

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

BRUNA ALVES LOPES

UM ESPAÇO DE BRINCAR:
O cotidiano numa brinquedoteca hospitalar

PONTA GROSSA
2014

BRUNA ALVES LOPES

UM ESPAÇO DE BRINCAR:
O cotidiano numa brinquedoteca hospitalar

Dissertação apresentada para obtenção do Título de Mestre em Ciências Sociais Aplicadas, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas na Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Linha de pesquisa: História, Cultura e Cidadania.

Orientador: Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Júnior.

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros.

PONTA GROSSA
2014

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação BICEN/UEPG

L864 Lopes, Bruna Alves
Um espaço de brincar : o cotidiano numa
brinquedoteca hospitalar/ Bruna Alves
Lopes. Ponta Grossa, 2014.
152 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências
Sociais Aplicadas - Área de Concentração:
Cidadania e Políticas Públicas),
Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientador: Prof. Dr. Constantino
Ribeiro de Oliveira Júnior.

Coorientadora: Prof^a Dr^a Solange
Aparecida Barbosa de Moraes Barros.

1.Brinquedoteca hospitalar - cotidiano.
2.Hospital - brinquedoteca. I.Oliveira
Júnior, Constantino Ribeiro de. II.
Barros, Solange Aparecida Barbosa de
Moraes. III. Universidade Estadual de
Ponta Grossa. Mestrado em Ciências Sociais
Aplicadas. IV. T.

CDD: 615.851.53

TERMO DE APROVAÇÃO

BRUNA ALVES LOPES

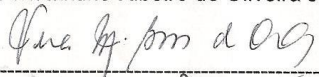
“UM ESPAÇO DE BRINCAR: O COTIDIANO NO
FUNCIONAMENTO DE UMA BRINQUEDOTECA
HOSPITALAR”.

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre
no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de
Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela
seguinte banca examinadora:

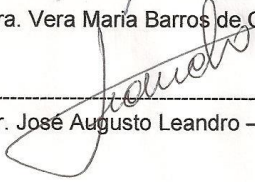
Assinatura pelos Membros da Banca:



Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Jr. - (UEPG) – Presidente



Dra. Vera Maria Barros de Oliveira – (USP)



Dr. José Augusto Leandro – (UEPG)

Dra. Maria Julieta Weber Cordova – (UEPG) - Suplente

Dedico este trabalho à Andrielly, *in memoriam*, pelos momentos de bagunças que
passamos juntas no hospital.

Agradecimentos

À minha família, em especial meus pais, Robecilda e Francisco, pelo amor, carinho, presença e esforços realizados no decorrer dos anos para que eu pudesse hoje estar aqui. Eu nem me imagino sem vocês!

Ao Darcio por me ceder seus ouvidos, olhos, mas, principalmente o seu coração. Obrigada por todo o auxílio e apoio. Mil poemas do Pablo Neruda seriam incapazes de descrever o que sinto por você.

À professora Ercília Maria Angeli Teixeira de Paula por ter visto em mim uma pesquisadora e por dividir comigo, não apenas uma temática, mas um mundo fascinante a ser explorado.

Aos meus amigos, em especial Priscila Kailler pelo companheirismo estabelecido desde o tempo do Projeto Brilhar, ao Maik pelas palavras amigas, por vezes niilistas, e pelos votos sinceros para que tudo terminasse bem. Agradeço a Mