das crianças. Sendo assim, foi possível constatar que as formas de manifestar este atendimento humanizado, por vezes, distinguem-se pelas características pessoais de cada uma, por exemplo, algumas profissionais apresentam mais interações por meio de falas, fazendo brincadeiras, conversando sobre assuntos do dia a dia das crianças; outras estabelecem mais interações com trocas de olhares, com o contato físico como um beijo, um abraço ou, simplesmente, um carinho em qualquer parte do corpo.

Por meio desta sensibilidade, que vai ao encontro dos pressupostos do PNHAH, a equipe multiprofissional estabelece a interdisciplinaridade e busca instituir a consolidação do lúdico em seus atendimentos por meio dos estímulos à sua fruição, pelas crianças com diferentes deficiências. Assim, as profissionais almejam também o alcance dos objetivos terapêuticos, considerando as possibilidades individuais.

4.1.3 Conteúdos, objetivos e o atendimento multiprofissional e interdisciplinar para consolidação do lúdico no atendimento às crianças com diferentes deficiências

Todas as atividades lúdicas desenvolvidas nos atendimentos são selecionadas para atenderem determinados conteúdos e objetivos que dizem respeito ao tipo de deficiência e às necessidades de cada criança. Nesta direção, a profissional de educação física relatou que, na sua área, são trabalhados, principalmente, os conteúdos relativos ao desenvolvimento motor e aos ganhos de capacidade motora. Citou que há alguns pacientes que precisam, por exemplo, desenvolver as habilidades do engatinhar, do rolar, ou seja, das atividades mais naturais, então as atividades são planejadas e desenvolvidas de acordo com essa demanda. Por sua vez, na estimulação motora aquática, por exemplo, são abordados os conteúdos mais relativos à natação por meio de atividades pré-desportivas e lúdicas.

Na área da fisioterapia foram relatados os conteúdos referentes ao fortalecimento (muscular, postural, de membros), o equilíbrio, a independência funcional, o treino ortostático (ficar em pé), a dissociação de cinturas. Além destes, foram apontados o próprio brincar e o tempo de latência, que se refere ao esperar a resposta da criança ao estímulo dado, como conteúdos dos atendimentos. Isto pode ser retratado pela fala da profissional Rosângela:

Como a criança aprende brincando, ela tem que aprender a brincar. Ela (paciente), por exemplo, é uma criança que não brincava, ela chegava aqui e só jogava todos os brinquedos no chão. Agora, ela já aprendeu a brincar, ela manuseia, manipula, explora o brinquedo. A gente tem que ter a paciência de esperar o paciente responder no brincar, se a gente ficar sempre estimulando, estimulando, estimulando, a gente não percebe a resposta da criança, então essa também é uma coisa difícil aqui para a gente porque tem que esperar, se segurar para esperar, deixar a criança escolher o brinquedo, a criança mostrar, apontar, pegar (Rosângela - Fisioterapeuta).

É possível observar nesta fala a necessidade do brincar para o desenvolvimento do trabalho das profissionais com o público infantil na reabilitação, uma vez que, se a criança não possuir a capacidade de

brincar, não é possível a aplicação e o avanço quanto aos outros conteúdos, neste caso, da fisioterapia. Tendo em vista os inúmeros conteúdos desta área, é necessário esclarecer que cada um deles é direcionado de acordo com as necessidades de cada paciente, no entanto, pode-se citar como um objetivo para todos, que eles consigam atingir o máximo de independência funcional e conforto postural, respeitando os seus limites de acordo com a patologia.

Quanto à terapia ocupacional, foi citado como objetivo a independência dos pacientes nas atividades de vida diária (AVDS) e nos cuidados próprios, isto é, que sejam capazes de pegar e usar talheres, tomar banho sozinhos, trocar-se. Neste sentido, os conteúdos trabalhados, por intermédio das atividades lúdicas, são as habilidades manuais, a coordenação manual fina e grossa, a força muscular, bem como, a adequação desta pois, de acordo com a profissional Elsa, muitas vezes, o paciente possui essa força, mas não sabe usá-la. Para além disso, a profissional citou o trabalho para o desenvolvimento da percepção visual (identificação de tamanho, cor, forma), da imagem corporal, o conceito corporal que podem ser trabalhados com simuladores de roupas e fantasias de distintos personagens. A terapia ocupacional também atua nas adaptações, por exemplo, engrossar o cabo de uma colher ou de um lápis para que o paciente consiga segurar e usar estes objetos ou, a adaptação em uma cadeira para que a criança possa aprender a tomar banho sozinha sem correr o risco de se machucar (exemplos verificados durante a observação sistemática).

Na psicologia os conteúdos citados foram bem pontuais, sendo o principal, a expressão de sentimentos que se trata do aprender a falar de si, das pessoas com quem convive e dos acontecimentos diários. O outro conteúdo mencionado foi a pontuação de comportamento, ou seja, refletir sobre o seu comportamento em determinadas situações, seja em casa, na escola ou na própria IS. Nesta direção a expressão de sentimentos e a mudança de comportamento são estimuladas com o uso das atividades lúdicas. Para exemplificar isto, pode-se citar a capacidade da criança de falar sobre uma discriminação que sofreu na escola e que a magoou, uma briga com os pais ou a correção de comportamentos inadequados como a utilização de palavrões ou a agressividade.

A fonoaudiologia e a fisioterapia possuem numerosos conteúdos, sendo que a primeira é composta por cinco áreas: a linguagem e a fala, a audição, a voz, a disfagia e a motricidade. Destas, algumas são mais trabalhadas e outras menos devido à demanda de acordo com o público. Por exemplo, a linguagem é um dos conteúdos mais trabalhados, pois muitas crianças que estão na reabilitação, seja física ou intelectual,

necessitam do estímulo para desenvolver a linguagem e para aprender a falar ou para corrigir a troca de fonemas que, por vezes, os impedem de se comunicar por meio da fala.

Em outros casos, pode-se citar o trabalho da motricidade oral que é quando a criança com paralisia cerebral, por exemplo, tem dificuldade nos movimentos dos músculos da face, por isso, não tem uma boa movimentação de língua e do lábio o que resulta na respiração pela boca ou invés de ser pelo nariz. Também há muitas crianças com dificuldades na alimentação, pois não conseguem fazer os movimentos adequados com a língua e com a boca para conseguir ter uma boa deglutição. Neste caso, trabalha-se com alimentos, com exercícios de língua, de lábio, massagens no rosto. Por sua vez, sobre os conteúdos relacionados à voz, são pouco trabalhados porque é no qual há menor incidência, com exceção de alguns pacientes que possuem traqueostomia que acaba afetando a laringe.

Para os pacientes com deficiência intelectual ou autismo, o foco é o desenvolvimento cognitivo e o desenvolvimento de linguagem, tanto oral como escrita. Além de leitura e da interpretação, não com ênfase nas questões pedagógicas, ou seja, a fonoaudiologia não vai ensinar os pacientes a ler e escrever, mas, sim, trabalhar a leitura e a escrita como recurso terapêutico para o desenvolvimento de fala, da compreensão e expressão que são as principais dificuldades destes pacientes. Nesta lógica, o atendimento trabalha conteúdos que dão suporte à alfabetização como memória, consciência fonológica e questões de processamento fonológico, pois praticamente todas as crianças com deficiência intelectual ou autismo, que estão na fase escolar, têm dificuldades na aprendizagem (WINNICK, 2010; SCHMIDT; BOSA, 2011).

A maior área é a da linguagem e dentro dela entra a parte da interação social, do olhar e da comunicação que às vezes é com a fala e às vezes é com gestos ou com comunicação alternativa (Lurdes - Fonoaudióloga).

Novamente podemos citar na fala de Lurdes a contemplação do aspecto social durante o atendimento, seja por meio de expressões verbais ou corporais. Nesta direção, faz-se importante mencionar os atendimentos em grupo chamados de “oficinas terapêuticas”, para os pacientes com deficiência intelectual ou autismo, que visam atender necessidades específicas, dentre elas o desenvolvimento do aspecto

social, de determinados pacientes que são reunidos em grupos de no máximo cinco crianças para participar de atividades direcionadas para estas necessidades que são comuns entre os pares. Tais oficinas são específicas do setor de reabilitação intelectual e do transtorno do espectro autista (RIA) e são realizadas a partir do serviço interdisciplinar estabelecido na IS. Deste modo, as profissionais das diferentes áreas de atendimento verificam as características comuns dos pacientes e, de acordo com a demanda, são montadas as oficinas. Segue o relato da profissional Berenice que exemplifica este trabalho:

Tem os atendimentos individuais e os atendimentos em grupo que se chamam oficinas terapêuticas. Os pacientes entram sempre em atendimento individual, nas discussões a gente vai vendo quais são os pacientes que tem perfis semelhantes, idades semelhantes, diagnósticos semelhantes e que possam ser beneficiados pela oficina e se surgir esse caso, a gente monta. Por exemplo, eu tenho uma oficina que são dois autistas, de 10 e 11 anos, e a gente montou. Eles faziam atendimento comigo, com a psicóloga e com a terapeuta ocupacional. A gente achou que para eles seria importante porque os dois tinham a questão do não aceitar o perder. Assim, a gente juntou os dois numa oficina com fonoaudiologia e terapia ocupacional. Mas pode acontecer de com outros pacientes a gente sentir a necessidade de fazer a oficina da fonoaudiologia com a psicologia. Não tem fixo o número de pacientes, tem que ser no mínimo dois e no máximo cinco e, não tem fixos os profissionais. Depende da demanda, a gente vai montando essas oficinas. Elas não são fixas, atualmente eu estou com duas mas, por exemplo, uma vai terminar agora em setembro porque um paciente vai receber alta e o outro paciente voltará para o atendimento individual. A partir do momento que surgir outro paciente com perfil semelhante, a gente monta a oficina novamente (Berenice - Fonoaudióloga).

As oficinas terapêuticas seguem o mesmo tempo dos atendimentos individuais que é de 50 minutos. Quanto ao período de sua realização, pode durar de três a seis meses, no entanto, se necessário isto pode ser modificado permitindo a continuação até que os objetivos

sejam atingidos tal qual foi planejado de acordo com as necessidades e possibilidades de cada paciente. Quanto às atividades desenvolvidas nestas oficinas, segue-se a mesma lógica dos atendimentos individuais, sendo, igualmente, atividades lúdicas como jogos de tabuleiro, de memória, quebra-cabeças, histórias, o uso do faz de conta, no entanto, por meio destas atividades acontece o estímulo das interações, da compreensão do ganhar e perder, do respeito e/ou daquilo que os pacientes apresentam como dificuldades. Em um caso pontual, trabalhou-se o cozinhar com duas crianças (Iago e Henri) com autismo que estavam precisando melhorar os hábitos de alimentação. Neste sentido, em uma oficina terapêutica da fonoaudiologia com a terapia ocupacional, propôs-se como atividade fazer uma salada de frutas, sendo assim, Iago e Henri, com auxílio das profissionais, fizeram-na e depois a comeram. Durante a atividade as profissionais estabelecem discussões sobre a importância da alimentação saudável, mas também trabalham outros aspectos como a interação e as habilidades manuais como o descascar e o cortar as frutas.

Schiller e Rossano (2008) indicam que a culinária é um dos melhores exemplos de atividade que integra várias habilidades (cognitivas, físicas, sociais e emocionais). Segundo os autores, no aspecto cognitivo, por exemplo, podem ser trabalhadas cores, formas, tamanhos e, ainda, conteúdos relacionados ao tempo; quanto ao aspecto social, desenvolve-se o cooperar, o compartilhar e o interagir trabalhando em grupo; nas habilidades motoras amplas e finas, as crianças mexem, espalham, apertam, furam, cortam, enrolam, derramam e batem os alimentos; do ponto de vista nutricional, podem ser estimulados os hábitos de alimentação saudáveis por meio de escolhas adequadas; além disso, ao realizar estas atividades as crianças se divertem.

No entanto, não é apenas nas oficinas terapêuticas que o trabalho interdisciplinar do setor RIA se concretiza, sendo que durante todo o processo de reabilitação de cada paciente, ocorre a troca de informações entre as profissionais das diferentes áreas, o que permite o desenvolvimento mais consistente, completo e adequado para que se possa compreender e atender as necessidades do paciente como um todo, ou seja, sem a fragmentação do sujeito. Neste sentido, destaca-se que ao ingressar na IS, o paciente passa por uma avaliação multidisciplinar para que seja traçado o seu Plano Terapêutico Singular (PTS) que se trata de um plano padrão e que segue orientações do SUS. Nesta primeira avaliação ocorre a participação dos pais ou responsáveis legais do paciente para que eles também possam falar sobre os aspectos

que consideram frágeis e que gostariam que melhorassem em seu filho (a) ou familiar. A partir disto, os profissionais traçam o PTS que será seguido por todas as áreas de atendimento, ou seja, todos terão um objetivo em comum para aquele paciente que pode ser a melhora no aspecto cognitivo, no comportamento, na expressão, nas interações, etc. Entretanto, cada profissional também possui os seus objetivos específicos de acordo com a sua área.

Nas reuniões semanais de equipe, acontece a discussão de caso de cada paciente. Também há as reavaliações a cada três meses nas quais o plano terapêutico vai sendo ajustado de acordo com os avanços e possíveis novas necessidades do paciente. Vale destacar que na reunião de reavaliação de seis meses e de um ano acontece, novamente, a participação do familiar que poderá contribuir apontando se houve melhoras em relação aos aspectos discutidos inicialmente e se há novas dificuldades a serem trabalhadas. Neste sentido, ao final de um ano de reabilitação, os profissionais avaliam se ainda há algum aspecto no qual o paciente poderá obter benefícios, tendo em vista que, no geral, o tempo estipulado para permanência na reabilitação do setor RIA é de um ano. Mas, se houver a necessidade, este período pode ser prorrogado visando uma maior autonomia e independência do paciente para a vida social. Na citação a seguir, pode-se observar como se configura este serviço interdisciplinar:

A gente faz a avaliação inicial e vê quais os pontos que precisam ser trabalhados e ouve o que os pais querem, qual o objetivo e a queixa principal deles, a mãe pode dizer: “eu quero que ele não seja tão inocente nos relacionamentos que ele tem, para os outros não sacanearem muito ele”. Assim, a gente pega a opinião dos pais, vê o que a gente analisou e tenta focar naquilo que os pais querem porque não adianta a gente fazer um planejamento que seja só do nosso ponto de vista porque não é isso que os pais estão buscando. A gente coloca a queixa dos pais junto com a nossa avaliação e cria um planejamento terapêutico que será revisto em torno de três em três meses, daí a gente vai sentar, vai discutir o caso e ver se ele é mantido ou se será modificado. Há reuniões semanais de equipe. Na reunião de seis meses e de um ano, os pais sentam novamente com a gente e é feita a mesma avaliação inicial, reavalia os mesmos pontos e vê com eles os avanços que

ocorreram, as dificuldades e qual seria, novamente, o que eles precisam que a gente auxilie, e, assim, o plano terapêutico vai sendo modificado ao longo do processo terapêutico (Lurdes - Fonoaudióloga).

Pode-se verificar nesta fala o interesse em consolidar um dos princípios do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, ou seja, o olhar e entender o paciente em todas as suas dimensões e em todo seu contexto (familiar, social, educacional), e não apenas pelos aspectos clínicos. Nesta lógica, destaca-se a participação dos familiares, não apenas na avaliação e reavaliações, mas em todo o processo da reabilitação, inclusive nos momentos do próprio atendimento:

Se vem um irmão ou um familiar, a gente pede para vir, às vezes, até a presença do pai, porque vai dar uma motivação e modifica a autoestima da criança porque é um pai que, as vezes, nunca jogou um joguinho e vem e tem o momento de jogar, a criança se motiva a falar melhor ou se comunicar melhor para ter aquele retorno, digamos assim, de uma figura que não é muito presente, ou seja, o pai. Às vezes vem a avó, então, vários familiares entram e participam da brincadeira. Já veio irmão, veio avô, avó, pai. O familiar, geralmente, participa ou em toda a sessão ou em algum tempo dela, só que tem que ver se a presença dele é um dos objetivos do plano terapêutico ou não porque, às vezes, a presença pode não auxiliar na independência, na autonomia e depois que a criança adquiriu um pouco, a mãe também pode começar a entrar um pouco mais. Mas no final da sessão os pais entram para serem orientados sobre o que fazer durante a semana. Nas crianças pequenas, a mãe ou o pai ficam a sessão toda comigo, porque eu acho que quando eles observam o que faz, através do brincar, e enquanto eu estou fazendo, eu vou dizendo para o que serve e eu vejo que eles conseguem colocar em prática, mais do que só falar. Tem a orientação, mas eles ficam observando (Lurdes - Fonoaudióloga).

Pensando no trabalho interdisciplinar, outra questão a ser ressaltada é a comunicação diária entre as profissionais sobre o processo terapêutico do paciente. Neste sentido, faz-se interessante mencionar que inúmeras vezes foram observadas, informalmente, discussões diárias entre profissionais de diferentes áreas, nos intervalos de atendimento, no sentido de conversarem sobre fatos ocorridos com os pacientes na sessão e/ou em casa ou na escola. Isso permite que todas as profissionais fiquem a par da situação do paciente rapidamente para, desta, forma poderem atuar em pontos que, muitas vezes, surgem de um atendimento para o outro. Isto é, o trabalho interdisciplinar vai além do planejamento clínico traçado:

A psicóloga orienta, eu utilizo a orientação dela. Eu oriento sobre a comunicação e as outras profissionais também podem usar, a terapeuta ocupacional direciona: “agora a gente precisa trabalhar o lavar as mãos, a autonomia para aprender a lavar as mãos”. Assim, eu coloco isso lá num brincar ou também tento colocar no momento que precisa isso (Lurdes - Fonoaudióloga).

O atendimento é igualmente configurado como multiprofissional e interdisciplinar no setor da reabilitação pediátrica, o qual atende crianças com deficiência física. Sendo as características da interdisciplinaridade citadas no setor RIA, observadas igualmente neste setor. No entanto, o que se constitui de forma um pouco diferente é a avaliação inicial, bem como as reavaliações que não seguem o PTS do SUS tanto quanto o RIA, pois as avaliações são feitas de forma mais individual inicialmente, de acordo com cada área. Porém, no decorrer dos atendimentos, as profissionais verificam as necessidades, também em parceria com os familiares e discutem nas reuniões de equipe quais aspectos podem ser focados por todas as áreas de atendimento.

Na reabilitação pediátrica alguns atendimentos, apesar de serem individuais no que se refere ao paciente, são desenvolvidos por duas profissionais que atuam em parceria para atender a necessidade específica deste. Por exemplo, quando uma criança está com dificuldades para se adaptar às atividades da reabilitação, duas profissionais, como fisioterapeuta e terapeuta ocupacional trabalham juntas com o intuito de tornar a sessão mais atrativa. Sendo assim, enquanto uma estimula a criança por meio de brincadeiras ou histórias com o faz de conta, a outra realiza os exercícios ou métodos da terapia,

como um alongamento. Ou, quando um paciente com paralisia cerebral não consegue se comunicar durante os atendimentos, a fonoaudióloga pode atuar em parceria com as outras profissionais para facilitar a comunicação nos atendimentos da terapia ocupacional ou da fisioterapia.

De acordo com a necessidade do paciente, a gente pode optar, neste sentido, quando há alguma dificuldade no manuseio com a criança, têm crianças que são menos receptivas, então é uma situação que a gente pode unir o trabalho de dois profissionais na terapia para a criança se sentir acolhida e ir fazendo amizade, como a gente diz, e ao mesmo tempo você vai introduzindo as terapias. Às vezes, a gente pode também fazer o trabalho em conjunto porque precisa de dois profissionais, um para posicionar e outro para realizar a atividade (Áurea - Fisioterapeuta).

Também há casos, especificamente na área da fisioterapia, nos quais ocorrem mais de um atendimento na mesma sala por se tratar de um espaço adequado para isto. Se as duas profissionais considerarem válido, o atendimento ou algumas atividades podem ser desenvolvidas em conjunto, de modo que, sejam proporcionados momentos de interação e diversão entre os pacientes. Além disso, ocorre a participação dos familiares para auxiliar na motivação da criança:

Eu posso trabalhar sozinha, posso trabalhar com a participação da mãe, às vezes, de um irmão que vem e a gente também coloca para ajudar no sentido de estimular a criança. Às vezes, na sala tem dois atendimentos, eu atendendo uma criança e outra criança sendo atendida por outra profissional e a gente pode desenvolver a atividade em conjunto, nós quatro (Áurea - Fisioterapeuta).

Neste setor, não acontecem as oficinas terapêuticas como no RIA, entretanto, também há atividades em grupo que são denominadas estimulação motora aquática e estimulação essencial que atende crianças de zero a quatro anos e 11 meses com atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor e deficiência física, sendo a maioria com paralisia cerebral. Neste último grupo, o trabalho também se caracteriza como

multiprofissional e interdisciplinar, sendo as áreas envolvidas a fisioterapia, a educação física, a terapia ocupacional e a fonoaudiologia. De acordo com as profissionais envolvidas, as atividades desse grupo iniciaram em janeiro de 2015 com o objetivo de atender crianças que necessitam de estímulos para o desenvolvimento dos aspectos motor e social. No entanto, não teriam tantos ganhos nos atendimentos individuais, tendo em vista que em grupo há maiores possibilidades de serem estabelecidas relações sociais e de realização de atividades que seriam mais difíceis para se realizar nos atendimentos individuais como as que exigem mais espaço físico ou atenção por parte das profissionais (pinturas com tinta guache ou brincadeiras com água, por exemplo).

Neste sentido, alguns exemplos das atividades desenvolvidas no grupo da estimulação são: contação de histórias com o uso de brinquedos como bichinhos, bonecos, ursos, carros, casinhas, fantoches, livros, por meio disto faz-se o estímulo à exploração dos brinquedos; pegar e colocar argolas em cones; uso de brinquedos com fitas para as crianças desfazerem os laços e, assim, trabalhar as habilidades motoras finas, principalmente daquelas que possuem limitações como hemiparesia, por exemplo; uso de chocalhos e brinquedos com sons e músicas para trabalhar a percepção auditiva juntamente com os demais aspectos; desenhos; pinturas; colagens; ocorre também o uso do balanço e da piscina de bolinhas; produção e exploração de massinha de modelar; explorar e reconhecer diferentes texturas como areia, água, alimentos, isopor; uso de músicas para estimular a linguagem e o dançar; circuitos com “steps”, colchonetes, túneis, brinquedos de encaixe etc. para as crianças, na faixa etária dos quatro anos, realizarem o rolar, o rastejar, o pular. Com estas atividades as crianças são motivadas a estabelecer interações, compartilhar brinquedos e desenvolver os aspectos sociais e motores necessários para cada um. A profissional Fátima relata algumas das atividades características da estimulação essencial:

Tem atividades com tinta que a gente faz, para eles mesmos pegarem na tinta, sentir a tinta, mexer. Eles fazem a atividade livre com tinta, com lápis, com giz de cera. A gente já fez massinha de modelar, a gente faz a massinha e coloca corante e eles mexem na massinha e brincam. Também com água e materiais de texturas diferentes, às vezes, a gente coloca bacia de água para a criança procurar algum brinquedo e pegar. A gente faz circuito, às vezes, para

estimular a parte motora ampla. Com os menores é muita estimulação sensorial e tátil com brinquedos com música, brinquedos de texturas diferentes. Agora a gente está trabalhando com esquema corporal, esse mês foi o esquema corporal, o circuito e canções de estimulação de linguagem. Sendo assim, fizemos o brinquedo cantado, onde são colocados brinquedos dentro de uma caixa e para cada brinquedo que a criança tira, a gente canta uma música correspondente, eles adoram! (Fátima - Fonoaudióloga).

As atividades acontecem todas as terças-feiras durante todo o dia, sendo cada grupo composto por, no máximo, quatro crianças com idades e características semelhantes quanto às necessidades. O tempo de cada atendimento é de 50 minutos tal qual nos atendimentos individuais. Como as crianças destes grupos, em sua maioria, são bebês e estão iniciando sua convivência com a reabilitação, há um tempo de adaptação no qual as profissionais precisam criar vínculos para posteriormente conseguir envolvê-las nas atividades. Nesta direção, em muitas observações pôde-se notar o grande esforço das profissionais para conquistar a confiança das crianças antes de propor alguma atividade. Para tanto, utilizam-se de expressões verbais, faciais e do contato físico carinhoso, deste modo, pouco a pouco envolvem as crianças nas atividades da reabilitação e provocam os relacionamentos com os pares. Nestas ocasiões, foram observadas manifestações de bem-estar, principalmente, por meio de olhares e sons indecifráveis, uma vez que se trata de crianças que não possuem a linguagem e a fala desenvolvidas, entretanto, pode-se dizer que tais comportamentos expressavam satisfação e alegria naqueles momentos.

Uma especificidade deste grupo é o atendimento da psicóloga aos pais ou familiares enquanto as crianças estão na estimulação essencial. Isto se faz necessário e importante, uma vez que é extremamente difícil para os pais aceitarem e lidarem com a ideia de ter um (a) filho (a) com uma deficiência. Além disso, em muitos casos, estes não compreendem do que se trata o diagnóstico e os termos técnicos que estes possuem, tampouco, as possibilidades e limitações que tal diagnóstico implica. Sendo assim, a psicóloga do setor da reabilitação pediátrica faz atendimento, em grupo, aos pais das crianças que estão ingressando na reabilitação, por meio da estimulação essencial, para trabalhar questões como a aceitação da deficiência, bem como, a importância de seguir as

orientações disponibilizadas pela equipe profissional para além do ambiente da IS.

Nosso objetivo é conscientizar os familiares da importância da participação deles em tudo o que a gente orienta, que não adianta vir aqui e a gente dar liberdade para a criança explorar os brinquedos, se eles não fazem isso em casa. A gente trabalha muitas questões de desenvolvimento da criança. Às vezes, as mães precisam de certa autorização de um profissional para poder dar chance de a criança se desenvolver. Vem aquela criança que está aqui, está no colo da mãe e você vai investigando as coisas da casa: “como é que ela fica em casa? O que você faz? Você sai de casa? Não? Como é que ela fica em casa?”: “Sentada, em cima do sofá assistindo desenho”. [...] A gente vai mostrando a necessidade também de eles estimularem a criança e, muitas vezes, dar a chance de eles falarem dos medos deles porque a gente está tratando aqui de crianças com uma deficiência motora e, muitas vezes, os pais não sabem, por exemplo, o que é uma Paralisia Cerebral. Eles vêm achando que paralisia cerebral é aquela criança que está na cama, que não responde a estímulo nenhum e aí quando eles recebem o diagnóstico: “meu filho tem paralisia cerebral? Meu deus!” Ele associa, na mesma hora, com deficiência intelectual. Neste sentido, principalmente, mostrar para elas que quando a gente fala de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, são várias áreas envolvidas, sendo assim, ela tem que se preocupar com a parte motora, tem que se preocupar com a parte psíquica, com tudo. Não é só melhorar a parte motora. Hoje foi muito pontual, sobre uma criança que é extremamente sem limites: “olha ele tem uma deficiência motora, mas educação tem que ter da mesma forma que o seu outro filho”. Porque eles acham que tem que superproteger, que não pode dar limite. Então, no grupo é legal porque, muitas vezes, o profissional está falando, mas o familiar pensa: “ah, mas ele não está sentindo aquilo que eu estou sentindo”, mas quando uma outra mãe vira e fala assim: “não, lá em casa não

tem disso não. A gente sabe que ele vai ter limitações, mas ele tem que ser educado, ele tem que saber respeitar as regras” e uma olha para a outra e diz: “mas ela tem uma criança com o diagnóstico próximo do meu, se ela consegue, porque eu não?” [...] É um grupo que, além das orientações que eu dou em relação ao desenvolvimento, uma olha para a outra e fala: “poxa, eu também tenho que fazer”. É bem bacana. Eu até acho que a gente deveria estender, fazer mais atividades em grupo, mas não dá tempo. Mas o trabalho da estimulação essencial está sendo muito bacana. Nós fizemos um caderninho com colagens e eu solicitei para elas lerem em casa com o marido porque o que eu percebo, também, é que vem a mãe, mas o pai não vem, a avó não vem, sendo que mora todo mundo junto. A mãe escuta, repassa ou não a informação, a mãe faz, mas o pai não faz. Eu falei assim: “senta com o pai, leia, discutam vocês o que vocês entenderam sobre o texto, vejam as dúvidas que vocês tem, aquilo que vocês concordam ou discordam e traz aqui para a gente”. São discussões ricas. Teve um novo que veio, que chegou aqui num grupo que já estava mais avançado e disse: “o que? Você deixa o seu filho no chão”; aí a outra mãe disse: “sim, claro, mas a gente aprendeu aqui, porque vou deixar no sofá?”; “ah, mas no chão é gelado”; “não, não tem disso não, tem que colocar no chão e tem que espalhar os brinquedos para a criança poder ir buscar”. Acaba que eles vão repassando as informações, é fantástico! (Lenita - Psicóloga).

Conforme representado na entrevista supracitada, Gomes (2008) corrobora dizendo que, para a maioria dos pais, o diagnóstico de paralisia cerebral é um mistério sobre o qual eles pouco sabem e, com isso, sua compreensão, ou a falta dela, toma a forma do que está errado com a criança, de quais são os problemas, do que ela não pode fazer criando uma visão limitada, negativa e pessimista de seu filho.

Nesta continuação, em trechos das colocações de Lenita é possível notar a superproteção dos pais em relação aos filhos com deficiência, o que pode acabar por privar a criança de desenvolver suas potencialidades. Neste sentido, para além de trabalhar os aspectos

psicológicos, o grupo se faz importante no sentido de levar aos pais informações referentes a como lidar com a criança, como tratá-la de modo a estimular o desenvolvimento nos diferentes aspectos, além de explicar o que é cada tipo de deficiência, quais suas características e possibilidades. Outro ponto interessante deste grupo é a troca de informações entre os próprios familiares, o perceber no outro as mesmas dificuldades vivenciadas nos seus lares e as possibilidades de estabelecer comportamentos, a partir da mudança de pensamentos e hábitos, que tornem o fato de possuir um (a) filho (a) com deficiência, menos dolorosa e triste. Contudo, conforme a profissional Lenita, este grupo é desenvolvido, basicamente, por meio de conversas, nas quais ela possui o papel de mediar, explicar e orientar os pais quanto às necessidades e possibilidades de seus filhos. Sendo assim, a profissional relatou que não foram realizadas atividades de caráter lúdico como jogos, desenhos, pinturas ou outras possíveis dinâmicas até o momento, mas reconheceu que essa possibilidade pode ser pensada e colocada em prática.

Santos (1998) aponta a viabilidade de utilização de atividades lúdicas com adultos na expectativa de um trabalho mais envolvente junto à criança e ressalta que ao voltar a brincar, o adulto não se torna criança novamente, simplesmente convive, revive e resgata a alegria do lúdico que é importante a fim de conhecer-se como pessoa, desobstruir suas resistências e adquirir uma visão mais clara sobre a importância dos jogos, brinquedos e brincadeiras para a vida da criança. Em relação ao tipo de atividade, Marcellino (2002) salienta que um mesmo jogo pode ser utilizado para crianças, adolescentes, adultos e idosos, contudo, deve-se atentar para as especificidades fazendo as devidas adaptações para os diferentes públicos e contextos, bem como, ajustar a linguagem conforme as características dos participantes.

Destaca-se que no setor RIA também há o atendimento da área da psicologia aos familiares, entretanto, este serviço se configura de maneira um pouco distinta da RP, sendo os horários agendados para atendimento individual aos pais em dias nos quais estes tenham disponibilidade. Ademais, acontecem, também, grupos de psicologia para pais em datas e horários previamente agendados e divulgados no setor. Nesta direção, Prette et al. (2011) apontam que vários programas têm privilegiado a intervenção direta junto às crianças e indireta juntos aos pais ou familiares para favorecer o desenvolvimento e o ensino de habilidades, principalmente as sociais, de seus(uas) filhos(as). De acordo com os autores, estas iniciativas têm tido bons resultados visto que a partir do momento em que os pais obtêm conhecimento dos

princípios de aprendizagem subjacentes as suas práticas educativas e adquirem outros comportamentos, eles podem proceder de forma adequada e efetiva para a educação e o desenvolvimento das habilidades das crianças.

Ainda sobre as atividades realizadas em grupo, foram citadas, durante as entrevistas, as festas organizadas em datas comemorativas, sendo apontadas situações pontuais como a festa junina e a do dia das crianças, nas quais as crianças acompanhadas de seus pais ou familiares participam livremente de atividades como pescaria, quadrilha e outras danças, assim como, o momento do lanche com quitutes juninos. Sendo assim, estes são momentos propícios para as vivências de interações entre crianças/crianças, crianças/familiares, familiares/familiares, familiares/profissionais e crianças/profissionais, configurando-se de forma um tanto distinta daqueles, nos quais os pacientes vão até a IS com horário definido para um determinado atendimento que visa a reabilitação. Além disso, mencionou-se também, as saídas de campo, nas quais os pacientes têm a oportunidade de sair do contexto da IS para desenvolver atividades em locais como parques ou outros ambientes ao ar livre, bem como, idas a shoppings como o propósito de favorecer o desenvolvimento de habilidades para a autonomia e a independência na vida social. Para Camargo e Bosa (2009), enquanto interagem com os adultos e com seus pares, as crianças procuram atribuir sentido ao mundo em que vivem. As autoras salientam que isso é fundamental para a criança, permitindo-lhe se apropriar, reinventar e reproduzir o mundo que a rodeia. Ademais, as experiências em grupos interferem positivamente no aprendizado, pois motivam e oportunizam o aprender uns com os outros, melhorando a comunicação e a socialização (SCHMITT et al., 2015). Por isso, quando se fala sobre as experiências de vida que interferem no desenvolvimento das potencialidades da criança, fala-se não somente à experimentação direta dos diferentes objetos do “seu mundo”, mas particularmente às relações que ela estabelece com pessoas centrais em sua vida, pois é a partir desses laços que a exploração dos objetos e/ou brinquedos adquire significado e é à vista disso que se brinca com as crianças (GOMES, 2008).

Para dar conta de trabalhar com todos esses conteúdos e com a diversidade de pacientes com diferentes patologias ou diagnósticos e as distintas idades ou fases do desenvolvimento (tendo em vista que muitos pacientes possuem atrasos nos desenvolvimentos físico e intelectual e, nem sempre a idade mental corresponde à idade cronológica), as profissionais citaram a opção pela utilização das atividades lúdicas com estratégia para tornar os atendimentos mais atrativos, para motivar o

engajamento das crianças nas atividades, para estreitar os laços entre eles (profissionais e pacientes), para favorecer os sentimentos de bem-estar, alegria e prazer. Neste sentido, este elemento é utilizado como um veículo para se atingir os objetivos individuais da reabilitação.

É válido destacar que, ao serem questionadas sobre as diferenças no trabalho com os diferentes públicos, todas as profissionais citaram sentir diferenças quanto aos diagnósticos, pois cada tipo de deficiência possui suas características, suas dificuldades e possibilidades. Por exemplo, as crianças com deficiência intelectual possuem maiores comprometimentos no aspecto cognitivo o que gera problemas na compreensão; com o autismo, as principais demandas são quanto aos componentes da socialização, comunicação e abstração; para os pacientes com deficiência física, os agravos são, basicamente, de ordem motora podendo ser mais ou menos comprometedores dependendo do diagnóstico (SHERRIL, 2004; WINNICK, 2010; PRETTE et al., 2011). Quanto ao sexo não foram relatadas diferenças, mas, sim, em relação à faixa etária, considerando, em especial, nos casos de deficiência intelectual, a idade mental e cronológica.

As diferenças citadas influenciam na escolha das atividades, pois se leva em consideração o entendimento das mesmas para que possam ser realizadas e causarem benefícios ao paciente. Neste sentido, estas diferenças foram mais citadas em relação aos pacientes com deficiência intelectual devido à dificuldade na compreensão de como utilizar determinados brinquedos, quais ações realizar nas brincadeiras ou sobre as regras dos jogos. Porém, em cada caso, são feitas adaptações para que as atividades lúdicas possam ser vivenciadas por todos, por exemplo, a diminuição de regras de um jogo para que este se torne mais compreensível de acordo com o grau da deficiência. As adequações para esta população incluem, ainda, o aumento das demonstrações ao invés da ênfase nas explicações verbais (SHERRIL, 2004; WINNICK, 2010). Isto porque, conforme as autoras, o comprometimento cognitivo é uma das principais características destas crianças que apresentam dificuldades na atenção e na aprendizagem.

Para os pacientes com deficiência física também foi citada a realização de adaptações para que a deficiência não seja uma limitação quanto à participação nas atividades lúdicas propostas:

A utilização do recurso diferencia em relação à patologia, da técnica de fisioterapia que eu vou utilizar. Ela se diferencia em algumas situações nessa questão, mas, por exemplo, com a atividade lúdica, com os recursos lúdicos não tem diferença. Pode ter uma limitação para certa atividade física, mas não é impeditivo de você fazer uma adaptação para que ele possa exercer aquela atividade, para que ele possa realizar. Eu acho que em relação à técnica, têm algumas, mas em relação ao lúdico praticamente não. A gente faz uma adaptação para que ele possa participar (Áurea - Fisioterapeuta).

Percebe-se neste discurso o reconhecimento de que as crianças são únicas em relação às suas necessidades, aspirações, habilidades, fraquezas e forças, com isso, permite-se que a maioria dos pacientes tenham oportunidades para participar efetivamente em todas as atividades propostas em seus atendimentos, independentemente de suas necessidades ou habilidades (BROCK et al., 2011). Nesta direção, ressalta-se a importância da atividade lúdica para o desenvolvimento da criança com deficiência física, dado que o oferecimento de oportunidades para brincar é essencial para a melhoria de aspectos como a coordenação motora, da cognição, da linguagem, da socialização, da atenção, do equilíbrio e do desempenho em atividades da vida diária de qualquer criança (CAZEIRO; LAMONACO, 2009).

Para favorecer a participação de crianças com deficiência nas atividades lúdicas, algumas adequações podem ser citadas: oferecimento de informações adicionais, aumento de informações seguidas por demonstrações, estímulos para realizar a atividade, auxílio para se deslocar, auxílio para alcançar materiais, modificação de movimentos de acordo com as possibilidades individuais, disponibilização de mais tempo para realizar a atividade (BATAGLION; ZUCHETTO, 2014). A necessidade destes auxílios possui íntima relação com as atividades que são propostas e com as características motoras e cognitivas da criança, por isso, é necessário que o profissional conheça as particularidades de cada deficiência, as possibilidades e necessidades, além da fase de desenvolvimento da criança para então, planejar atividades que contribuam nos aspectos biopsicossociais (ZUCHETTO, 2008; SCHMITT et al., 2015). Winnick (2010) sugere, também, que sejam feitas adequações tanto nas atividades propostas quanto em seus objetivos e métodos para que as individualidades sejam atendidas.

De acordo com os depoimentos das profissionais, outra questão que influencia na escolha das atividades são os interesses de cada idade, tendo em vista que para o paciente se envolver plenamente na iniciativa, esta deve ser interessante e/ou estimulante para ele, pois o lúdico está relacionado à motivação, que é intrínseca ao indivíduo (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2008; WINNICK, 2010). Marinho (2004) acrescenta que ele é um modo de comportamento, um sentido e uma intencionalidade humana. Ademais, a brincadeira e o desenvolvimento infantil complementam um ao outro, por isso, deve-se considerar as fases do desenvolvimento no momento da escolha dos jogos e brincadeiras, os quais, por sua vez, estão diretamente relacionados às formas de planejamento e suas ressonâncias.

4.1.4 Planejamento, dificuldades e resultados com a utilização de atividades lúdicas

Inicialmente é importante esclarecer que o trabalho da equipe multiprofissional é constituído pelo planejamento que diz respeito aos objetivos estabelecidos para cada paciente a partir da avaliação e das reavaliações, e pelo planejamento das atividades que serão desenvolvidas em cada atendimento, seja individual ou em grupo, para o alcance dos objetivos.

Neste sentido, acontecem as reuniões semanais de equipe, nas quais são realizados os planejamentos ou planos terapêuticos dos pacientes que estão ingressando na IS, bem como a discussão dos casos dos pacientes que estão no processo de reabilitação em cada setor. Todavia, não há tempo disponível para as profissionais fazerem o planejamento das atividades que serão realizadas nos atendimentos individuais. Sendo assim, estas atividades precisam ser planejadas em horários não formalizados, ou seja, antes/após os atendimentos, quando algum paciente não comparece à sessão agendada e, então, o horário fica livre para o planejamento ou quando sobra algum tempo nas reuniões de discussão de casos.

Para os atendimentos em grupo, como o anteriormente citado, da estimulação essencial, envolvendo diversas áreas, havia um período disponível, no qual as profissionais se reuniam para planejar as atividades. Elas possuíam uma manhã por mês, livre de atendimentos, para poder discutir as necessidades dos grupos e, assim, planejar os objetivos, as atividades e os materiais para os atendimentos em grupo do mês seguinte. Porém, com a mudança de membros da parte administrativa da IS, houve a suspeita de que essa reunião mensal seria

substituída por horários de atendimentos, isto é, não haveria mais esse tempo para planejamento das atividades dos grupos.

A falta de tempo para o planejamento das atividades atrelado à falta de materiais disponíveis para a realização das mesmas compõem as dificuldades citadas por oito das nove profissionais entrevistadas, sendo que uma delas relatou não sentir nenhuma dificuldade quanto ao planejamento ou desenvolvimento das atividades lúdicas. Outras dificuldades citadas foram a falta de investimentos no espaço físico, no profissional e a falta de apoio da administração.

Faz-se importante expor algumas das falas das profissionais ao se referirem as dificuldades enfrentadas diariamente na IS:

No atendimento individual a gente não tem um tempo para planejar a terapia. Quando falta um paciente, eu vou pensar no que eu vou fazer com eles na semana que vêm ou no próprio dia que eu estou atendendo já tem que pensar em alguma coisa para a próxima semana. Mas como a gente tem muita falta de material aqui, não é fácil planejar uma terapia. Se você tivesse bastante material seria fácil: “vou precisar trabalhar o ‘f’, o ‘fã’, o ‘vã’ com aquela criança, eu tenho o material pronto no armário”. Mas não é assim. Aqui eu mesma tenho que elaborar o material que vou usar com o paciente, então eu preciso de tempo para isso. Mas, muitas vezes, eu acabo fazendo até em casa ou quando o paciente falta, a gente faz (Fátima - Fonoaudióloga).

A gente não tem um momento para fazer planejamento das atividades. A gente tem um horário de reunião que quando dá tempo, a gente faz esse planejamento e essa reunião foi cortada agora, a gente não terá mais. Então, a gente não vai ter mais esse tempo de sentar e planejar as atividades, então não sei como a gente vai fazer. Mas para as nossas atividades individuais, a gente não tem um tempo de organizar e preparar, às vezes, a gente precisa preparar algum material com antecedência, e a gente não tem esse tempo hábil para estar preparando esse material com antecedência, fazendo recortes ou preparando ou mesmo pesquisando, imprimindo ou elaborando. Não têm um tempo de estar fazendo esse material.

E também não temos o material, não temos o material para trabalhar, 95% do material que eu trabalho hoje é meu, que eu trago. E outra coisa é a falta é manutenção, pois esse é um prédio antigo. Falta investimento no espaço físico, falta investimento de material e falta investimento no profissional também. Acho que são fatores bem importantes que refletem na qualidade do serviço e, no entanto, é cobrada de uma forma desproporcional a produção, eles querem a produção, mas em contrapartida, não te dão condições pra isso (Dilma - Profissional de Educação Física).

Administrativamente, a gente não tem nenhum reforço positivo, nunca! Eu falo que gosto de trabalhar aqui por causa da equipe. Aqui dentro da minha sala, a maioria das coisas eu que trouxe (com maior prazer, ninguém me pediu). Eu tinha consultório e trouxe as coisas do consultório, então, eu tenho tudo que precisa para trabalhar, mas, administrativamente, não vem nada. Temos fama de funcionário público que é deitado, largado, mas eu acho que é fama. Deve ter alguma, é lógico, mas se você observar, as pessoas trabalham porque gostam, não porque tem uma motivação que vem da deles (administração). A motivação é da gente mesmo com essas crianças, com as famílias (Elsa - Terapeuta ocupacional).

Material a gente tem bastante, mas grande parte dos materiais são pessoais. Por exemplo, eu trouxe, a outra fonoaudióloga trouxe, a terapeuta ocupacional trouxe, cada uma trouxe um pouco do seu consultório, da sua casa, e a gente montou o nosso material. Porque o material que veio, a gente tem algumas coisas, mas algumas coisas são doações e já vem quebrado, já vem não funcionando. Algumas coisas a gente conseguiu quando abriu o setor, a gente fez uma licitação e conseguiu os materiais. Falta de material tem porque se a gente levasse todos os pessoais para casa, faltaria bastante coisa. O espaço físico eu acho bom, a única coisa que eu sinto falta é que eu acho que todo o setor do RIA deveria estar mais

junto fisicamente, por exemplo, a terapeuta ocupacional é lá embaixo, a psicomotricidade também é lá embaixo e isso, às vezes, dificulta um pouquinho a comunicação, apesar de a gente ter as reuniões. Mas quando a outra profissional está aqui perto é mais fácil, por exemplo, falar que aconteceu isso na terapia, aconteceu aquilo. Assim, a gente acaba trocando mais o que aconteceu de imediato. De espaço físico, eu acho que se fosse todo o setor no mesmo espaço, acho que ficaria mais fácil (Berenice - Fonoaudióloga).

Dentre as dificuldades mais citadas, pode-se observar a falta de materiais que, muitas vezes, é solucionada por meio de materiais pessoais que são levados de casa ou de consultórios particulares das profissionais para serem utilizados na IS, sendo isto apontado por seis participantes. Outra solução utilizada pelas profissionais é a confecção de materiais, contudo, a falta de tempo para isto dificulta este processo, levando-as, por vezes, a confeccionarem os materiais durante o próprio atendimento. Neste sentido, ressalta-se que, em determinados atendimentos, há a produção de materiais de forma intencional, ou seja, sendo utilizada como uma atividade para a terapia, entretanto, o que se pretende demonstrar neste momento é a falta de tempo para o planejamento que resulta, algumas vezes, na necessidade de a profissional fazer, por exemplo, o recorte de um desenho impresso que será utilizado em alguma atividade, durante o próprio atendimento.

O fato supracitado repercute na improvisação da atividade (MARCELLINO, 2002) e, possivelmente, na diminuição da qualidade do atendimento, tendo em vista que reflete no tempo efetivamente gasto com as atividades lúdicas direcionadas para as necessidades do paciente. Como ressonância deste descaso governamental, pode ocorrer também o desestímulo da criança a partir do momento que ela passa a compreender a situação desfavorecedora ao seu brincar. Nesta direção, Marcellino (2002) salienta a importância de o profissional ter clara a importância de seu trabalho e reivindicar as condições necessárias, considerando que a doação e a confecção de materiais são uma excelente alternativa, desde que sejam apenas uma opção e não a única possibilidade para se trabalhar. Melo (2002) acrescenta que a criatividade do profissional é o limite para o planejamento das atividades, contudo, faz-se necessário considerar as condições operacionais do contexto de intervenção.

Também foram apresentadas queixas sobre o espaço físico no que se refere à falta de manutenção dos espaços e isto pôde ser evidenciado durante as observações sistemáticas, uma vez que, em dois meses a piscina parou de funcionar duas vezes por falta de manutenção, sendo uma por problemas com o sistema de aquecimento e, em seguida, com o motor. Devido à necessidade de se fazer licitações para que os materiais para o conserto pudessem ser adquiridos, especialmente, os relacionados ao motor, o tempo para que este conserto se efetivasse seria de meses. No entanto, para que os pacientes da estimulação motora aquática não tivessem as atividades neste espaço interrompidas, um funcionário (técnico-administrativo) se mobilizou e conseguiu solucionar o problema com materiais usados que estavam guardados na instituição. A alternativa foi boa e de grande valia, principalmente, para os pacientes. Contudo, não se sabe por quanto tempo este conserto resistirá sem as devidas manutenções. Melo (2002) chama atenção para a necessidade de manutenção dos espaços e equipamentos e aponta que é normal estes se tornarem inutilizáveis devido ao desinteresse administrativo quanto ao cuidado dos mesmos. De acordo com o autor, mesmo que a conservação dependa, também, dos profissionais e usuários, demanda investimentos financeiros que garantam o seu funcionamento.

Ainda sobre o espaço físico, houve queixa de uma profissional sobre a distribuição dos espaços nos diferentes andares do prédio, tendo em vista, que seria mais conveniente que todos os atendimentos de cada setor fossem no mesmo andar, pois, especificamente, as atividades do setor RIA são distribuídas em diferentes andares tornando a comunicação das profissionais da terapia ocupacional e da educação física, por exemplo, que são em locais mais distantes, limitadas em relação as outras áreas de atendimento que se concentram em salas próximas. Notou-se que, particularmente, a profissional de educação física acaba ficando com essa troca de informações imediata entre as profissionais prejudicada porque todas as suas atividades, em relação a sua atuação dos dois setores (RP e RIA), são realizadas em espaços distantes das demais áreas de ambos os setores. Uma das profissionais disse ter solicitado este ajuste dos espaços por entender que isto seria viável de acordo com as salas disponíveis na IS, porém, esta solicitação não foi atendida pela administração da instituição.

Uma das profissionais também citou na entrevista que, quando a IS foi reconhecida como Centro Especializado em Reabilitação, maio de 2013, teoricamente, a instituição ganhou uma verba para a construção de um prédio novo que seria atrás do prédio onde os atendimentos acontecem atualmente. De acordo com a profissional, o projeto/planta

do prédio até foi elaborado e a obra estava prevista para ser finalizada no final de 2015. Todavia, não foi sequer iniciada até o atual momento e as profissionais não foram mais informadas sobre a situação.

As saídas de campo foram apontadas por uma das profissionais como uma atividade na qual se possui dificuldades devido a não disponibilidade de ônibus e de apoio da administração para que isto aconteça. No entanto, a pessoa que assumiu a direção da IS recentemente lhes deu a esperança de que isto se torne mais fácil. Deste modo, as profissionais terão a possibilidade de utilizar um ônibus para fazer deslocamentos até outros locais, como parques, por exemplo, para a realização de atividades diferentes das habituais.

Todas as dificuldades apontadas pelas profissionais refletem os serviços públicos nacionais que dependem de ações governamentais para que ocorra o adequado funcionamento, tanto para os pacientes quanto para as famílias destes e, também, para os profissionais, como sugere o PNHAH, particularmente no SUS, quando estabelece que como uma de suas estratégias de qualificação da atenção e gestão do trabalho, a humanização visa um melhor atendimento aos usuários e também a valorização dos profissionais. Deste modo, seus indicadores devem refletir as transformações no âmbito da produção de serviços (mudanças nos processos, organização, resolubilidade e qualidade) e da produção de sujeitos (mobilização, crescimento e autonomia dos profissionais e usuários) (SANTOS, 2009). Entretanto, apesar da criação e da implementação do PNHAH nas instituições de saúde, percebe-se que o governo não dá os devidos subsídios para que as condições de trabalho dos profissionais sejam dignas e que favoreçam o atendimento aos pressupostos do programa em questão. Nesta lógica, Santos (2009) ressalta que experiências cotidianas indicam que é altamente comum o desenvolvimento de projetos/ações nos níveis locais, sem que sejam previstos etapas e critérios de análises de seu desempenho e resultados, tampouco se fomentam processos de gestão que induzam a apropriação da informação pelo coletivo de trabalhadores, ou seja, não se produzem dados, de forma sistemática e atribuindo sentidos às informações, e não se institucionaliza a prática de avaliar para guiar o trabalho. Sendo assim, entendendo os objetivos e pressupostos da humanização como direcionadores ou como os próprios equivalentes das intervenções, observa-se que eles representam potenciais mudanças para os contextos de saúde, contudo, necessitam ser efetivamente operacionalizados por todas as instâncias e/ou cargos neles envolvidos.

A rotina de trabalho atrelada às más condições supracitadas como a falta de materiais, as falhas no espaço físico e nas instalações e a não

valorização profissional, fazem com que ocorram situações de muita tensão que podem causar conflitos comprometendo a relação entre os profissionais e o atendimento (ISAYAMA et al., 2011). Todavia, o autor ressalta que o diálogo é um meio primordial para a construção de significados e mudanças nos contextos de saúde, sendo assim, é essencial que ele seja estabelecido entre os sujeitos envolvidos para favorecer as relações entre estes atores. Neste sentido, apesar destas situações difíceis, as profissionais da IS encontram motivação (nos pacientes, nas famílias, na equipe profissional e no trabalho interdisciplinar) e criatividade (construindo ou doando materiais pessoais) para desenvolver um bom trabalho, pois sabem da importância de seus trabalhos para aqueles que, muitas vezes, veem e acreditam nas atividades da reabilitação como uma esperança para que tenham melhoras em seus quadros clínicos e, conseqüentemente, em suas vidas.

Com a superação das dificuldades enfrentadas diariamente, as profissionais desenvolvem um trabalho exemplar, se pensarmos nos princípios da humanização, passando por cima de obstáculos como a falta de materiais para realizar atividades que propiciem benefícios aos pacientes. Nesta direção, quando questionadas sobre a efetividade das atividades lúdicas utilizadas para atingir os objetivos da reabilitação, todas responderam que têm tido bons resultados a partir da utilização destas, sendo alguns casos mais rápidos e outros mais demorados, dependendo do diagnóstico e do grau da deficiência de cada paciente. Nesta perspectiva, relataram que, em alguns casos, pode demorar anos, mas que o paciente terá benefícios nem que, para isto, continuem utilizando adaptações levando em consideração que o paciente não deixará de ter a deficiência a partir da reabilitação, mas, sim, desenvolverão capacidades que lhes permitam viver com maior independência funcional e social.

As profissionais salientaram que os ganhos da atividade lúdica podem ser observados durante os próprios atendimentos, simplesmente, pelo engajamento dos pacientes nas propostas, pela relação efetiva que eles estabelecem com as profissionais, com as expressões de alegria e prazer:

Eu acho que sem o lúdico, eu não conseguiria atingir metade do que eu atinjo porque senão eles não se envolvem e não tem essa relação comigo. Eles têm a relação porque eles gostam de vir aqui, porque é algo prazeroso para eles. Se fossem só as atividades realmente direcionadas, eles não teriam prazer e não queriam vir, daí não existe a adesão e o desenvolvimento cai (Berenice - Fonoaudióloga).

Esta profissional aponta como primeiro passo para ir em direção aos objetivos a adesão e a frequência na reabilitação, sendo o veículo efetivo para isto, a atividade lúdica, pois a partir dela são alcançados os objetivos clínicos que são traçados. Posto isto, ressalta-se que para verificar os ganhos em relação à evolução dos pacientes quanto aos objetivos da reabilitação, são aplicados formulários e protocolos de avaliação direcionados para cada caso.

Neste segmento, destaca-se que o setor RIA possui protocolos específicos, para a avaliação de ingresso e as reavaliações que permitem verificar os avanços dos pacientes. Estes protocolos de avaliação foram desenvolvidos pela própria equipe profissional deste setor com base em visitas técnicas a outras instituições e à literatura, destarte:

A gente tem três formulários, dependendo da idade. Então, a gente faz avaliação motora ou outra que é um questionário, um formulário de perguntas e respostas para os pais ou um que a gente faz direto com a pessoa quando ela já é maior de 18 anos, que é o MIF (medida de independência funcional). A gente tem três formulários para avaliar e, por eles a gente consegue verificar o que foi atingido. Também na avaliação clínica, na evolução (Rosangela - Fisioterapeuta).

Por conseguinte, cada profissional tem a liberdade para utilizar, também, métodos de avaliação específicos de sua área de atuação, assim como acontece no setor da RP, que não possui um método geral de avaliação. Deste modo, alguns testes, protocolos e/ou formulários foram citados pelas profissionais de cada área, a saber: Gross Motor Function Measure - GMFM (fisioterapia); Manual Abilities Classification System - MACS (terapia ocupacional); anamnese, testes da psicologia e

formulário próprio (psicologia); protocolos para avaliação de linguagem, disfasia e motricidade oral (fonoaudiologia).

Sobre os métodos de avaliação supracitados, pode-se destacar o GMFM como um teste bastante difundido em pesquisas nacionais e internacionais, as quais têm demonstrado que ele é um teste válido e confiável para avaliar a função motora grossa e o desempenho funcional de crianças com deficiência física (PC) (CHAGAS et al., 2008; CURY et al., (2006); RUSSELL et al., (2002); WANG; YANG (2006). Quanto ao MACS, comumente utilizado para avaliar a função motora fina ou habilidades manuais, a literatura ainda se apresenta incipiente (CHAGAS, et al., 2008). Conforme os autores, ambos os testes abordam o constructo da funcionalidade sendo o GMFM estruturado em itens agrupados em dimensões ou sub escalas, por exemplo: A) deitado e rolando; B) sentado; C) engatinhando e ajoelhado; D) em pé; e E) andando, correndo e pulando. Os itens de cada dimensão são pontuados em uma escala de quatro pontos, que varia de zero a três. No MACS, independentemente da idade, avalia-se: se as crianças conseguem manipular objetos facilmente (nível I); se manipulam objetos com menor qualidade (nível II); se manipulam objetos com dificuldade necessitando de ajuda ou adaptação da atividade (nível III); se executam atividades manuais com êxito limitado, necessitando de supervisão contínua (nível IV); se são severamente comprometidas nas habilidades manuais, necessitando de assistência total (nível V) (CHAGAS et al., 2008).

Quanto a profissional de educação física, não utiliza nenhum método de avaliação atualmente, no entanto, relatou ter interesse em utilizar o GMFM para poder mensurar os avanços nos aspectos motores dos seus pacientes. Para isso, apontou a necessidade de fazer um curso para aprender aplicar o teste, bem como obter autorização. Nesta direção, citou dificuldades em relação ao deslocamento até algum estado onde estes cursos sejam desenvolvidos, em função da indisponibilidade de tempo e dos gastos econômicos. Com isso, evidencia-se mais uma fragilidade quanto à sistematização do PNHAH, uma vez que, ele prevê a aplicação de estratégias de qualificação e valorização profissional, visando transformações no campo da formação profissional para o trabalho baseado na humanização.

Isayama et al. (2011) preconiza a importância do desenvolvimento do trabalho interdisciplinar de modo a oferecer um atendimento de qualidade e o estabelecimento da comunicação entre a tríade profissional, paciente e família. Contudo, o autor aponta a falta de diálogo entre profissionais e gestores como fator comprometedor da

qualidade do serviço, uma vez que deixa o profissional a mercê das más condições de trabalho que pode resultar em desgaste emocional dos mesmos. Com vistas a superar esta carência, debilidade da escuta e falta de troca de informações entre as profissionais e os membros da gestão, observa-se que estas vêm apostando no oferecimento de um serviço que busca instituir a humanização por meio dos estímulos às vivências e manifestações lúdicas dos pacientes.

4.2 AS CRIANÇAS, PACIENTES DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE: MANIFESTAÇÕES PARA ALÉM DAS ENTREVISTAS

Todas as crianças entrevistadas responderam que gostam de ir à IS, das atividades que lá são desenvolvidas, assim como, das profissionais que os atendem e da forma como elas lhe tratam. Ao serem questionadas do por que destas respostas, duas responderam gostar das atividades porque são legais e quanto ao atendimento das profissionais, uma respondeu que gosta porque elas fazem coisas divertidas, uma porque elas fazem brincadeiras e uma apontou gostar das profissionais porque elas ensinam as coisas. Os demais entrevistados não souberam explicar o porquê de suas respostas positivas, porém, a partir de estímulos da pesquisadora, todos falaram que se divertem e ficam felizes durante os atendimentos.

A informação supracitada pode ser confirmada com base nas observações sistemáticas, nas quais foi possível evidenciar as manifestações positivas dos pacientes diante das atividades lúdicas propostas pelas profissionais, a saber: sorrisos, risadas, gargalhadas, expressões corporais, falas, expressões de imersão no jogo, por exemplo, estar sério e quieto demonstrando concentração para acertar a jogada, ficar eufórico durante o jogo, comemorar quando acerta uma jogada ou quando ganha o jogo, fazer brincadeiras com a profissional com a qual está jogando e/ou brincando. Por exemplo, em um jogo de tabuleiro, no qual o jogador avança as etapas do jogo a partir de um dado que é jogado para cima e, em seguida, indica quantas “casas” cada participante poderá avançar, observou-se um paciente (Apollo), com deficiência intelectual leve, totalmente envolvido com o jogo, o qual, aliás, foi escolhido por ele em tal dia, uma vez que, frequentemente, as profissionais dão duas ou três opções de atividades, todas com o objetivo que se pretende trabalhar naquele atendimento, para que o paciente possa escolher a de sua preferência. A partir desta imersão de Apollo no jogo, foram notadas as relações que este estabelecia com a atividade e com a profissional, tendo em vista que, apesar de estar se

divertindo, Apollo seguia seriamente as regras do jogo (delimitação da área na qual o dado poderia ser jogado, respeitar o número que foi “sorteado” no dado andando somente as casas referentes a este número, voltar ou avançar casas quando dos comandos do tabuleiro, falar os números e o nome das imagens presentes em cada casa na qual sua jogada parasse). Este exemplo comprova que as crianças com deficiência intelectual, apesar de possuírem suas especificidades e/ou dificuldades, podem desempenhar muitas tarefas com êxito e são capazes de estabelecer relações interpessoais (LEITÃO, 1997).

Nesta direção, algumas manifestações de Apollo durante o jogo supracitado são pertinentes: manusear o dado entre as mãos, dizendo que estava fazendo uma mágica para que o mesmo caísse no lado do número seis; comemorar dizendo “aeh, eu sou muito bom, eu vou ganhar hoje ou hoje eu estou com sorte”, quando o número sorteado era cinco ou seis; sorria discretamente, olhando para a profissional, quando o número que aparecia no dado era um ou dois, pois assim andaria poucas casas; tinha essa mesma atitude quando a profissional tirava números baixos e falava: “viu, hoje você não vai ganhar não, porque hoje a sorte é minha”; por sua vez, quando a profissional tirava os números cinco ou seis, a criança tomava expressões faciais e corporais de decepção (fechar os olhos, abaixar a cabeça e os ombros), entretanto, fazia isto como uma forma de brincadeira e não por estar realmente triste. De acordo com a atividade proposta pela profissional, a cada jogada Apollo deveria falar os números e as imagens sorteadas no tabuleiro com o intuito de estimular a pronuncia correta de alguns fonemas nos quais ele possuía dificuldades. Assim, destaca-se que, ao início das jogadas, Apollo esquecia disto e precisava ser lembrado pela profissional, contudo, no decorrer da atividade isto passou a ser algo natural e cumprido sem necessitar de mais estímulos. Ademais, Apollo passou a cobrar que a profissional também respeitasse isto, entendido por ele como uma regra do jogo, e fizesse as pronúncias a cada jogada, tal qual ele estava fazendo. Vale destacar que, ao final do atendimento, Apollo solicitou o início de uma nova jogada que não foi possível devido aos horários pré-agendados da profissional. A partir deste exemplo, pode-se verificar e reconhecer o jogo como uma atividade voluntária, exercida dentro de certos limites de espaço e tempo, e seguindo regras livremente consentidas, apresentadas e obrigatórias para a sua prática, dotado de um fim em si mesmo, acompanhado de um sentimento de tensão e alegria e de uma consciência de ser diferente da vida cotidiana (HUIZINGA, 1971; SILVA et al., 2014).

Ao serem questionados sobre qual área de atendimento mais gostam, notou-se que as crianças relacionam muito a área com a profissional que as atendem em cada uma delas. Neste sentido, seis pacientes responderam gostar de todas as áreas e profissionais igualmente devido às atividades que elas desenvolvem, desta forma, dois citaram gostar mais da fonoaudiologia, sendo que um explicou que o motivo é porque ela o ajuda a falar melhor, um apontou a terapia ocupacional por ter muitos brinquedos nesta sala de atendimento e uma apontou a estimulação motora aquática por considerar as atividades na piscina legais.

A respeito das profissionais, foram observadas relações recíprocas entre estas e as crianças, pois as manifestações e atitudes de ambas são de respeito, carinho e confiança. Nesta direção, aponta-se que a pesquisadora presenciou inúmeros casos em que os pacientes, ao chegarem a IS, perguntavam para a mãe, o familiar ou para outra pessoa que estivesse no corredor, quanto tempo faltava para o atendimento, se a profissional estava na sala/consultório e, por vezes, iam até a porta para verificar se a profissional estava mesmo lá dentro, ficando sorridentes e alegres ao serem recebidos pelas profissionais com abraços e falas, evidenciando-se o carinho e gratidão mútuos. Para além disto, foram presenciados inúmeros atendimentos nos quais as crianças pediam para continuar a atividade quando do fim do horário da sessão, demonstrando o gosto e prazer por estar naquele ambiente, apesar deste ser caracterizado como reabilitação que, muitas vezes, remete à dor e a momentos tristes. Com isso, reforça-se a importância do tratar bem o paciente, independentemente de sua cor, gênero, idade e deficiência, tais quais as profissionais da IS tratam e conforme preconiza o PNHAH dado que, como qualquer criança, as crianças com deficiência sentem, vibram, extasiam-se, racionalizam, sensibilizam-se, brincam, necessitam de limites e de oportunidades para alçar voo em termos de suas potencialidades (MIRANDA; LARA, 2015).

Quanto às atividades que mais gostam, foram citadas: pintar, pintar com tinta guache, fazer massinha, falar, montar coisas (legos, quebra-cabeças), colocar roupa em boneca, assoprar bolhas de sabão, jogos no computador, histórias, vendedor de frutas e verduras (brincadeira faz de conta explicada no capítulo anterior) e jogos, sendo este apontado por quatro crianças. Destas, somente uma criança soube dizer a qual jogo estava se referindo, distinguindo-o como jogo de tabuleiro. No entanto, a partir das observações, pode-se afirmar que, além dos jogos de tabuleiro, as crianças expressavam gostar dos jogos de memória e jogos com cartas. Quanto às atividades com histórias, faz-

se relevante destacar a fala de um paciente com autismo ao narrar sobre as atividades que mais gosta de participar nos atendimentos:

Gosto de fazer as coisas. De fazer cópias. Desenhos, desenhos de dinossauros e pinturas da floresta. Histórias também. Histórias de dinossauros, da terra dos dinossauros, do senhor dinossauro. Gosto de fazer as bolhas de sabão e pegar as bolhas (Bryan - TEA).

A partir da fala deste paciente, pode-se notar a dificuldade na organização do pensamento e na formação lógica de frases, sendo isto explicado em decorrência das dificuldades nas habilidades de linguagem que é uma característica das crianças com transtorno do espectro do autismo (SCHMIDT; BOSA, 2011). Contudo, a criança conseguiu se fazer entender quanto às atividades com as quais possui maior afinidade, fato que pode ser confirmado com as observações sistemáticas, nas quais constatou-se o gosto da criança pela contação de histórias, visto que antes do horário de seus atendimentos era possível observá-lo no corredor do setor RIA sempre com livros mostrando e contando a história para as demais pessoas que lá se encontravam. Quando não levava livros, as histórias consistiam em algum desenho ou filme infantil que havia assistido em casa. Este comportamento pode ser explicado, conforme literatura acerca da temática, como interesse restritivo e repetitivo (SCHMIDT; BOSA, 2011). Ainda assim, vale mencionar que ao entrar no atendimento, observou-se que a criança aceitava desenvolver outras atividades propostas pela profissional como jogos de tabuleiro, de memória e de montagens sobre situações do dia a dia da vida social. No próprio discurso da criança, evidencia-se o gosto pelo brincar com as bolhas de sabão, o que altera a rota do desejo restritivo pelas atividades que envolvem histórias.

Destaca-se que as atividades citadas pelas crianças que apontaram, anteriormente, alguma área de atendimento ou profissional como a sua favorita, tiveram relação. Isto é, as atividades relatadas são desenvolvidas durante os atendimentos das áreas citadas pelas mesmas crianças, comprovando o estabelecimento da relação atividade/área de atendimento e profissional. Isto sugere que, além da preferência por determinadas atividades, as crianças estabelecem relações com maior proximidade, afeto e “amizade” com algumas profissionais. Pode-se dizer que esta maior afinidade entre paciente/atividade/profissional, verificada em alguns casos, possui íntima relação com os interesses

individuais. Observou-se, por exemplo, maior identificação de algumas crianças com as profissionais que, frequentemente, conversavam sobre situações do dia a dia, perguntando sobre questões da escola, de casa, das atividades das férias, de passeios e sobre as relações da criança com colegas, amigos e familiares. Vale destacar que, muitas vezes, essas conversas eram inseridas em um jogo. Nestes momentos, também foi possível notar manifestações de bem-estar nas crianças ao contarem fatos de seu dia a dia.

Ressalta-se que atividades como a supracitada podem ser realizadas para as profissionais identificarem e/ou trabalharem aspectos que são colocados pelos familiares ou pelas professoras das crianças, dado que há comunicação entre as profissionais da IS e das escolas, ao passo que ambas fazem visitas nestes diferentes contextos para acompanhar o processo de reabilitação e educação destas crianças, permitindo um planejamento mais completo e consistente que almeja alcançar a independência funcional e social. Nesta lógica, presenciou-se uma ocasião, na qual a profissional da IS comentou com uma criança que naquela semana a professora da escola iria a IS para ambas conversarem sobre ela (criança). Neste momento, esta demonstrou alegria sorrindo e falando “eu melhorei”. A partir disso, aponta-se que, conforme a criança vai crescendo e se desenvolvendo intelectualmente, passa a compreender e a gostar dos atendimentos, das atividades e das profissionais, não apenas pela diversão e pelo prazer do brincar, mas, também, pelo entendimento dos benefícios que isto causa nos vários aspectos de seu desenvolvimento.

No que se refere aos interesses, em termos das atividades potencialmente lúdicas, pode-se citar como um exemplo pontual, os atendimentos da terapia ocupacional para Caio, que possui paralisia cerebral e manifesta preferência pelo desenhar e pela pintura. Estas atividades vão ao encontro das necessidades terapêuticas de Caio nesta área de atendimento (trabalhar as habilidade motoras finas). Sendo assim, durante o período de observação sistemática desta pesquisa, a profissional optou por realizar um trabalho de desenho e pintura em tela, atendendo aos interesses e vontades da criança. Tal atividade teve continuidade em diversos atendimentos, pois em uma ou duas semanas Caio fazia o desenho, o tempo dependia da complexidade da imagem escolhida para se desenhar, visto que a profissional colocava as opções e ele fazia a sua escolha. Estando pronto o desenho, era dada a continuidade com a pintura que poderia ser com lápis de cor, giz de cera ou tinta guache, sendo a última opção a favorita de Caio. Após

finalizadas todas as etapas da atividade, o “quadro” produzido pela criança poderia ser levado para casa.

Quanto ao exemplo supracitado, acompanhou-se por meio de observação, o desenho e a pintura de Monalisa (imagem escolhida por Caio). Notou-se a criança completamente fascinada durante a atividade, tal manifestação não se deu por expressões externas, mas, sim, pelo olhar concentrado que alternava entre a imagem de Monalisa e a tela, na qual Caio estava desenhando e, ainda, pelos cuidados com os traços para que saíssem o mais idêntico possível aos da imagem original. Ao finalizar a atividade, Caio manifestou ampla satisfação, desta vez, com sorrisos e falas ao caminhar pelo corredor da IS mostrando sua “obra”, como definido por ele, para seu pai. Notou-se, também, o orgulho de Caio e de seu pai, ao receberem elogios pelo desenho/pintura. Neste sentido, aponta-se que as crianças com paralisia cerebral possuem suas restrições que, no caso de Caio, são de ordem motora que acabam por afetar, também, a linguagem, sendo seu cognitivo preservado. Todavia, apresentam o mesmo desejo pela realização de atividades lúdicas e conseguem se envolver nelas como qualquer criança, se lhe forem dadas as oportunidades (CARVALHO, 1998). Nesta concepção, faz-se interessante expor um resultado semelhante encontrado por Carvalho (1998):

L tem inteligência normal, e tenta demonstrar essa habilidade através de suas atitudes, mesmo que extremamente limitada do ponto de vista motor. Sua comunicação lhe é própria, utilizando gestos e, principalmente, movimentos faciais, e seus olhos tentam falar com o mundo, todos seus desejos, insatisfações, alegrias e tristezas (CARVALHO, 1998, p. 67).

Percebe-se o quão difícil podem ser as vivências do brincar para as crianças com paralisia cerebral, no entanto, nota-se, também, a busca por alternativas que permitam estas experiências. No caso de Caio, as adaptações no estabelecimento da comunicação se fazem pela pronúncia da criança de forma lenta e olhando para a pessoa com está conversando, esta, por sua vez, deve se esforçar para compreender a sua fala. Com o tempo, este processo tende a se tornar mais fácil. No âmbito motor, aponta-se a necessidade de mais tempo para realizar a maioria das atividades e a necessidade de auxílio em outras, tal qual encontrado por Bataglione e Zuchetto (2014) em um estudo sobre adequações para crianças com deficiência.

Porém, para outras crianças as dificuldades são mais acentuadas, como nos casos em que há grande falta de controle voluntário sobre os músculos do corpo e da coordenação dos movimentos que resultam, frequentemente, na impossibilidade de se realizar um movimento desejado e/ou em não conseguir segurar um brinquedo ou objeto nas mãos devido aos movimentos involuntários que fazem com que estes, muitas vezes, sejam arremessados para longe (CARVALHO, 1998). Stephani, criança que possui estes comprometimentos, foi observada nos atendimentos da estimulação motora aquática. Neste caso, principalmente, a profissional aposta na realização de atividades com materiais maiores como bolas de plástico grandes, nas quais Stephani pode tocar, apenas, sem precisar segurar nas mãos para desenvolver a atividade. Além disso, há o desenvolvimento de atividades com bambolês para mergulhar, com pranchinhas, flutuadores, plataformas redutoras de profundidade para deslocamento, aos quais são inseridos elementos do faz de conta e a contação de histórias que potencializem e permitam as vivências e manifestações lúdicas. Tais manifestações foram evidenciadas, especialmente com Stephani, nos sorrisos atrelados aos gritos (pois a linguagem verbal não é desenvolvida), nas trocas de olhares com a profissional e com seu pai, que entra na piscina para auxiliar, e nos movimentos corporais (permeados pelos movimentos involuntários que se faziam presentes, principalmente, nos momentos de entusiasmo).

As crianças também foram questionadas sobre as atividades que menos gostam ou que não gostam de participar. Sobre isso, oito delas responderam que gostam de todas elas e uma relatou apenas que gostaria que os desenhos que são feitos em um dos atendimentos, fossem também pintados durante este.

Gosto de fazer tudo. De tudo, de tudo (Hugo - DI).

A Joana faz desenhos e não pinta (Bryan - TEA).

E você gostaria que ela pintasse? (Pesquisadora)

É... e recortasse! (Bryan - TEA).

A fala de Hugo, que possui deficiência intelectual leve e distrofia muscular, retrata exatamente o que pôde ser observado durante os seus atendimentos e, inclusive, em momentos informais nos corredores. Esta criança se mostrava sempre animada para os atendimentos, chegando sempre com bastante antecedência a IS e aproveitando o tempo de espera para conversar com todas as pessoas que estivessem no corredor.

Vale ressaltar que Hugo se deslocava até as pessoas para conversar, apesar de usar cadeira de rodas. No segundo dia de observação, o paciente se sentia à vontade para conversar com a pesquisadora antes do início do atendimento contando acontecimentos de sua vida como idas e internações hospitalares, perguntando questões da vida da pesquisadora e a convidando para brincar durante o atendimento que logo iniciaria. Estes fatos evidenciam o relacionamento espontâneo e positivo da criança com as pessoas e o ambiente (BLASCOVI-ASSIS, 1997). Para a autora, as chances para participar de atividades que favoreçam estes comportamentos são imprescindíveis para o desenvolvimento e a integração social das crianças com deficiência intelectual.

O bom desenvolvimento dos aspectos social e emocional destas crianças resulta em alterações progressivas no estilo de vida e na compreensão de si, das possibilidades e necessidades da deficiência (FERNANDES; NETO; MORATO, 1997). Nesta perspectiva, pode-se afirmar que o bom estado emocional e as relações sociais de Hugo permitem que ele ultrapasse as possíveis dificuldades advindas do uso da cadeira de rodas e se expresse falando, sorrindo, dando gargalhadas, contando histórias, brincando e, isto, com toda a riqueza de qualquer criança, com ou sem deficiência. Os autores supracitados corroboram com estes resultados ao afirmar que há forte relação entre as habilidades sociais e as vivências lúdicas das crianças com deficiência intelectual. Acrescentam que, com a convivência social e os estímulos adequados, podem se engajar e desfrutar dos benefícios das atividades tanto quanto as crianças sem deficiência.

Em relação à declaração de Bryan, destaca-se a liberdade da criança para criticar o fato de a profissional não atender aos seus desejos pintando e recortando os desenhos feitos durante os atendimentos. Isto se faz relevante, visto que Bryan possui autismo, deficiência que, comumente, apresenta como uma de suas características, a dificuldade na comunicação (SCHMIDT; BOSA, 2011). Nesta direção, salienta-se que Bryan participa dos atendimentos da fonoaudiologia, dentre outros, que podem estar contribuindo para esta autonomia na comunicação. Autonomia esta, observada, também em outras situações de atendimentos.

A não observação do atendimento de Bryan, no qual o desenho não foi pintado e recortado, impede a possibilidade de interpretações, contudo, especula-se a possibilidade de a profissional ter reservado o desenho para finalizar a atividade no atendimento seguinte devido à falta de tempo para pintar e recortar, o que fugiu do desejado pela criança. Tal desejo, por sua vez, pode ter estrita relação com a necessidade de

cumprir a tarefa tal qual foi inicialmente prevista, sendo esta uma característica comumente apresentada pelas crianças com autismo. Isto é, uma adesão aparentemente inflexível a rotinas e rituais específicos, podendo manifestar resistência ou sofrimento frente a mínimas mudanças (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2007). Entretanto, destaca-se que, independentemente das possíveis explicações, indica-se a necessidade do ouvir o paciente, seus desejos e anseios tentando atendê-los, dentro das suas possibilidades de concretização.

Ainda sobre as atividades, perguntou-se se eles gostariam que algo fosse diferente. Neste sentido, foram citadas algumas atividades que não acontecem nos atendimentos da IS e que as crianças gostariam que estivessem presentes, a saber: tocar teclado, brincar com dominó, cobra-cega, gato-mia, jogar bola, jogar futebol. Além disso, uma criança apontou que gostaria que as atividades fossem exatamente aquelas que são desenvolvidas e que não teria nenhuma diferente para sugerir e, outra falou que gostaria que tivesse um brinquedo igual ao que ele estava carregando na mochila, sendo este, um boneco de plástico (ao falar, tirou o brinquedo da mochila para mostrar).

A partir das atividades aludidas pelos entrevistados, é possível explorar o fato de que quatro delas são atividades, comumente, realizadas em grupo e, por vezes, ao ar livre. Estas respostas podem ser compreendidas devido à predominância de atividades individuais em salas/consultórios de atendimento (ambientes fechados), em virtude da própria caracterização do serviço prestado pela IS. Em consequência disto, pode-se verificar que, por meio destas respostas, as crianças manifestaram seus desejos pela participação em atividades, nas quais houvesse as possibilidades de relações sociais com outras crianças, bem como, a prática de atividades mais ativas e/ou brincadeiras de rua onde poderiam vivenciar, além das atividades, a exploração de ambientes naturais. Nesta direção, vale frisar que das nove profissionais entrevistadas, apenas uma mencionou a realização de atividades ao ar livre, tendo em vista que, há um espaço deste viés que pode ser utilizado. Este local é relativamente pequeno, entretanto, é um espaço com árvores que favorecem a utilização do espaço em função da sombra em dias muito quentes, possui um pequeno parque infantil e pode ser considerado um potencial espaço para o desenvolvimento de atividades lúdicas, principalmente, com o perfil apontado pelas crianças nas entrevistas. Para esclarecer a viabilidade de utilização, segue a fala da profissional Rosângela:

Eu uso muito o corpo como brincadeira, eu vou lá no parquinho, a gente tem um espaço muito bom aqui, a gente não tinha muito recurso físico como eu te falei, de brinquedo, de tinta, massinha, materiais, mas a gente tem o parquinho, que está meio despencado, mas têm. Têm o ginásio que dá para usar, lá tem o espaldar, tem linhas pintadas pelo chão, então eu brinco de andar nas linhas, de pular com um pé só na linha, de escalar, subir e descer no “step”; andar em baixo do túnel, passar por cima, por baixo, subir; subir na casinha e descer pelo escorregador; subir na teia. Eu uso muito o brincar no parquinho; entrar e sair da casinha, olhar pela janelinha, bater na porta, tocar a campainha. Também no jardim, dá para caminhar lá para treinar a marcha. Andar pelo jardim que tem as raízes, tem grama, tem buracos, tem morrinhos. Eu também uso bastante lá. Uma das coisas que a gente queria era que tivesse um jardim sensorial, um jardim arrumadinho para os pacientes irem, com caixa de areia. Tem uns que a gente já foi em algumas instituições e eles penduram na árvore um monte de CDS que daí o sol bate... A gente tem o projeto para ter esse jardim sensorial, mas as coisas demoram um pouco. Mas eu uso bastante, eu ando também pela casa (ambientes da IS), não fico só dentro da sala (consultório ou sala de atendimento) (Rosângela - Fisioterapeuta).

Estas afirmações permitem identificar que o espaço disponível para a realização de atividades ao ar livre possui algumas limitações, como o chão não plano e o parque infantil um tanto deteriorado. Todavia, a profissional menciona que, ainda assim, vale a pena utilizar o ambiente para que o atendimento e as experiências dos pacientes não fiquem restritos ao espaço fechado e, muitas vezes, até pequeno, uma vez que, exceto as salas da fisioterapia do setor de reabilitação pediátrica e da psicomotricidade, as demais são salas pequenas e não possibilitam, por exemplo, a realização de atividades como correr, o pular, ou seja, atividades de maior movimentação corporal. Outro fato a ser discutido é que, embora a profissional desenvolva o atendimento neste ambiente aberto, as atividades continuam sendo de caráter individual, pois como detalhado em outros momentos do trabalho, o serviço da IS é organizado

desta forma, havendo, portanto, a predominância de atendimentos individuais em detrimento dos atendimentos em grupo (estimulação motora aquática, estimulação essencial e oficinas terapêuticas).

Quanto aos grupos supracitados, nenhuma profissional citou a realização de atividades no ambiente aberto da IS com estes pacientes, porém, relataram saídas de campo como a ida até o horto florestal com um grupo de crianças para lá vivenciarem experiências de atividades ao ar livre. Nesta direção, Silva et al. (2014) destaca que grande parte das brincadeiras tradicionais infantis ou atividades, tipicamente, realizadas em ambientes ao ar livre estão deixando de ser vivenciadas em razão da diminuição destes espaços para brincar, bem como, as influências das novas tecnologias. Assim, os autores ressaltam a necessidade de serem criadas as possibilidades para que as crianças possam vivenciar atividades lúdicas de forma livre e espontânea permitindo o estabelecimento de relações sociais e a ampliação de descobertas, do uso da criatividade e da fantasia. Não se pretende, com isso, alterar os métodos e os procedimentos utilizados pelas profissionais, mas, sim, como sugere Manfroi (2015) que as crianças estejam com e na natureza de modo que possam brincar e ter diferentes experiências que lhes permitirão construir a sua cultura lúdica:

Por meio da proximidade com o ambiente natural e a convivência com adultos que as respeitam, as crianças adquirem e constroem a cultura lúdica. Os adultos, ao brincarem com as crianças, ou ao observá-las brincando, também participam da (re)construção desta cultura (MANFROI, 2015, p. 36).

De acordo com a autora, não existem espaços determinados para a criança brincar, sendo que o lúdico pode se instituir em qualquer tempo e local. Nesta lógica, além do contexto familiar, as crianças são capazes de brincar nas ruas, em parques, em campos de grama, na areia, na água (lagoa, mar), nas árvores, no pátio da escola e em qualquer outro lugar da natureza que dê o mínimo de tréguas ou possibilidades para isto se concretizar (MANFROI; MARINHO, 2014). Algumas brincadeiras, frequentemente realizadas ao ar livre, citadas por estas autoras (pega-pega, caça ao tesouro, esconde-esconde, jogos com bola) vão ao encontro às atividades desejadas pelas crianças desta pesquisa. Isto reforça a relação entre suas respostas e estes espaços evidenciando que estas possibilidades podem ser ainda mais importantes para as

crianças com deficiência em virtude do isolamento e das restrições sociais nas quais, geralmente, vivem. Neste sentido, ao vivenciar brincadeiras ao ar livre, passam a ter mais independência para estabelecer interações com outras crianças e, também, com adultos “passando a ser concebidas como seres que ensinam e que aprendem” (MANFROI, 2015, p. 179).

Os processos de crescimento das crianças exigem a intencionalidade dos adultos com os quais elas convivem, para que tempos e espaços de experiências sejam pensados e construídos, mas sempre com o intuito de ampliar possibilidades, escutar sugestões e aceitar rejeições (MANFROI, 2015, p. 295).

Nesta direção, é essencial que as sugestões e/ou vontades das crianças sejam ouvidas e que estas possibilidades sejam reconhecidas com o intuito de reencontrar o direito das crianças às brincadeiras livres ou ao ar livre, as quais não ficam limitadas a aspectos fragmentados da vida, mas em sua totalidade (MANFROI, 2015). As experiências que são manifestadas livre e espontaneamente têm a função de perpetuar a cultura infantil, desenvolver habilidades sociais e propiciar o prazer e a alegria do lúdico que estará garantido pela motivação interna da criança (KISHIMOTO, 1999). Além disso, por meio destas vivências as crianças são estimuladas a ultrapassar seus medos, a expandir movimentos corporais e se autoconhecerem (MANFROI; MARINHO, 2014).

A entrevista procurou abordar ainda, os benefícios das atividades lúdicas percebidos pelos pacientes. A partir deste questionamento, todos citaram que sentem melhoras após o ingresso na IS e a realização das atividades, entretanto, somente três conseguiram detalhar em quais aspectos. Assim, os três apontaram que melhoraram a linguagem, pois estão falando melhor, e dois que conseguem se movimentar e/ou caminhar e escrever melhor depois que começaram as atividades da reabilitação. Pode-se afirmar que os aspectos citados pelas crianças contribuem para a melhora de outras capacidades como as interações sociais, pois tendo as habilidades de linguagem desenvolvidas, conseguem se relacionar com outras pessoas, colegas e amigos, na escola ou na vida social, por meio da fala e com o aumento do desempenho no comportamento motor, passam a ter maior facilidade de engajamento nas atividades. Tudo isso, contribui para o aumento da

autoestima que interfere positivamente no aspecto emocional de qualquer pessoa. Neste sentido, estes e outros benefícios foram apontados pelos familiares.

4.3 PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES SOBRE AS ATIVIDADES LÚDICAS DA/NA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

A princípio, destaca-se que foi observada a compreensão das atividades lúdicas, pelos familiares, como a própria reabilitação, ou seja, ao se referirem aos atendimentos da IS, não mencionaram métodos, técnicas ou conteúdos, mas as brincadeiras e os jogos desenvolvidos nos mesmos. Fato que não causou interferência em relação ao conteúdo das informações que se pretendia obter a partir das entrevistas com estes participantes, contudo, vale ser relatado para demonstrar que o elemento lúdico é visto como o coração dentro deste contexto de saúde.

Nesta perspectiva, os familiares demonstraram compreender as atividades realizadas com os seus(uas) filhos(as) ou parentes durante os atendimentos da IS como sinônimos de atividades lúdicas, especialmente, por se remeterem, frequentemente, aos termos brincadeiras e jogos. Estes, por sua vez, foram apontados como muito importantes pelos familiares entrevistados. Como motivos destas respostas, foram indicados os benefícios resultantes para os pacientes e para si próprios (familiares).

Como benefícios das atividades lúdicas foram citadas as melhorias nos aspectos em que os pacientes possuem dificuldades de acordo com cada caso e tipo de deficiência. Nesta direção, os familiares mencionaram os ganhos na capacidade motora (membros superiores, inferiores, tronco, cabeça e pescoço), na postura, no equilíbrio, no pegar e segurar brinquedos e objetos, no deslocamento (engatinhar, andar), na disposição para as atividades do dia a dia, na aquisição de hábitos de alimentação saudáveis e no controle da obesidade, nas habilidades de linguagem com o desenvolvimento da fala e/ou a correção da troca de fonemas, na escrita, na atenção e na concentração, no comportamento, assim como, nos aspectos social e emocional. As falas dos familiares exemplificam as suas percepções dos benefícios das atividades lúdicas:

Melhorou bastante. Ela não levantava sozinha e agora levanta, dá uns três passinhos sozinha. Está bem melhor. Com a Fonoaudióloga ela melhorou a fala porque o CH e o X ela não conseguia falar e agora ela fala e isso ela aprendeu aqui. Agora ela está aprendendo o R e algumas atividades que ela aprende aqui, ela aplica em casa também (Augusta - Mãe de Betina - PC).

Eu adoro, tanto para ele quanto para mim. Não vou dizer que ele melhorou 100%, mas até a fala dele melhorou bastante. Antes, ele chegava às seis horas do colégio, chorava tanto, tanto que me deixava louca. Ninguém podia sair de casa que ele chorava direto. Nós começamos a vir aqui, a psicóloga começou a conversar e explicar as coisas e depois que ele começou aqui, não grita mais. Antes ele chamava as pessoas com palavrões, ele se mordía todo e agora ele mudou bastante, está bem mais calmo (Julieta – Mãe de Herbert - DI).

Ela está aqui há pouquinho tempo, mas deu para perceber diferença nela, principalmente com a fonoaudióloga, na fala e com a terapeuta ocupacional também porque elas ensinam muitas coisas, não só para ela, mas para mim também, porque, muitas coisas que a gente fazia em casa ou que deixava de fazer, talvez por superproteção ou coisa assim. Mudou muito isso. Eu adoro, acho muito importante tudo que elas fazem. Tudo tem ajudado ela. A gente notou uma diferença grande. Acho muito importante tudo isso (Custódia - Mãe de Ingrid - DI).

Ela tem desenvolvido bastante a parte cognitiva, associativa, motora, tudo, em geral. Está ajudando muito. Questão de horário, de alimentação, de atividade física, de disposição (ela está mais disposta), está mais ativa para tudo (Elvira - Mãe de Iasmin - PC).

Melhorou bastante. O equilíbrio dele está bem melhor devido às sessões de fisioterapia que ele fez. A escrita dele, o desenvolvimento na parte motora com a terapia ocupacional também melhorou bastante. Agora com a fonoaudióloga ele está desenvolvendo bastante, mas ele tem muita dificuldade nessa parte de fala, para ele ainda é bem complicado. A psicóloga também está sendo importante devido ao fato de ele se entender melhor (Antônia - Mãe de Rodolfo - PC).

Analisando as falas dos familiares, pode-se evidenciar o reconhecimento sobre a importância das diferentes áreas de atendimento para o desenvolvimento e a melhoria das capacidades dos pacientes, sendo isto, observado por meio das mudanças pessoais e na saúde das crianças em situações do dia a dia, seja em casa, na escola, a partir de relatos das professoras, na própria IS ou em outros ambientes. Ressalta-se, de acordo com os discursos supracitados, a importância dos atendimentos da IS, também, para os familiares, uma vez que as melhorias das crianças refletem no bem-estar do familiar.

Como exemplo dos benefícios para crianças e familiares, podem ser apontadas as mudanças nas atitudes de agressividade e nos maus comportamentos do filho, relatadas pela familiar Julieta, resultando em uma convivência mais tranquila em casa e na sociedade, a partir da diminuição do estresse causado pelo constante uso de palavrões, gritos e choros que antes eram, frequentemente, corrigidos e/ou reprimidos pela mãe. Há evidências de que os problemas de comportamento possuem relação direta com as habilidades sociais, uma vez que estudos como os de Prette et al. (2011) e Petersen e Wainer (2011) indicam que crianças que interagem socialmente com maior facilidade, apresentam menores índices de comportamentos indesejáveis e melhor desenvolvimento socioemocional. Neste sentido, os autores apontam que à medida que a criança é estimulada a desenvolver ou ampliar o repertório destas habilidades, em situações que vão além do contexto familiar, elas podem diminuir ou, até mesmo, deixar de apresentar comportamentos negativos. Para que isto, de fato, aconteça é essencial a compreensão de que as habilidades sociais são apreendidas ao longo da vida e, portanto, quando as condições iniciais são desfavoráveis, aconselha-se a procura por novas condições de aprendizagem (PRETTE et al. 2011). Para isto, os autores indicam programas terapêuticos ou de reabilitação como o da IS, sendo, especialmente no período da infância, primordial o estabelecimento de relações de confiança e troca de informações entre a

tríade criança/família e profissionais (terapeutas, professores, entre outros), pois estes são os principais agentes de socialização da criança, além dos colegas e/ou amigos. Neste caminho, Prette et al. (2011), orientam que tais programas devem priorizar a participação direta da criança em intervenções e ser oferecido, concomitantemente, atendimento aos familiares, de acordo com o que ocorre na IS investigada.

A partir deste serviço, o desenvolvimento da linguagem, bem como, o aperfeiçoamento dela, permite que haja uma melhor comunicação entre familiares e pacientes fazendo com que ocorra a compreensão das necessidades e desejos de ambos para que estes possam ser atendidos ou dialogados e para que sejam estabelecidas relações sólidas entre estas pessoas que passam grande tempo de suas vidas juntas. Estas ideias são corroboradas por Gomes (2008), em seu trabalho sobre atividades lúdicas e processos desenvolvimentais em ambiente hospitalar:

A criança com comprometimento motor utiliza formas de comunicação incomuns para “sugerir” seus anseios e necessidades. A alteração do tom e a dificuldade de articulação da palavra dificultam a “conexão” de seus sentimentos com comportamentos e linguagem - habilidade que, para a maioria de nós, ocorre automaticamente - e, portanto, precisam ser auxiliadas, particularmente pela mãe, em tal processo. Criar oportunidades para que a criança expresse seus desejos e intenções permitem a “construção” de um modelo particular de “diálogo”. Somente a combinação de sensações físicas vivenciadas no contato com a mãe - o toque, a voz, o sorriso, o calor - permitem a aquisição do repertório emocional fundamental para o desenvolvimento da “comunicação” (GOMES, 2008, p. 38).

Os benefícios apontados quanto aos aspectos motores, por sua vez, fazem com que a criança tenha maior independência para se deslocar e pegar um brinquedo, para explorá-lo com autonomia, para beber um copo de água ou se alimentar ou, simplesmente, sustentar o tronco para manter-se sentada. Estes ganhos, aparentemente simples, implicam no bem-estar físico também dos familiares, tendo em vista que eles passarão a despender menos força para segurar os filhos no colo a

maior parte do dia e/ou realizar todas as tarefas por eles, passando, assim, a lhes dar mais estímulos ao invés de somente fazer as coisas para eles e, com isso, privar o potencial desenvolvimento. Estas questões, além de serem orientadas aos familiares pelas profissionais que atendem os pacientes, também são trabalhadas nos atendimentos da área da psicologia aos familiares, onde eles são estimulados a levar as instruções para casa e aplicá-las no dia a dia, pois, isto, além de beneficiar as crianças, proporcionará uma melhor qualidade de vida para toda a família.

Sobre os benefícios para os pacientes, uma mãe relatou que, sobre o quadro clínico de seu filho, não é possível observar melhoras, pois o tipo da sua deficiência (distrofia muscular) não permite isto, tendo em vista que uma de suas características é a perda da capacidade muscular com o passar do tempo. Entretanto, a entrevistada apontou que, mesmo sabendo dos limites e consequências desta deficiência, ela continua levando o filho para as atividades da reabilitação e garante que há benefícios em relação à estabilização do quadro clínico, uma vez que, sem tais atividades a perda funcional aconteceria mais rapidamente. Além disso, cita o grande prazer que a criança apresenta para ir até a IS devido à boa relação que possui com as profissionais e as brincadeiras que as mesmas realizam com ele.

Eu acho que é importante porque se não fosse essa fisioterapia e as outras coisas que elas fazem, eu não sei se eu conseguiria sozinha. Eu acho que ele teria parado de vez, de andar e tudo. Ele teria parado de fazer tudo porque a doença dele é aquela que vai atrofiando devagarzinho, que não tem cura, não tem como melhorar. É a reabilitação que está mantendo ele (Clarice - Mãe de Hugo - DI / DF).

Nota-se na fala desta participante o reconhecimento profissional das pessoas que trabalham para que o seu filho possa viver da melhor forma possível mantendo suas funções musculares de acordo com as possibilidades do tipo de deficiência. Nesta direção, destaca-se o quanto é importante que a reabilitação contemple todos os aspectos do ser humano, ao passo que, frequentemente, a ênfase nas habilidades sociais e emocionais visando à aceitação (própria e das pessoas com quem convive) pode exercer maior influência positiva para a vida da criança com deficiência do que, de fato, a perfeição em aspectos que, na

verdade, se possui como uma condição para toda a vida (WINNICK, 2010).

As familiares ainda foram questionadas sobre suas percepções sobre os atendimentos das profissionais e todas responderam atribuindo características positivas por considerarem que elas fazem o máximo que podem para que processo de reabilitação de seus(uas) filhos(as) ou parentes sejam proveitosos de modo que eles(as) tenham o máximo de ganhos em todos os aspectos trabalhados. Duas mães relataram que nunca haviam passado por este processo, uma vez que estão tendo a primeira experiência na criação de uma criança com deficiência, contudo, consideram o atendimento das profissionais da IS maravilhoso, pois seus(uas) filhos(as) são bem tratados(as) e as atividades realizadas estão de acordo com o que as crianças necessitam em cada momento, tendo em vista que as mesmas são modificadas de acordo com a etapa de desenvolvimento de cada paciente. Nesta direção, uma das mães citou considerar a IS um exemplo de atendimento em saúde devido às relações que são estabelecidas entre as profissionais, os pacientes e seus familiares. Em virtude disso, o apoio aos familiares também foi apontado como uma questão positiva por uma das mães. Estudos têm demonstrado resultados positivos quanto ao atendimento aos pais como uma estratégia para ampliar os resultados no processo de reabilitação das crianças (PRETTE et al., 2011; PETERSEN, WAINER, 2011). Isto porque, frequentemente, os pais de crianças com deficiência tendem a apresentar comportamentos que causam prejuízos aos desenvolvimentos de seus(uas) filhos(as), tal qual a superproteção em relação à aprendizagem de habilidades motoras, incluindo as oportunidades para brincar, assim como, o isolamento da criança e o isolamento próprio em relação ao frequentar contextos sociais e estabelecer interações com outras pessoas (PRETTE et al., 2011).

Os autores explicam que estas restrições consistem na baixa ou nenhuma frequência a lugares públicos como restaurantes, parques, shoppings, cinemas ou visitas a parentes e amigos, sendo isto explicado, pelos pais, em função das dificuldades para o deslocamento com as crianças com deficiência física ou pelo alto nível de atenção e supervisão de que as crianças com deficiência intelectual ou autismo necessitam e, por vezes, pelos comportamentos desagradáveis que lhes causam vergonha. Neste sentido, o apoio aos pais é desenvolvido com o intuito de gerar mudanças nestes paradigmas de modo a favorecer o desenvolvimento ou o aprimoramento, tanto de habilidades das crianças quanto às parentais.

Para além do bom atendimento aos pacientes e as famílias, duas entrevistadas mencionaram o bom relacionamento e as trocas de informação entre as profissionais como um aspecto que favorece o processo de reabilitação, uma vez que a comunicação constante permite que a equipe profissional obtenha um conhecimento mais aprofundado sobre cada paciente e, deste modo, consiga oferecer um serviço que contemple todos os aspectos da criança, independentemente da área de atuação. Algumas declarações exemplificam a percepção dos familiares sobre as profissionais:

Elas são maravilhosas porque têm que ter uma paciência, e elas têm paciência até demais. Até na parte da fisioterapia que ela (filha) não quer muito participar, mas as fisioterapeutas ficam sempre estimulando, brincando, conversando, distraíndo e ela acaba fazendo, na brincadeira, mas se não fosse essa paciência, ela não faria não. Elas são muito boas. São ótimas (Augusta - Mãe de Betina - PC).

São muito atenciosas. Além do lado profissional, ela (paciente) recebe muito carinho, tem muita simpatia, tem muita atenção. Elas se preocupam com o bem-estar dela, se ela está alcançando ou não, se ela vai responder ou não. Pra mim é muito bom, em todas as questões. Os pais têm apoio, os acompanhantes têm apoio, a criança tem apoio, todo mundo têm apoio. Acho que isso conta muito também (Elvira - Mãe de Iasmin - PC).

Eu acho que é tudo muito bom, o atendimento é maravilhoso, as meninas (profissionais) são bem atenciosas e a parte teórica delas também. Elas se comunicam, tem um bom relacionamento entre as profissionais e tudo é encaminhado certinho (Antônia - Mãe de Rodolfo - PC).

Por meio destas manifestações, evidencia-se a contemplação dos pressupostos do PNHAH que visa provocar transformações no âmbito das relações entre as pessoas no contexto de trabalho, mudanças nos processos e modos de produzir o serviço em saúde, e alterações na interação a ser estabelecida entre profissionais e usuários (SANTOS, 2009). Ademais, observa-se o cumprimento das diretrizes da Política

Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência no que tange as ações no processo de reabilitação com uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar de modo a garantir tanto a sua qualidade quanto o princípio da integralidade (FIGUEIREDO, 2008). De acordo com esta política, tais ações devem ter um enfoque funcional e integral que significa respeitar as especificidades de cada caso e tipo de deficiência e devem levar em conta, sobretudo, as necessidades e potencialidades visando, principalmente, a manutenção da qualidade de vida e a inclusão ativa destas pessoas na sociedade. Nesta perspectiva, referente ao período em que a criança está em reabilitação, de fato, percebeu-se o oferecimento de um atendimento interdisciplinar que considera o paciente em sua totalidade, contudo, de acordo com falas da profissional Elsa, após receber alta, não há qualquer forma de acompanhamento que permita a verificação da efetiva inclusão na sociedade, exceto em alguns casos das crianças com deficiência física que podem receber alta e, após determinado período, retornar aos atendimentos para trabalhar novos aspectos necessários.

Entende-se como inclusão permitir que as crianças sejam capazes de participar efetivamente das principais instituições da sociedade (educação, trabalho, saúde, lazer), quaisquer que sejam as suas habilidades ou necessidades (DOHERTY, 2011). Neste sentido, pode-se indicar que existem limitações quanto ao que se pretende chamar de inclusão ativa na sociedade, embora os aspectos trabalhados visem o alcance da máxima funcionalidade e independência do indivíduo para favorecer que isto aconteça.

Por fim, os familiares foram questionados se gostariam que algo fosse diferente nos atendimentos em relação às atividades que são desenvolvidas. Neste sentido, uma pessoa citou que considera 50 minutos por semana, em cada atendimento, muito pouco tempo e sugeriu que esse período fosse ampliado ou que as sessões fossem oferecidas duas vezes por semana.

Quanto às atividades eu acho que são bem adequadas. O que eu acho é que o tempo é que é pouco. São 50 minutos por semana em cada atendimento. Eu acho que se tivesse um tempinho a mais ou duas vezes por semana, pelo menos, seria melhor. Mas quanto às atividades eu acho que está ideal (Custódia - Mãe de Ingrid - DI).

Sobre isto, pode-se dizer que o tempo de atendimento leva em consideração, além das necessidades dos pacientes, as condições fisiológicas dos mesmos, uma vez que, dependendo dos diagnósticos, assim como das áreas em que eles possuem limitações e/ou atrasos no desenvolvimento, podem ser oferecidos até cinco atendimentos em diferentes áreas (fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia e educação física). Deste modo, o aumento no tempo de atendimento poderia causar mais cansaço físico e mental aos pacientes do que, de fato, o aumento dos benefícios. Ademais, tal disposição privaria o atendimento a um maior número de pacientes que necessitam igualmente da reabilitação, por meio do sistema público.

Outra pessoa apontou a preferência pelos atendimentos que são realizados por duas ou mais profissionais, bem como os que são desenvolvidos em grupo (com mais de um paciente), pois, de acordo com seu relato, sua filha se engaja melhor nas atividades quando a sessão é desenvolvida desta forma devido aos estímulos fornecidos por mais de uma profissional e das interações que ocorrem com as demais crianças que estão no atendimento.

Na Fisioterapia, por exemplo, quando ela está com duas profissionais, parece que ela faz melhor as atividades. Então quando tem duas pessoas estimulando, porque quando tem uma só, às vezes ela não quer fazer. Como na estimulação essencial, além da professora de educação física, tem as outras meninas que ficam junto e, também, tem as outras crianças que participam junto. Quando ela está interagindo em grupo, ela participa melhor. Quando ela está sozinha, às vezes nem quer fazer e todas as atividades que elas pedem para fazer em grupo, ela faz bem melhor (Augusta - Mãe de Betina - PC).

Em razão da configuração do serviço da IS, de acordo com explicações anteriores, há predominância de atendimentos individuais em detrimento dos atendimentos em grupo. Contudo, sobreleva-se a importância do oferecimento de mais atendimentos que visem à interação entre os pacientes tendo em vista a manifestação deste desejo pelas crianças quando apontam que gostariam que acontecessem mais atividades de cunho grupal, bem como, a solicitação desta mãe que, indiretamente, sinaliza que por meio das interações e da criação de laços afetivos, a criança se motiva a participar da reabilitação. Para Souza

(2014), o processo de humanização da criança ocorre numa realidade permeada pela interação social com outras pessoas e, neste processo de interagir, ela assimila o seu meio, sendo as atividades lúdicas a forma utilizada para que isto aconteça de maneira mais significativa, interessante e prazerosa.

Uma mãe relatou que gostaria que sua filha voltasse a participar dos atendimentos com a profissional de educação física na piscina (estimulação motora aquática), pois ela teve esse atendimento por um determinado período e depois foi encaminhada para outras áreas como a terapia ocupacional e a fonoaudiologia para que outros aspectos fossem trabalhados. Neste sentido, ressalta-se que, com base nas reavaliações, são verificados os aspectos que já foram desenvolvidos, de acordo com os objetivos pré-estabelecidos na avaliação inicial, e a partir disto, os atendimentos do paciente são reorganizados para atender às novas demandas e necessidades para que o mesmo atinja sua máxima funcionalidade em todos os aspectos.

As demais entrevistadas enfatizaram a adequação dos atendimentos e das atividades empregadas, portanto, não tinham nada a acrescentar ou sugerir quanto a isto, tal qual apontam as familiares Julieta e Délia:

Não, para mim está bom. Eu acho uma beleza, eu agradeço a deus porque eu consegui vaga aqui porque ele (filho) só ia ao Hospital Infantil a cada seis ou sete meses para fazer uma consulta e, então, eu agradeço porque se fosse para pagar, eu não teria condições (Julieta - Mãe de Herbert - DI).

São muito bons. Elas se envolvem totalmente. Eu percebo que elas são bem dedicadas. De todos os lugares que eu fui até hoje, aqui é um exemplo de atendimento (Délia - Mãe de Apollo - DI).

Por meio desta fala percebe-se a satisfação da familiar com o serviço de saúde público de qualidade, uma vez que, no geral os contextos de saúde públicos são focados somente ou, prioritariamente, nos aspectos biológicos ou patológicos em detrimento de outras questões que são importantes tanto para o paciente quanto para a família. Nesta direção, as familiares fazem uma pequena comparação com outros contextos de saúde, frequentados por elas com seus(uas) filhos(as), apontando estarem mais satisfeitas com os atendimentos

na/da IS em relação aos demais. Além das atividades lúdicas desenvolvidas, que parecem conquistar as crianças e seus familiares, esta diferença em relação aos outros contextos pode estar no modo como as profissionais tratam e se relacionam com os usuários. Para Muccioli et al. 2007, a questão é que a maioria dos profissionais de saúde não consegue olhar o paciente para além do diagnóstico e da mobilização de recursos tecnológicos e menciona que o valor maior destes profissionais é ver o paciente como um ser humano único e respeitá-lo como tal, para poder entendê-lo e tratá-lo.

Isayama et al. (2011) corrobora estas considerações ao afirmar que muitas instituições de saúde têm mostrado preocupação em colocar os pressupostos da humanização em prática, entretanto, não têm conseguido instituí-los interdisciplinarmente. Este tipo de atuação é a base primordial para o trabalho de atendimento às crianças com deficiência, em sua globalidade, dar certo (BLASCOVI-ASSIS, 1997). Conforme a autora, na equipe interdisciplinar, todos os profissionais têm a contribuir, sendo assim, devem conservar a humildade e o respeito pelo outro, não havendo rivalidade entre si e, sim, trocas, pois um nunca é mais importante do que o outro:

Só a visão multidisciplinar pode explicar a ideia de que, todo profissional, seja qual for a sua área de origem, tenha preocupações no nível da saúde e da educação. E este profissional, dentro desta linha de pensamento, só terá sucesso em seu planejamento, se estiver integrado em uma equipe na qual possa buscar e trocar conhecimentos em diversas áreas do desenvolvimento, caminhando para o desafiador e gratificante trabalho interdisciplinar. Desafiador, porque requer estudo, segurança e humildade. Gratificante, pelos resultados obtidos e pelo crescimento humano que permeia a relação entre a população atendida e os profissionais (BLASCOVI-ASSIS, 1997, p. 13).

Os apontamentos da autora supracitada deixam evidente que o trabalho interdisciplinar vai muito além da presença da equipe com os profissionais das diferentes áreas. A interdisciplinaridade se circunscreve como tal, a partir do entrelaçamento dos conhecimentos das diversas áreas de atendimento, que deve ocorrer de forma harmônica e contínua durante a reabilitação das crianças.

Ademais, duas familiares expressaram insatisfação quanto à administração da IS, sendo isto relacionado ao espaço físico como a falta de adaptações para pessoas com deficiência, especialmente as crianças, nos banheiros da instituição e a falta de cadeiras de rodas em bom estado de conservação para os pacientes utilizarem nos deslocamentos dentro da IS.

Eu não entendo como que um lugar como esse que tem que ser referência em reabilitação, não tem banheiros adequados para os pacientes, eu não entendo isso! A gente vê que há cadeirantes que usam o banheiro e não têm um assento adequado, não tem um pegador adequado, não tem um vaso sanitário para crianças, só tem para adultos. Isso tudo eu acho que eles tinham que enxergar, porque aqui atende muitas crianças também. A minha filha, por exemplo, não se sente bem em um vaso normal. Eles tem que dar uma olhada, mas a gente foi, falou na direção. Agora mudou a direção, também não sei se vai resolver (Elvira - Mãe de Iasmin - PC).

O atendimento das profissionais é excelente. Agora, o que falta é um pouco mais de infraestrutura. Na parte administrativa, mas fora isso, o atendimento é excelente (Antônia - Mãe de Rodolfo - PC).

Percebe-se que, enquanto o atendimento em termos da equipe multiprofissional e de natureza interdisciplinar é traçado como exímio e exemplar, o serviço no âmbito administrativo recebe críticas quanto ao não cumprimento de itens relacionados à lei de acessibilidade que dispõe que sejam garantidas as adaptações em termos de rampas, elevadores, banheiros, entre outros (artigo 8 da lei nº 7.853/89). Além disso, podem ser observadas falhas quanto à garantia dos direitos do código dos usuários do SUS preconizada pelo PNHAH, visto que esta política coincide com os próprios princípios do SUS (SANTOS, 2009). Neste sentido, o autor aponta o cumprimento destas leis como uma tarefa da gestão, mencionada pelas entrevistadas como “parte administrativa ou direção da IS”. Neste segmento, o PNHAH, indica que:

No campo da atenção, têm-se nas diretrizes centrais a acessibilidade e a integralidade da assistência, permeadas pela garantia de vínculo entre os serviços/trabalhadores e população, e avançando para o que se têm nomeado como “clínica ampliada”, capaz de melhor lidar com as necessidades dos sujeitos (SANTOS, 2009).

Melo (2002) ressalta que a falta de adaptações nas instituições pode causar constrangimentos, uma vez que as pessoas, que delas necessitam, ficam a mercê da boa vontade e do auxílio de outros indivíduos ou, muitas vezes, correm o risco de não conseguir usá-los. Neste sentido, o autor faz considerações sobre os banheiros, alvo de críticas da familiar Elvira:

A questão dos banheiros também é relevante. Dentro das possibilidades, devemos buscar garantir sanitários adequados a usuários de cadeiras de rodas e também para crianças. Alguns mictórios, por exemplo, são colocados a tal altura que se tornam inacessíveis para crianças menores. No que se refere aos banheiros, é também importante pensar nos pisos. Pisos escorregadios são um indício de risco de escorregão. Quando pensamos que crianças e idosos utilizarão aquelas instalações, nossas preocupações devem ser redobradas (MELO, 2002, p. 18).

Logo, destaca-se a complexidade do que se tenta instituir como humanização em saúde, desafiando para dimensionar estes objetivos e princípios, não somente nas mudanças no âmbito do atendimento profissional, mas também, no provocar reflexos desta política em outros níveis de representação e realização das necessidades dos usuários (pacientes e familiares), inclusive, em suas dimensões subjetivas. Outrossim, reconhece-se que o caminho é longo e que se faz necessário persistir para alcançar patamares, a princípio, julgados inacessíveis (FIGUEIREDO, 2008). Entretanto, Santos (2009) enfatiza que não faz sentido recortar como indicador de avaliação a simples implementação, ou não, do programa na instituição, mas, sim, captar nele a essência que lhe é atribuída neste contexto, de trazer em si um novo modo de existir e de fazer saúde. Isto poderia ser considerado como uma mudança estabelecida na IS por meio das relações estabelecidas entre a tríade profissionais/pacientes/familiares de acordo com os dados e discussões

apresentadas no decorrer deste trabalho que vão ao encontro de uma das marcas do PNHAH conforme Santos (2009), a saber: “a responsabilização e vínculo efetivos dos profissionais para com os usuários”. Todavia, o objetivo nomeado como “a garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários” deixou rastros de insatisfação de acordo com os dados obtidos nesta pesquisa de modo que a gestão merece ser desafiada quanto aos despertar para os princípios e as ações da humanização no contexto de saúde da IS.

Nesta perspectiva, Isayama et al. (2011) aponta que ao se referir à humanização em saúde, é preciso considerar que ocorre a desumanização nestes espaços que é caracterizada pelas falhas nas relações entre as diferentes instâncias de trabalho:

O grupo que concentra o poder se aproveita dessa vantagem para desconsiderar interesses e desejos do outro, e acaba por reduzi-los ao caráter de objetos, que são manipulados em função dos interesses e necessidades de quem domina. Por isso, não há como ter projetos de humanização se não houver democratização das relações interpessoais no interior das instituições (ISAYAMA, 2011, p. 7).

A hierarquização nas divisões de trabalho (cargos) dentro das instituições de saúde, por si só, causa distanciamento, principalmente, comunicacional entre gestores/profissionais/usuários, tornando complexo pensar a humanização nestes espaços, visto que a sua organização desfavorece a harmonia nas relações. Além disso, a proposta do PNHAH é de que as práticas humanizadas sejam construídas coletivamente por estes diferentes atores, contudo, pelo menos no contexto da IS estudada, nota-se, por meio dos apontamentos das profissionais e dos familiares, que os gestores parecem ausentes nesta construção. Nesta lógica, coloca-se a participação ativa destes atores como uma provocação, almejando a sistematização e a garantia de continuidade da humanização neste contexto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da multiplicidade de olhares que envolvem a temática do lúdico, esta pesquisa descortinou o quanto ela é ampla, complexa e diversificada levando em consideração que abrange, como potenciais desdobramentos lúdicos, os brinquedos, os jogos e as brincadeiras que podem possuir regras explícitas (jogos de tabuleiro) ou implícitas (atividades permeadas pelo faz de conta), bem como, suas características (liberdade, satisfação, alegria, prazer, diversão), que são manifestadas a partir da fruição lúdica podendo, ou não, ser identificadas por um observador externo. Entretanto, nos setores da IS que participaram deste estudo (RP e RIA) foi possível observar tais manifestações nas atividades, potencialmente, lúdicas frequentemente desenvolvidas, como a contação e a encenação de histórias com o uso de fantoches ou outros materiais, os jogos de tabuleiro, de memória, de construção, os desenhos, as pinturas, as brincadeiras na piscina com ou sem uso de brinquedos, dentre outras.

No sentido de que as vivências lúdicas não estão em uma atividade definida e que podem se instituir em qualquer fase da vida humana, notou-se certa fragmentação nas concepções das profissionais sobre o fenômeno, dado que demonstraram visões semelhantes, reconhecendo o lúdico nos jogos e nas brincadeiras que propiciam prazer e diversão, porém, aparentemente desconsideraram outras possibilidades de sua fruição. Neste sentido, foram verificadas dificuldades para reconhecerem o lúdico em seus próprios atendimentos ou atos, por exemplo, no uso do faz de conta durante atividades caracterizadas como “mais técnicas”.

Embora entenda-se, nesta pesquisa, que o lúdico não é conceituável e que somente pode ser compreendido por meio de experiências próprias, sugere-se que a ausência de discussões e reflexões sobre a temática nos cursos de formação inicial interferem negativamente no processo de reconhecimento dos elementos que podem configurá-lo. Contudo, aponta-se que o tempo de formação e de atuação profissional não se mostrou relevante em relação à apropriação e à utilização do lúdico pelas profissionais. Isto porque, apesar das limitações quanto aos dados conceituais obtidos por meio das entrevistas, a pré-disposição e a familiaridade apresentadas no desenvolvimento das atividades propostas, bem como as relações estabelecidas a partir do estímulo às experiências lúdicas, evidenciaram grande apropriação no trabalho com este elemento.

Os jogos e as brincadeiras desenvolvidas nas diferentes áreas de atendimento, com ou sem o uso de materiais e da imaginação e fantasia atrelados aos pressupostos da humanização, como o tratar bem o paciente e seus familiares, considerando o contexto social e as particularidades de cada caso, refletem em manifestações de felicidade, prazer e diversão por meio de expressões faciais, verbais e corporais (olhares, risos, falas, gritos, pulos, palmas, dentre outros movimentos corporais, não menos importantes). Considerando a infinidade de objetivos e conteúdos a serem trabalhados para atender as necessidades das crianças com diferentes deficiências, algumas adequações são empregadas como a diminuição das regras dos jogos e o aumento das demonstrações (deficiência intelectual), diminuição da complexidade motora das atividades e auxílios físicos (deficiência física), uso de histórias e de atividades em grupo para intensificar os estímulos às habilidades sociais, de comunicação, expressão e comportamento (autismo). Desta forma, a utilização do lúdico foi citada como sendo um veículo privilegiado para atender aos objetivos traçados na reabilitação de cada criança e, de acordo com as profissionais, tem sido uma escolha efetiva para este fim, podendo ser confirmado por meio de métodos de avaliação específicos de cada área de atuação e/ou métodos de avaliação multiprofissional e interdisciplinar.

Frente a este contexto, as crianças declararam gostar das profissionais e das atividades que elas desenvolvem, elegendo como favoritas as brincadeiras de faz de conta e os jogos. Todavia, indicaram que gostariam de realizar, também, outras atividades nos momentos da reabilitação, sendo estas, comumente desenvolvidas em grupo e em ambientes ao ar livre (jogar bola, gato mia etc.). Isto demonstra o interesse por mais atividades que proporcionem relações com outras crianças, visto que os atendimentos, em sua maioria, são realizados individualmente conforme configuração da IS. Além disto, pode-se explicar esta vontade devido ao isolamento social com o qual muitas crianças com deficiência convivem. Vale destacar que este desejo também foi apontado por algumas familiares que justificam o melhor engajamento de seus(uas) filhos(as) quando as atividades são grupais. Ademais, as familiares concordam com as crianças quanto ao gostar das profissionais e das atividades lúdicas, pois sugerem que elas são adequadas às necessidades individuais.

Em relação aos benefícios das atividades lúdicas, as crianças apresentaram percepções limitadas, refletindo a sua idade cronológica, bem como os comprometimentos cognitivos nos casos de deficiência intelectual. Mesmo assim, alguns benefícios foram reconhecidos como

melhorias na linguagem e nas habilidades motoras grossas (andar) e finas (escrever). Neste sentido, as familiares demonstraram visões mais ampliadas sobre os benefícios destacando a importância das atividades: aspectos motores (controle de cabeça e tronco, manuseio de brinquedos e objetos, ficar em pé, andar); habilidades de comunicação (falar e pronunciar as palavras corretamente a partir da correção na troca de fonemas); habilidades sociais (interações); emocionais (melhoras em comportamentos inadequados); aspectos nutricionais (hábitos de alimentação saudáveis); disposição para atividade do dia a dia, dentre outros. Para além destas influências positivas no desenvolvimento e na saúde integral das crianças, as familiares ressaltaram os benefícios para si, tendo em vista que atendimentos de apoio a estes atores trabalham com questões como a aceitação e a compreensão da deficiência de seus(uas) filhos(as), bem como as maneiras adequadas nos atos de cuidar, favorecendo o desenvolvimento das potencialidades da criança de modo que ela atinja o máximo de funcionalidade para a vida social. As familiares entrevistadas também destacaram a qualidade do serviço prestado pelas profissionais e as trocas de informações em relação às diferentes áreas - fator que torna o atendimento aos seus(uas) filhos(as) mais completo e consistente em termos da reabilitação. Apesar dos olhares positivos sobre as profissionais e as atividades lúdicas, as familiares ressaltaram insatisfação quando se trata de atendimento humanizado.

Nesta perspectiva, em termos dos pressupostos do PNHAH, fragilidades foram encontradas a partir de declarações das profissionais e das familiares que responderam as entrevistas, assim como de observações informais, a saber: falta de diálogo entre membros de gestão e profissionais da instituição; falta de materiais para a realização das atividades lúdicas; falta de tempo para o planejamento das atividades; não distribuição dos espaços da instituição de forma apropriada para os diferentes setores; falta de manutenção dos espaços, em especial, da piscina; não atendimento às normas de acessibilidade, falta de investimento em formação profissional. Uma vez que a humanização depende da harmonia na comunicação e da relação entre os diferentes atores (gestores, profissionais, pacientes e familiares), aponta-se que o PNHAH necessita de maior atenção governamental, almejando melhorar as práticas de gestão, visto que não é suficiente, tampouco o mais importante, implantar o programa nas instituições de saúde, mas, sim, dar subsídios para que ele se construa com garantia de qualidade e continuidade nestes contextos.

Conclui-se que o serviço multiprofissional e interdisciplinar atrelado às relações estabelecidas com os usuários (familiares e pacientes) e considerando-os/ tratando-os para além, apenas, de um corpo biológico ou de uma patologia, permitem a fruição e a manifestação de elementos lúdicos geradores de benefícios em todos os aspectos da criança, por se tratar de uma fonte de desenvolvimento humano. Entretanto, percebe-se que, atualmente, barreiras que dificultam a rotina de trabalho, tais quais as supracitadas, são ultrapassadas com vistas a praticar os valores humanos e o compromisso social com a saúde. Fato que pode não ser suportado por muito tempo, dadas às condições de trabalho que são oferecidas a estas profissionais.

Acredita-se que este estudo tenha avançado na discussão sobre a temática do lúdico em contexto de reabilitação, considerando as suas manifestações e ressonâncias entrelaçadas, ou não, aos pressupostos da humanização. Reconhece-se a limitação do estudo diante das extensas discussões possíveis, principalmente, a partir dos numerosos dados apresentados, mas, que foram de significativa importância para o entendimento do fenômeno lúdico na vida de crianças com deficiência em processo de reabilitação. Considera-se que, apesar de as discussões sobre o lúdico e, até mesmo, sobre o brincar das crianças com deficiência estarem disseminadas na literatura, bibliografias que tratem destes assuntos em contexto de reabilitação ainda são escassas. Nesta lógica, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos que ampliem as possibilidades e interpretações das vivências e manifestações lúdicas em reabilitação, além do acompanhamento quanto à continuidade e interferência do PNHAH nestas atividades.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR)**. ed. 4, rev. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE RETARDO MENTAL. **Retardo mental: definição, classificação e sistemas de apoio**. Tradução de Magda França Lopes. ed. 10, Porto Alegre: Artmed, 2006.

ALMEIDA, J. J. G. de. **Estratégias para a aprendizagem esportiva: Uma abordagem pedagógica da atividade motora para cegos e deficientes visuais**. 1995. Tese (Doutorado em Educação Física) Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, 1995.

ARTEN, L. J. **Práticas de aprendizagem e seus efeitos em uma brinquedoteca hospitalar**. 2012. Monografia (Graduação em Pedagogia) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: ed. 70, 229 p. 2011.

BATAGLION, G. A., ZUCHETTO, A. T. Possibilidades e necessidades de crianças com deficiência na prática de atividades motoras. **Revista Portuguesa de Ciência do Desporto**. Porto, Portugal, v. 3, p. 434 - 445, 2014.

BEUTER, M.; ALVIM, N. A. T. Expressões lúdicas no cuidado hospitalar sob a ótica enfermeiras. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 14. n. 3, p. 567 - 574, 2010.

BLASCOVI-ASSIS, S. M. **Lazer e deficiência mental: o papel da família e da escola em uma proposta de educação pelo e para o lazer**. ed. 2, Campinas: Papyrus, 1997.

BOMTEMPO, E. A brincadeira de faz-de-conta: lugar do simbolismo, da representação, do imaginário. In: KISHIMOTO, T. M. **Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação**. ed. 3, São Paulo: Cortez, 183 p. 1999.

BROCK, A.; DODDS, S.; JARVIS, P.; OLUSOGA, Y. **Brincar: aprendizagem para a vida**. Porto Alegre: Penso, 396 p. 2011.

CAMARGO, S. P. H.; BOSA, C. A. Competência social, inclusão escolar e autismo: revisão crítica da literatura. **Psicologia e Sociedade**. Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 65 - 74, 2009.

CARVALHO, L. M. G. **As atividades lúdicas e a criança com paralisia cerebral**: o jogo, o brinquedo, e a brincadeira no cotidiano da criança e da família. 196 p., 1998. Tese (Doutorado em Educação Física) Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas, 1998.

CAZEIRO, A. P.M.; LAMÔNACO, J. F. B. Formação de Conceitos por Crianças com Paralisia Cerebral: Um Estudo Exploratório sobre a Influência de Atividades Lúdicas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 40 - 50, 2011.

CHAGAS, P. S. C., DEFILIPPO, E. C., LEMOS, R. A., MANCINI, M. C., FRÔNIO, J. S., CARVALHO, R.M. Classificação da função motora e do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Paulo, v. 12, n. 5, p. 409 - 416, 2008.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. 3^a **Conferência nacional dos direitos da pessoa com deficiência**. Relatório Final. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD); Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE). ed. 1, Brasília, 2013.

CRUZ, A. C. S.; ACOSTA, N. M. B. Brincar aprendendo ou aprender brincando? A importância do lúdico para crianças com deficiência intelectual. **Revista Pós-Graduação: Desafios Contemporâneos**. Cachoeirinha, RS, v. 1, n. 1, junho, 2014.

CURY, V. C. R, MANCINI M. C., MELO A. P., FONSECA S. T., SAMPAIO R. F., TIRADO M. G. A. Efeitos do uso de órtese na mobilidade funcional de crianças com paralisia cerebral. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 67-74, 2006.

DESSEN, M. A. C.; BORGES, L. M. Estratégias de observação do comportamento em Psicologia do Desenvolvimento. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z. M. **Diálogos Metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, p. 31- 49, 1998.

DIAS, M. B.; PEREIRA, R. M. S.; BRITO, S. V.; BROWNE, R.; RAMOS, I. A.; CAMPBELL, C. S. G. Efeito de brincadeiras ativas sobre o desempenho escolar de crianças. **Educação Física em Revista**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 1 - 17, 2013.

DOHERTY, J. A brincadeira para as crianças com necessidade educacionais especiais. In: BROCK, A.; DODDS, S.; JARVIS, P.; OLUSOGA, Y. **Brincar: aprendizagem para a vida**. Porto Alegre: Penso, 396 p. 2011.

DOUTORES DA ALEGRIA. **Sobre os doutores**. Disponível em: <<http://www.doutoresdaalegria.org.br/conheca/sobre-os-doutores/>>. Acesso em: 19 out. 2015.

FARIAS, P. B. **O lúdico como fator motivacional para crianças com deficiência nas aulas de educação física adaptada**. 55 p. 2008. Trabalho de conclusão de curso de especialização (Especialização em Atividade Motora Adaptada) Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, 2008.

FERNANDES, M. R.; NETO, C; MORATTO, P. Jogo e interação social: Estudo do jogo entre crianças normais e com Síndrome de down do 1^o ciclo de ensino regular da área de Lisboa. In: NETO, C. (Org.) **Jogo e desenvolvimento da criança**. ed. 1, FMH: Ciências da Motricidade. Universidade Técnica de Lisboa. p. 71 - 82. 1997.

FIGUEIREDO, N. M. A. DE. **Práticas de enfermagem: Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Paulo: Yendis, p. 429 - 453, 2008.

GOMES, C. A. **Paralisia cerebral: Atividades lúdicas e processos desenvolvimentais em ambiente hospitalar**. 124 p. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, 2008.

GOMES, M. L.; OLIVER, F. C. A prática da terapia ocupacional junto à população infantil: revisão bibliográfica do período de 1999 a 2009.

Revista de Terapia Ocupacional. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 121 - 129, maio/ago. 2010.

GURALNICK, M. J. Peer social networks of young boys with developmental delays. **American Journal on Mental Retardation**, San Francisco, CA, USA, v. 101, p. 595 - 612, 1997.

ISAYAMA, H. F.; SIQUEIRA, F. T. R.; ARAÚJO, N. S.; PINTO, G. B.; SOUZA, T. R.; NUNES, L. M. O lazer na humanização hospitalar: diálogos possíveis. **Licere**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, jun., p. 1 - 26, 2011.

HAWKINS, B. Children's drawing, self-expression, identity and the imagination. **International Journal Art Design Education**. Malden, USA, v. 3, n. 21, p. 209 - 219, 2002.

HUIZINGA, J. **HOMO LUDENS**: o jogo como elemento da cultura. São Paulo: Perspectiva, 1971.

HUTZLER, Y.; FLIESS, O.; CHACHAM, A. Perspectives of children with physical disabilities on inclusion and empowerment: supporting and limiting factors. **Adapted Physical Activity**. Champaign, USA, v. 19, p. 300 - 317, 2002.

JURDI, A. P. S. Atividade lúdica: uma atividade criativa. **Temas sobre Desenvolvimento**. São Paulo, v. 10, n. 56, p. 46 - 50, 2001.

JURDI, A. P. S.; AMIRALIAN, M. L. T. M. Ética do cuidado: a brinquedoteca como espaço de atenção a crianças em situação de vulnerabilidade. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, SP, v.17, n. 45, p. 275 - 85, abr./jun. 2013.

KISHIMOTO, T. M. **Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação**. ed. 3 São Paulo: Cortez, 183 p. 1999.

KISHIMOTO, T. M. **O brincar e suas teorias**. São Paulo: Pioneira, 1998.

LEITÃO, F. R. Símbolo e atividade lúdica. In: NETO, C. (Org.) **Jogo e desenvolvimento da criança**. ed. 1, FMH: Ciências da Motricidade. Universidade Técnica de Lisboa. p. 57 - 70. 1997.

MAIA, M. O novo conceito de pessoa com deficiência e a proibição do retrocesso. In: **A Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência / Organização das Nações Unidas - ONU**, p. 1 - 10, 2009.

MANFROI, M, N.; MARINHO, A. Costa da lagoa: reflexões sobre as crianças, as brincadeiras e a natureza. **Revista Brasileira de Estudos do Lazer**. Dossiê Lazer e Meio Ambiente. Belo Horizonte, v. 1, n. 3, p. 3 - 23, set./dez., 2014.

MANFROI, M, N. **Ser criança na costa da lagoa**: memórias, brincadeiras e natureza. 331 p. 2015. (Dissertação de mestrado), Programa de pós-graduação em educação física, UFSC, Florianópolis, 2015.

MANUAL DO PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/Eventos/Humaniza_SUS/Manual_%20Politica_HuHumHumani.doc>. Acesso em: 29 jul. 2014.

MARCELINO, N. C. **Estudos do lazer**: uma introdução. ed. 3, Campinas, São Paulo: Autores associados, p. 1 - 99, 2002.

MARCELINO, N. C. Lúdico e lazer. In: MARCELINO, N. C. (Org.). **Lúdico, educação e educação física**. ed. 1, Ijuí: Unijuí, p. 1 - 14, 2003.

MARCELINO, N. C. **Repertório de atividades de recreação e lazer**: para hotéis, acampamentos, clubes, prefeituras e outros. Coleção fazer/lazer, Campinas, São Paulo: Papirus, 2002.

MARINHO, A. Repensando o lúdico na vida cotidiana: atividades na natureza. In: SCHWARTZ, G. M. (Org.). **Dinâmica lúdica**: novos olhares. Barueri, São Paulo: Manole, p. 1 - 16, 2004.

MARQUES, L. P. **O professor de alunos com deficiência mental**: concepções e prática pedagógica. 213 p. 2000. (Tese de Doutorado em Educação). Programa de pós-graduação da Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, 2000.

MAZZOTTA, M. J. S.; D'ANTINO, M. E. F. Inclusão social de pessoas com deficiências e necessidades especiais: cultura, educação e lazer. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 377 - 389, 2011.

MENDES, R.; DIAS, G. Jogos tradicionais e desenvolvimento motor da criança. In: **Atividade física, saúde e lazer: olhar e pensar o corpo**. PEREIRA, B. O.; SILVA, A. N.; CUNHA, A. C.; NASCIMENTO, J. V. do. ed. 1, Florianópolis: Tribo da Ilha, 408.p, 2014.

MELO, V. A. **Manual para otimização da utilização de equipamentos de lazer**. Serviço social do comércio, Rio de Janeiro, 2002.

MELLO, C. O.; GOULART, C. M. T.; EW, R. A.; MOREIRA, A. M.; SPERB, T. M. Brincar no hospital: Assunto para discutir e praticar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 15, n. 1, p. 65 - 74, 1999.

MITRE, R. M. A. 2000. **Brincando para viver: um estudo sobre a relação entre a criança gravemente adoecida e hospitalizada e o brincar**. 133 p. 2000. (Dissertação de Mestrado). Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2000.

MITRE, R. M. A.; GOMES, R. A Promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.147 - 154, 2004.

MIRANDA, A. C. M. DE.; LARA, L. M. Clown e educação física: a brincadeira é seria. **Revista Movimento**. Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 181 - 192, jan./mar., 2014.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. de M.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 11, n. 2, p. 323 - 330, 2006.

MUCCIOLI, C.; CAMPOS, M. S. Q.; DANTAS, P. E. C.; GOLDCHMIT, M.; BECHARA, S. J.; COSTA, V. P.; MATAYOSHI, S. A humanização da medicina. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**. São Paulo, v. 70, n. 6, p. 897, 2007.

NANGLE, D. W. et al. Popularity, friendship quantity, and friendship quality: interactive influences on children's loneliness and depression. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, Maryland, USA, v. 32, n. 04, p. 546 - 555, nov, 2003.

NEGRINE, A. Instrumentos de coleta de informações na pesquisa qualitativa. In: MOLINA NETO, V.; TRIVIÑOS, A. N. S. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa na Educação Física**. Porto Alegre: Sulina, p. 61-94, 2004.

OLIVEIRA, L. M. B. Cartilha do Censo 2010 - Pessoas com Deficiência. **Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)** - Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) - Coordenação Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência; Brasília : SDH-PR/SNPD, p. 32, 2012.

OLIVEIRA, P. S.; MUNSTER, M. A. V. **Atividades lúdicas e deficiência visual**: o papel do elemento lúdico no desenvolvimento da criança. Anais do V Congresso Brasileiro Multidisciplinar de Educação Especial. Londrina, Paraná, p. 723 - 731, 2009.

OLIVEIRA, R. R. DE.; OLIVEIRA, I. C. DOS S. Os doutores da alegria na unidade de internação pediátrica: experiências da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v, 12, n, 2, 2008.

PORTAL DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Centro Catarinense de Reabilitação**. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2164&Itemid=448>. Acesso em: 10 ago. 2015.

PRETTE, Z. A. P. D.; ROCHA, M. M.; PRETTE, A. D. Habilidades sociais na infância: avaliação e intervenção com crianças e seus pais. In: WAINER, R.; PETERSEN, C. S. **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes**: ciência e arte. Porto Alegre: Artmed; 2011.

PRINCÍPIOS DA REDE SARAH DE REABILITAÇÃO. **Rede Sarah de Reabilitação - SARAH**. Disponível em: < <http://www.sarah.br/a-rede-SARAH/nossos-principios/>> Acesso em: 16 fev. 2015.

RAUBER, S. B.; CAMPBELL, C. S. G. **Respostas cardiovasculares e ventilatórias ao lazer ativo e sedentário de crianças saudáveis: comparação entre diferentes brincadeiras.** 37 p. 2008. (Trabalho de Conclusão de Curso em Educação Física). Curso de Educação Física da Universidade Católica de Brasília. UCB, Brasília, 2008.

RIMMER, J. H.; ROWLAND, J. L.; YAMAKI, K. Obesity and Secondary Conditions in Adolescents with Disabilities: Addressing the Needs of an Underserved Population. **Journal of Adolescent Health.** San Francisco, CA, USA, v. 41, 224 - 229, 2007.

RUSSELL, D. J.; ROSENBAUM, P.L.; AVERY, L.M.; LANE, M. **Gross motor function measure (GMFM-66 & GMFM-88) User's Manual.** London, UK: Mac Keith Press, 2002.

SANTIN, S. **Educação Física: da alegria do lúdico à opressão do rendimento.** ed. 3 Porto Alegre: EST/ESEF, 2001.

SANTOS, FILHO, S. B. Avaliação e humanização em saúde: marcos conceituais e metodológicos. In: **Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas.** SANTOS, FILHO, S. B. Ijuí: Unijui, Coleção saúde coletiva, 272 p., 2009.

SANTOS, S. M. P. **Brinquedoteca: a criança, o adulto e o lúdico.** ed. 3, Petrópolis: Vozes, 2000.

SANTOS, S. M. P. S. **O lúdico na formação do educador.** ed. 2, Petrópolis: Vozes, 1998.

SCHILLER, P.; ROSSANO, J. **Ensinar e aprender brincando.** Porto Alegre: Artmed, 374 p., 2008.

SCHMIDT, C., BOSA, C. A. Transtornos invasivos do desenvolvimento: autismo. In: WAINER, R., PETERSEN, C. S. et al. **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e arte.** Porto Alegre: Artmed, 400 p., 2011.

SCHMITT, B. D.; BATAGLION, G. A.; ZUCHETTO, A. T.; NASSER, J. P. Halliwick concept and engagement of children with disabilities. **The FIEP Bulletin,** v. 85, p. 164 - 167, 2015.

SCHMITT, B. D.; BATAGLION, G. A.; ZUCHETTO, A. T.; NASSER, J. P. Interações sociais de crianças com deficiência: peculiaridades do método Halliwick. **Kinesis**, Santa Maria, v. 33, p. 55 - 70, 2015.

SEVERINO, A. J. M. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Autores Associados: Cortez, 1992.

SHERRIL, C. **Adapted physical activity, recreation and sport: crossdisciplinary and lifespan**. Boston, MA: William C. Brown/McGraw Hill; 2004.

SILVA, T. A. C.; SILVA, M. H. G. A. C.; SHING, V. C.; LAZIER, T. R.; LEÃO JUNIOR, C. M.; CONCEIÇÃO, E. A.; SCHWARTZ, G. M.; PINES JUNIOR, A. R. Revivendo os jogos tradicionais infantis: a cultura lúdica em ação. In: **Atividade física, saúde e lazer: olhar e pensar o corpo**. PEREIRA, B. O.; SILVA, A. N.; CUNHA, A. C.; NASCIMENTO, J. V. do. ed. 1, Florianópolis: Tribo da Ilha, 408.p, 2014.

SIMON, H., KUNZ, E. O brincar como diálogo/pergunta e não como resposta à prática pedagógica. **Revista Movimento**. Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 375 - 394, jan./mar., 2014.

SOUZA, B. L.; MITRE, M. A. O Brincar na Hospitalização de Crianças com Paralisia Cerebral. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 25 n. 2, p. 195 - 201, abr/jun 2009.

SOUZA, E. R. de. Jogo e educação. In: **Atividade física, saúde e lazer: olhar e pensar o corpo**. PEREIRA, B. O.; SILVA, A. N.; CUNHA, A. C.; NASCIMENTO, J. V. do. ed. 1, Florianópolis: Tribo da Ilha, 408.p, 2014.

SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, SP, v. 13, n. 1, p.681 - 688, 2009.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Métodos de pesquisa em atividade física**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

VOLPATO, G. **Jogo, brincadeira e brinquedo: usos e significados no contexto escolar e familiar**. Florianópolis: Futura, 2008 p., 2002.

ZUCHETTO, A. T. **A trajetória de Laila no AMA: Histórias entrelaçadas.** p. 210. 2008. (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) Programa de Pós-graduação Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Unicamp, Campinas, 2008.

WAINER, R., PETERSEN, C. S. et al. **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e arte.** Porto Alegre: Artmed, 400 p., 2011.

WANG, H.Y.; YANG, Y.H. Evaluating the responsiveness of 2 versions of the gross motor function measure for children with cerebral palsy. **Archives Physics Medicine and Rehabilitation.** Canadá, v. 87, n.1, p. 51 - 56, 2006.

WINNICK, J. P. **Adapted physical education and sport.** 5th edition. Human Kinetics, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Matriz de observação sistemática das atividades lúdicas desenvolvidas nos atendimentos da instituição de saúde

DIMENSÕES	INDICADORES	OBSERVAÇÕES
Atividades lúdicas	Jogos Brincadeiras Oficinas Leituras, etc.	Exemplos de atividades desenvolvidas Características das atividades (duração, recursos utilizados, metodologia, etc.) Quem ministra as atividades (formação, perfil, etc.)
Formas de apropriação (responsáveis)	Veículo Objeto Método	Como o profissional se refere aos pacientes Envolvimento e interação entre paciente Expressões implícitas (faciais e corporais) e explícitas (fala) dos responsáveis pelo projeto? O que indicam? Apropriação do lúdico: de forma direta (marcante no projeto) ou de forma indireta (apenas em momentos pontuais)
Resultados	Positivos	Mudanças na interação com outras pessoas Mudanças na autoestima
	Negativos	Mudanças na disposição para as atividades diárias Mudanças na saúde Não percebeu resultados/mudanças
Formas de apropriação (pacientes)		Expressões implícitas (faciais e corporais) e explícitas (fala) dos pacientes do projeto? O que indicam? Formas de envolvimento e interação entre paciente/responsável e paciente/paciente “Clima” geral do atendimento? (pressão, obrigação, ou descontração, relaxamento)

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para os(as) profissionais de cada área de atendimento da instituição de saúde

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome:
2. Telefone:
3. E-mail:
4. Idade:
5. Sexo:
6. Formação/Profissão (área de atuação):
7. Estado civil:
8. Bairro onde reside:
9. Outras ocupações profissionais / Trabalha em outra(s) instituições(s)? Qual(is)? (Se Houver):
10. Bairro onde trabalha (Além da Instituição Investigada - Se houver):
11. Fale sobre sua trajetória profissional.
12. Como o lúdico (oficinas, jogos, terapias) esteve presente na sua vida?
13. Há quanto tempo você trabalha com atividades lúdicas?
14. Há quanto tempo você trabalha nesta instituição?
15. Em qual(is) setor(es) do CR você atua (Reabilitação pediátrica, Reabilitação Intelectual e do Espectro do autismo, Neuroreabilitação Adulto)?

PERGUNTAS

1. O que você entende por lúdico?
2. Qual o público atendido em sua área de atendimento? (sexo, idade, diagnóstico)
3. Você percebe diferenças no trabalho com diferentes públicos? (sexo, idade, diagnóstico)
4. Você utiliza/desenvolve atividades lúdicas em todos os seus atendimentos ou com determinado perfil de pacientes? (no caso da segunda opção, perguntar qual o perfil e o por que da escolha)
5. Você desenvolve as atividades lúdicas durante todo o período do atendimento ou em momentos estratégicos? (no caso da segunda opção, perguntar em quais momentos)
6. Quais conteúdos são trabalhados nos seus atendimentos?
7. Cite algumas das atividades lúdicas desenvolvidas durante os seus atendimentos.

8. De que forma esses conteúdos e atividades lúdicas são desenvolvidas? (Como é a dinâmica/rotina das atividades?/desenvolve as atividades sozinho com o paciente ou possui outro profissional para auxiliar?)
9. Como o planejamento é organizado? (semanalmente, mensalmente, em conjunto com outros profissionais, individualmente para cada paciente?)
10. Você sente alguma dificuldade no planejamento e/ou desenvolvimento das atividades lúdicas na instituição? (em caso afirmativo, perguntar quais)
11. Quais os resultados esperados com o desenvolvimento das atividades lúdicas durante o atendimento?
12. Os resultados esperados com o desenvolvimento das atividades lúdicas têm sido alcançados?
13. Como você percebe que os resultados estão sendo atingidos?
14. Há um mecanismo (critérios, formulários, etc.) para fazer avaliação das atividades desenvolvidas? (em caso afirmativo, perguntar qual)
15. Você trabalha com atividades lúdicas fora da instituição? (em caso afirmativo, perguntar como e onde)
16. Você percebe diferença em trabalhar com atividades lúdicas dentro e fora da instituição? (em caso afirmativo, perguntar porquê)

➤ Perguntas específicas para os profissionais que atuam nas atividades em grupo:

17. Você desenvolve alguma atividade em grupo com os pacientes (grupo de estimulação essencial, por exemplo)
18. Qual o objetivo do(s) grupo(s) nos quais você atua?
19. Qual o público atendido no(s) grupo(s)?
20. Cite algumas das atividades lúdicas desenvolvidas no(s) grupo(s):
21. Você desenvolve as atividades no(s) grupo(s) sozinho(a) ou com outros(as) profissionais? (em caso afirmativo, perguntar em quais/de quais áreas)
22. Como ocorre o planejamento das atividades para este(s) grupo(s)?

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista para as crianças/pacientes da instituição de saúde

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Quantos anos você tem? (informação a ser confirmada com os pais e/ou responsáveis)
2. Sexo:

PERGUNTAS

1. Você gosta de participar das atividades que são desenvolvidas no CR? (Você se diverte quando está nas atividades?)
2. De qual atendimento você mais gosta no CR? (Ed. Física, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição). (em caso afirmativo, perguntar por que)
3. Você gosta dos profissionais que fazem as atividades e da forma como eles tratam você? (em caso afirmativo, perguntar por que)
4. Cite algumas das atividades lúdicas que você participa nos atendimentos do CCR.
5. O que você mais gosta nas atividades do CR? Por quê?
6. O que você menos gosta nas atividades do CR? Por quê?
7. Você percebe que algo mudou depois que começou a participar das atividades no CR? (você se sente mais disposto(a) e/ou alegre após participar das atividades desenvolvidas no CR/ você percebe melhoras na fala/linguagem - nas atividades motoras/manuais/marcha?) - estimular a dar exemplos
8. Você gostaria que algo fosse diferente nas atividades do CR? (Em relação as atividades lúdicas desenvolvidas) - estimular a dar exemplos

APÊNDICE D - Roteiro de entrevista para os familiares (pais ou responsáveis e/ou aqueles que acompanham os atendimentos) dos pacientes na instituição de saúde

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Idade:
2. Sexo:
3. Parentesco com o paciente:
4. Profissão:
5. Estado civil:
6. Bairro onde reside:
7. Qual o diagnóstico de seu filho(a) ou familiar?

PERGUNTAS

1. Há quanto tempo o(a) seu(sua) filho(a) ou familiar começou a participar dos atendimentos no CR?
2. De quais áreas de atendimento seu(sua) filho(a) ou familiar participa no CR? (Ed. Física, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição).
3. Qual a sua percepção sobre as atividades desenvolvidas no CR? (você gosta/considera importantes? Por que?)
4. Você observa mudanças (pessoais e/ou na saúde) em seu familiar a partir do ingresso nos atendimentos do CR? (Como? Por quê?)
3. Você gostaria que algo fosse diferente nos atendimentos em que seu familiar participa? (Em relação às atividades desenvolvidas) - estimular a dar exemplos
4. Como você percebe o atendimento dos profissionais envolvidos nos atendimentos?

APÊNDICE E - Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC
GABINETE DO REITOR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEPESH

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado "**Possibilidades lúdicas em instituições de saúde de Florianópolis (SC)**" declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 466/2012 e 251/1997 do Conselho Nacional de Saúde.

Local, 13 / maio / 2014 .

Ass: Pesquisador responsável (Orientador)

Ass: Responsável pela Instituição de origem

Nome: Paulo Henrique Xavier de Souza
Cargo: Diretor Geral
Instituição: Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID/UDESC)
Número de Telefone: 3321-8644

Flávia Costa Britto

Chefe da Divisão Técnica

Centro Catarinense de Reabilitação/SE
UFSC - 13402-901

Ass: Responsável de outra instituição

Nome: Michel da Rosa Maggi
Cargo: Gerente do Centro Catarinense de Reabilitação
Instituição: Centro Catarinense de Reabilitação (CCR)
Número de Telefone: 3221-9200

APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os(as) profissionais da instituição de saúde



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC

GABINETE DO REITOR

COMITE DE ETICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS - CEP SH

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa de pós-graduação intitulada "Possibilidades lúdicas em instituições de saúde de Florianópolis (SC)", que fará observações, entrevistas e intervenções práticas, tendo como objetivo geral investigar as relações estabelecidas entre o componente lúdico e o processo de reabilitação e tratamento em instituições públicas da área da saúde em Florianópolis (SC).

Mediante autorização dos responsáveis pelos programas/projetos que desenvolvam atividades com potencial lúdico nas instituições públicas de saúde selecionadas para este estudo e com a concordância dos seus integrantes (pacientes), serão previamente marcadas as datas para, em um primeiro momento, observar as atividades desenvolvidas, sem interferir ou participar efetivamente delas, fazendo anotações em um caderno sobre suas características; as relações estabelecidas entre os responsáveis e os pacientes; as formas de apropriação do lúdico pelos responsáveis e pelos pacientes; e os resultados (positivos e negativos) a partir dessas atividades, sobre a autoestima, a disposição, dentre outras mudanças observadas ou não nos pacientes. Os responsáveis e os integrantes/pacientes dos programas/projetos não serão identificados.

Depois, os responsáveis pelos programas/projetos serão convidados a participar de uma entrevista individual contendo perguntas sobre seu entendimento de lúdico, as características das atividades desenvolvidas e os resultados percebidos a partir das atividades lúdicas desenvolvidas no seu programa/projeto. Todas as entrevistas serão registradas com um gravador de áudio e realizadas individualmente, em um espaço reservado, preferencialmente no local de desenvolvimento dos programas/projetos, antes ou depois da realização das atividades, e em dias e horários previamente agendados, de preferência dos responsáveis.

Também está prevista a realização de atividades práticas durante quatro encontros a partir da elaboração de sugestões das pesquisadoras do estudo (devidamente capacitadas) junto aos responsáveis pelos programas/projetos que forem identificados com menor apropriação do componente lúdico. Essas atividades visam difundir o elemento lúdico por meio de contação de histórias, jogos, oficinas, dentre outras possibilidades, as quais serão adequadas, juntamente com os responsáveis, conforme as características de cada grupo para que todos tenham condições de participar. Serão desenvolvidas no mesmo local, dias da semana, horários e com os integrantes que frequentam o programa/projeto, contando com o auxílio dos responsáveis.

As observações, entrevistas e intervenções serão realizadas em nome do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CÉFID) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), não sendo obrigatório responder a todas as perguntas da entrevista ou participar de todas as atividades práticas.

Os riscos em participar desta pesquisa serão médios por envolver observações e entrevistas, as quais poderão gerar desconfortos emocionais pelas relações estabelecidas entre os responsáveis e os integrantes/pacientes dos programas/projetos; e a participação em atividades práticas que inevitavelmente implicam na possibilidade de gerar algum tipo de acidente (tanto para os responsáveis quanto para os pacientes), embora se trate de atividades lúdicas devidamente planejadas e adequadas às características de cada grupo de participantes, juntamente com esses responsáveis. Para reduzir os desconfortos, o conteúdo das entrevistas e as anotações das observações não serão compartilhados coletivamente com os participantes do estudo, sendo que ao final da pesquisa, cada um terá acesso individualmente à descrição da sua entrevista e, se desejar, poderá alterar seu conteúdo. Por sua vez, para minimizar o risco de acidentes durante as atividades práticas as medidas de segurança serão devidamente tomadas, destacando-se a orientação e o acompanhamento quanto à execução correta das atividades e a presença de kit de primeiros socorros que poderão ser utilizados pelos profissionais de saúde responsáveis pelos programas/projetos, por outros profissionais da área presentes no local, ou ainda, em caso de necessidade, pelas próprias pesquisadoras (devidamente capacitados para tal). Além disso, ao serem elaboradas juntamente com os responsáveis, as propostas de atividades lúdicas reconhecerão e respeitarão as limitações e características específicas dos participantes de cada programa/projeto.

A identidade de cada participante será sigilosamente preservada, pois seus nomes serão substituídos por números, assim como o nome do programa/projeto que seja responsável.

Os benefícios e as vantagens em participar deste estudo incluem a possibilidade de ampliação do entendimento sobre os programas/projetos que são responsáveis, especialmente no que se refere às formas de apropriação do lúdico, significados atribuídos, motivos de adesão e relações estabelecidas entre os envolvidos. A partir dos resultados encontrados na pesquisa, os quais poderão contribuir para o preenchimento de uma lacuna existente na literatura científica nacional acerca da temática envolvendo o lúdico, o brincar e as diferentes formas de reabilitação e tratamento, os responsáveis pelos programas/projetos poderão ser diretamente beneficiados ao terem acesso a novas possibilidades de apropriação do componente lúdico como metodologia de trabalho, à luz da necessária valorização da humanização nas iniciativas terapêuticas, configurando-se como formas de implementação da sua atuação profissional na área da saúde.

As pessoas que acompanharão os procedimentos dessa pesquisa serão a professora responsável (Prof. Dr. Alcyane Marinho), as professoras colaboradoras (Prof. Ms. Juliana de Paula Figueiredo e Prof. Ms. Verônica Werle) e a estudante de mestrado (Giandra Anceski Bataglion). A qualquer momento, o(a) senhor(a) poderá esclarecer dúvidas sobre a pesquisa e poderá recusar ou retirar seu consentimento, deixando de participar da pesquisa sem qualquer tipo de penalização ou constrangimento.

Declarando que cumprimos todas as informações aqui descritas, solicitamos a sua autorização para a realização da pesquisa e para a utilização das suas informações exclusivamente para a produção de artigos técnicos e científicos, mantendo sua privacidade por meio da não identificação do seu nome. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em posse do pesquisador principal e outra com o(a) senhor(a).

Agradecemos a sua participação.

NOME DO PESQUISADOR PARA CONTATO: Prof. Dr. Alcyane Marinho.
NÚMERO DO TELEFONE (48) 8416-2002.
ENDERECO: Rua Vereador Ramon Filomeno, 357, ap.: 1001, Torre 1, Itacorubi.
CEP: 88034-495. Florianópolis (SC)
ASSINATURA DO PESQUISADOR *Alcyane*

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH/ UDESC
Avenida Madre Benvenuta, 2007 - Itacorubi - Fone: (48) 3321-8195 - e-mail:
cepsh.reitoria@udesc.br
Florianópolis (SC)
88035-001

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado(a) sobre todos os procedimentos da pesquisa intitulada "Possibilidades lúdicas em instituições de saúde de Florianópolis (SC)", que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao estudo e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo as entrevistas serão feitas comigo e as observações e as atividades práticas também me envolverão, e que fui informado(a) que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome completo por extenso: _____.

Assinatura: _____ Local: _____ Data: ___/___/___.

APÊNDICE G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os pacientes/crianças - autorização dos pais e/ou responsáveis legais



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC

GABINETE DO REITOR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) seu(ua) filho(a)/dependente está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa de pós-graduação intitulada "Possibilidades lúdicas em instituições de saúde de Florianópolis (SC)", que fará observações, entrevistas e intervenções práticas, tendo como objetivo geral investigar as relações estabelecidas entre o componente lúdico e o processo de reabilitação e tratamento em instituições públicas da área da saúde em Florianópolis (SC).

Mediante autorização dos responsáveis pelos programas/projetos que desenvolvam atividades com potencial lúdico nas instituições públicas de saúde selecionadas para este estudo e com a concordância do senhor para que seu(ua) filho(a)/dependente participe, serão previamente marcadas as datas para, em um primeiro momento, observar as atividades desenvolvidas, sem interferir ou participar efetivamente delas, fazendo anotações em um caderno sobre suas características; as relações estabelecidas entre os responsáveis e os pacientes; as formas de apropriação do lúdico pelos responsáveis e pelos pacientes; e os resultados (positivos e negativos) a partir dessas atividades, sobre a autoestima, a disposição, dentre outras mudanças observadas ou não nos pacientes. Os responsáveis e os integrantes/pacientes dos programas/projetos, incluindo seu(ua) filho(a)/dependente, não serão identificados.

Depois, os integrantes (pacientes) dos programas/projetos serão convidados a participar de uma entrevista individual contendo perguntas sobre os significados atribuídos ao programa/projeto, os motivos de adesão, e os resultados alcançados em sua percepção. Todas as entrevistas serão registradas com um gravador de áudio e realizadas individualmente, em um espaço reservado, preferencialmente no local de desenvolvimento dos programas/projetos, antes ou depois da realização das atividades, e em dias e horários previamente agendados, de preferência dos pacientes.

Também está prevista a realização de atividades práticas durante quatro encontros a partir da elaboração de sugestões das pesquisadoras do estudo (devidamente capacitadas) junto aos responsáveis pelos programas/projetos que forem identificados com menor apropriação do componente lúdico. Essas atividades visam difundir o elemento lúdico por meio de contação de histórias, jogos, oficinas, dentre outras possibilidades, as quais serão adequadas, juntamente com os responsáveis, conforme as características de cada grupo para que todos tenham condições de participar. Serão desenvolvidas no mesmo local, dias da semana, horários e com os integrantes que frequentam o programa/projeto, contando com o auxílio dos responsáveis.

As observações, entrevistas e intervenções serão realizadas em nome do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), não sendo obrigatório responder a todas as perguntas da entrevista ou participar de todas as atividades práticas.

Os riscos em participar desta pesquisa serão médios por envolver observações e entrevistas, as quais poderão gerar desconfortos emocionais pelas relações estabelecidas entre os integrantes dos programas/projetos e os responsáveis; e a participação em atividades práticas que inevitavelmente implicam na possibilidade de gerar algum tipo de acidente, embora se trate de atividades lúdicas devidamente planejadas e adequadas às características de cada grupo de participantes, juntamente com os responsáveis. Para reduzir os desconfortos, o conteúdo das entrevistas e as anotações das observações não serão compartilhados coletivamente com os participantes, sendo que ao final da pesquisa, cada um terá acesso individualmente à descrição da sua entrevista e, se desejar, poderá alterar seu conteúdo. Por sua vez, para minimizar o risco de acidentes durante as atividades práticas as medidas de segurança serão devidamente tomadas, destacando-se a orientação e o acompanhamento quanto à execução correta das atividades e a presença de kit de primeiros socorros que poderão ser utilizados pelos profissionais de saúde responsáveis pelos programas/projetos, por outros profissionais da área presentes no local, ou ainda, em caso de necessidade, pelas próprias pesquisadoras (devidamente capacitadas para tal). Além disso, ao serem elaboradas juntamente com os responsáveis, as propostas de atividades lúdicas reconhecerão e respeitarão as limitações e características específicas dos participantes de cada programa/projeto.

A identidade do(a) seu(u)a filho(a)/dependente será sigilosamente preservada, pois o nome dele(a) será substituído por um número, assim como o nome do programa/projeto que ele(a) integra.

Os benefícios e as vantagens em participar deste estudo incluem a possibilidade de conhecimento e de inclusão de novas atividades, por parte dos responsáveis pelos programas/projetos, que se apropriem efetivamente do componente lúdico para o processo de tratamento e reabilitação dos integrantes (pacientes) dos programas/projetos. Ao ser utilizado como metodologia de trabalho que contribui para o processo de humanização nas iniciativas terapêuticas, o lúdico pode proporcionar sentimentos e sensações de alegria e prazer aos pacientes, contribuindo para a melhoria do seu estado de saúde integral e trazendo ressonâncias para toda a sua vida, em diferentes níveis.

As pessoas que acompanharão os procedimentos dessa pesquisa serão a professora responsável (Prof.ª Dr.ª Alcyane Marinho), as professoras colaboradoras (Prof.ª Ms. Juliana de Paula Figueiredo e Prof.ª Ms. Verônica Werle) e a estudante de mestrado (Giandra Anceski Bataglion). A qualquer momento, o(a) senhor(a) poderá esclarecer dúvidas sobre a pesquisa e poderá recusar ou retirar seu consentimento do(a) seu(u)a filho(a)/dependente, deixando ele(a) de participar da pesquisa sem qualquer tipo de penalização ou constrangimento.

Declarando que cumprimos todas as informações aqui descritas, solicitamos a sua autorização para a realização da pesquisa com o(a) seu(u)a filho(a)/dependente e para a utilização das informações dele(a) exclusivamente para a produção de artigos técnicos e científicos, mantendo a privacidade do(a) seu(u)a filho(a)/dependente por meio da não identificação do nome dele(a). Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em posse do pesquisador principal e outra com o(a) senhor(a).

Agradecemos a participação do(a) seu(u)a filho(a)/dependente.

NOME DO PESQUISADOR PARA CONTATO: Prof.ª Dr.ª Alcyane Marinho.
NÚMERO DO TELEFONE (48) 8416-2002.

ENDEREÇO: Rua Vereador Ramon Filomeno, 357, ap.: 1001, Torre 1, Itacorubi.

CEP: 88034-495, Florianópolis (SC)

ASSINATURA DO PESQUISADOR *Augusto*

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH/ UDESC

Avenida Madre Benvenuta, 2007 - Itacorubi - Fone: (48) 3321-8195 - e-mail:

cepsh.reitoria@udesc.br

Florianópolis (SC)

88035-001

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado(a) sobre todos os procedimentos da pesquisa intitulada "Possibilidades lúdicas em instituições de saúde de Florianópolis (SC)", que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao estudo e, que todos os dados meu respeito do(a) meu(minha) filho(a)/dependente serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo as observações, as entrevistas e as atividades práticas serão feitas com o(a) meu(minha) filho(a)/dependente, e que fui informado(a) que posso me retirá-lo(a) do estudo a qualquer momento.

Nome completo por extenso: _____.

Assinatura: _____ Local: _____ Data: __/__/__.

APÊNDICE H - Termo de Assentimento Informado

	UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA GABINETE DO REITOR COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS - CEPESH
---	--

Termo de Assentimento

Eu _____ aceito participar da pesquisa "Possibilidades Lúdicas em instituições de saúde de Florianópolis (SC)". Declaro que a pesquisadora Giandra Anceski Bataglion me explicou todas as questões sobre o estudo que vai acontecer. Explicou que ela fará observações nos momentos das atividades recreativas, vai me fazer algumas perguntas após as atividades e também vai realizar alguns jogos e brincadeiras com o grupo de pessoas do programa/projeto que eu faço parte. Compreendi que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa, eu decido se quero participar ou não. A pesquisadora me explicou também que o meu nome não aparecerá na pesquisa. Dessa forma, concordo livremente em participar do estudo, sabendo que posso desistir a qualquer momento, se assim desejar.

Dessa forma, concordo livremente em participar do estudo, sabendo que posso desistir a qualquer momento, se assim desejar.

Assinatura da criança/adolescente: _____

Assinatura dos pais/responsáveis: _____

Ass. Pesquisador: _____

Dia/mês/ano: _____

APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os familiares (pais ou responsáveis e/ou aqueles que acompanham os atendimentos) dos pacientes na instituição de saúde



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC

GABINETE DO REITOR

COMITE DE ETICA EM PESQUISA ENVOVENDO SERES HUMANOS - CEP SH

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa de pós-graduação intitulada "Possibilidades lúdicas em instituições de saúde de Florianópolis (SC)", que fará entrevistas, tendo como objetivo geral investigar as relações estabelecidas entre o componente lúdico e o processo de reabilitação e tratamento em instituições públicas da área da saúde em Florianópolis (SC).

A partir de contato telefônico e/ou presencial com os familiares (pais ou responsáveis e/ou aqueles que minimamente acompanhem os tratamentos) dos integrantes (pacientes) dos programas/projetos que desenvolvem atividades com potencial lúdico nas instituições públicas de saúde selecionadas para este estudo, esses familiares serão convidados para participar de uma entrevista individual contendo perguntas sobre os significados atribuídos aos programas/projetos e os resultados alcançados para seu familiar que integra o programa/projeto em sua percepção. Para a realização da entrevista serão previamente marcadas as datas, os horários e os locais de preferência dos familiares. Todas as entrevistas serão registradas com um gravador de áudio e serão realizadas em nome do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), não sendo obrigatório responder a todas as perguntas.

Os riscos em participar desta pesquisa serão mínimos por envolver apenas entrevistas, as quais poderão gerar desconfortos emocionais pelas relações estabelecidas entre os familiares e os integrantes (pacientes) e os responsáveis pelos programas/projetos. Para reduzir esses desconfortos, o conteúdo das entrevistas não será compartilhado coletivamente com os demais participantes do estudo, sendo que ao final da pesquisa, cada um terá acesso individualmente à descrição da sua entrevista e, se desejar, poderá alterar seu conteúdo.

A identidade de cada participante será sigilosamente preservada, pois seus nomes serão substituídos por números, assim como nome do programa/projeto ao qual seu familiar participe como integrante (paciente).

Os benefícios e as vantagens em participar deste estudo incluem a possibilidade de conhecimento e/ou ampliação do entendimento sobre o componente lúdico como metodologia de trabalho que pode ser aplicada em diferentes formas de reabilitação e tratamento, proporcionando sentimentos e sensações de prazer e alegria aos seus familiares que integram os programas/projetos, contribuindo para a melhoria da saúde integral dos pacientes. Ao ser percebida a necessária valorização do processo de humanização nas iniciativas terapêuticas, o componente lúdico poderá ser apropriado também pelos familiares dos pacientes, trazendo ressonâncias para a vida de ambos, em diferentes níveis.

As pessoas que acompanharão os procedimentos dessa pesquisa serão a professora responsável (Prof^a. Dr^a. Alciane Marinho), as professoras colaboradoras (Prof^a. Ms. Juliana de Paula Figueiredo e Prof^a. Ms. Verônica Werle) e a estudante de mestrado (Giandra Anceski Bataglion). A qualquer momento, o(a) senhor(a) poderá esclarecer dúvidas sobre a pesquisa e poderá recusar ou retirar seu consentimento, deixando de participar da pesquisa sem qualquer tipo de penalização ou constrangimento.

Declarando que cumprimos todas as informações aqui descritas, solicitamos a sua autorização para a realização da pesquisa e para a utilização das suas informações exclusivamente para a produção de artigos técnicos e científicos, mantendo sua privacidade por meio da não identificação do seu nome. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em posse do pesquisador principal e outra com o(a) senhor(a).

Agradecemos a sua participação.

NOME DO PESQUISADOR PARA CONTATO: Prof^a. Dr^a. Alciane Marinho.

NÚMERO DO TELEFONE (48) 8416-2002.

ENDEREÇO: Rua Vereador Ramon Filomeno, 357, ap.: 1001, Torre 1, Itacorubi.

CEP: 88034-495. Florianópolis (SC)

ASSINATURA DO PESQUISADOR *Alciane*

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH/ UDESC

Avenida Madre Benvenuta, 2007 - Itacorubi - Fone: (48) 3321-8195 - e-mail:

cepsh.reitoria@udesc.br

Florianópolis (SC)

88035-001

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado(a) sobre todos os procedimentos da pesquisa intitulada "Possibilidades lúdicas em instituições de saúde de Florianópolis (SC)", que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao estudo e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo as entrevistas serão feitas comigo, e que fui informado(a) que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome completo por extenso: _____

Assinatura: _____ Local: _____ Data: ___/___/___

ANEXOS

ANEXO A - Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisas com seres humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POSSIBILIDADES LÚDICAS EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS

Pesquisador: Alcyane Marinho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39720614.2.0000.0118

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SC UDESC

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento e Tecnologia

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.119.371

Data da Relatoria: 22/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda de inclusão de instituição coparticipante. Tal inclusão é justificada pelo fato de ter sido realizado um trabalho de diagnóstico inicial através do qual foi identificado o Centro Catarinense de Reabilitação (CCR), sendo que no referido centro existe grupos/projetos/atividades com potencial lúdico, o que é de interesse e de grande importância para o projeto de pesquisa proposto.

O projeto inicialmente apresentado é uma pesquisa a nível de mestrado, que tem como objetivo investigar as relações estabelecidas entre o componente lúdico e o processo de reabilitação, tratamento e promoção da saúde em instituições de saúde públicas de Florianópolis. O estudo se configura como uma investigação de campo, apresentando-se como descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa dos dados. Os participantes do estudo serão selecionados de forma não probabilística, conforme interesse e disponibilidade dos mesmos. Para a coleta de dados serão utilizados como instrumentos uma matriz de observação sistemática e quatro roteiros de entrevistas semiestruturadas a serem aplicados com os integrantes (pacientes de diferentes faixas etárias - 110 indivíduos maiores e 110 indivíduos menores), seus familiares (pais ou responsáveis e/ou aqueles que minimamente acompanhem os tratamentos - 60 indivíduos) e os responsáveis dos grupos/projetos e/ou atividades das instituições (20 indivíduos). No total serão 300

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3321-8195

Fax: (48)3321-8195

E-mail: cepsh_reitoria@udesc.br



Continuação do Parecer: 1.119.371

participantes da pesquisa. A pesquisa será realizada três etapas, sendo a 1ª etapa: o contato com os responsáveis institucionais e primeiras visitas e observações para a seleção dos locais de investigação. A 2ª etapa: observação sistemática das atividades desenvolvidas nos Centros de Saúde selecionados e no agora incluído Centro Catarinense de Reabilitação (CCR), por meio de uma Matriz Observação Sistemática e aplicação das entrevistas, sendo que as mesmas serão gravadas com o auxílio de um gravador de áudio e um diário de campo. E a 3ª etapa: aplicação das intervenções nos centros selecionados e no agora incluído Centro Catarinense de Reabilitação (CCR), sendo que tais intervenções serão por meio de contação de histórias, jogos, oficinas, dentre outras, as quais serão adequadas, juntamente com os responsáveis, conforme características de cada grupo para que todos os pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar as relações estabelecidas entre o componente lúdico e o processo de reabilitação, tratamento e promoção da saúde em instituições públicas da área da saúde em Florianópolis (SC).

Objetivos secundários: as pesquisadoras relacionaram uma séria bastante exaustiva de objetivos secundários, mas que estão bem delineados e estão diretamente ligados ao alcance do objetivo principal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: os benefícios são diretos e de curto prazo. Foram identificados benefícios específicos para cada grupo de participantes. Para os RESPONSÁVEIS PELOS GRUPOS/PROJETOS os benefícios e as vantagens em participar deste estudo estão justamente na possibilidade de ampliação do entendimento sobre os grupos/projetos pelos quais são responsáveis. PARA OS INTEGRANTES DOS GRUPOS/PROJETOS (PACIENTES): com a possibilidade de inclusão de novas atividades, o lúdico irá proporcionar sentimentos e sensações de alegria e prazer aos pacientes, contribuindo para a melhoria do seu estado de saúde integral. E para os OS FAMILIARES DOS PACIENTES: o desenvolvimento da percepção necessária valorização do processo de humanização nas iniciativas terapêuticas.

Riscos: Classificaram a pesquisa que será realizada com os pacientes e com os responsáveis pelos grupos/projetos como sendo de risco médio, por envolver observações e entrevistas, as quais poderão gerar desconfortos emocionais e a participação em atividades práticas que

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.035-001
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3321-8195 **Fax:** (48)3321-8195 **E-mail:** cepsh.reitoria@udesc.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 1.119.371

inevitavelmente implicam na possibilidade de gerar algum tipo de acidente, embora se trate de atividades lúdicas devidamente planejadas e adequadas às características de cada grupo de participantes. Informam também os meios que serão utilizados para reduzir ou minimizar tais riscos. Para os familiares, classificaram a pesquisa como sendo de risco mínimo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta da pesquisa é bastante interessante e possui grande mérito acadêmico e social devido principalmente à sua aplicabilidade e benefícios. O projeto está bem delimitado, com objetivos claros e a metodologia de coleta de dados apresentada de forma segura e ética. Os critérios de inclusão e de exclusão estão definidos. Apesar do número de participantes ser elevado (300 sujeitos), o cronograma de execução da pesquisa está bem programado com espaço de tempo viável para a correta e segura execução de todas as etapas da pesquisa. A emenda que solicita a inclusão de instituição coparticipante é pertinente, tendo sido apresentada a nova Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas que contempla o CCR.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os documentos necessários, a saber:

- 1) Protocolo de submissão do projeto na Plataforma Brasil;
- 2) Folha de rosto: devidamente preenchida, datada e assinada;
- 3) TCLE (no padrão CEP/UDESC/CONEP) para os pacientes maiores de 18 anos;
- 4) TCLE (no padrão CEP/UDESC/CONEP) para os pacientes menores de 18 anos;
- 5) TCLE (no padrão CEP/UDESC/CONEP) para os responsáveis pelos grupos/projetos;
- 6) TCLE (no padrão CEP/UDESC/CONEP) para os familiares;
- 7) Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações (para maiores de idade);
- 8) Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações (para menores de idade);
- 9) Termo de Assentimento;
- 10) Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas: preenchida e assinada pelo responsável pelo Centro Catarinense de Reabilitação (CCR);
- 11) Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas: preenchida e assinada pela responsável pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis;
- 12) Instrumentos de Coleta de Dados: sendo quatro roteiros de entrevistas (específicos para cada um dos quatro grupos de participantes), com perguntas que garantem a segurança biopsicossocial dos sujeitos; e mais a matriz de observação sistemática;
- 13) Projeto Básico;
- 14) Projeto Detalhado;

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3321-8195

Fax: (48)3321-8195

E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 1.119.371

15) Orçamento com prazos e etapas executáveis/viáveis.

Recomendações:

Adequar o projeto detalhado à emenda apresentada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apto para aprovação da emenda solicitada.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado Aprova o parecer da Relatoria, Emenda Aprovada.

FLORIANOPOLIS, 23 de Junho de 2015

Assinado por:
Bernadette Kreutz Erdtmann
(Coordenador)

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3321-8195

Fax: (48)3321-8195

E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br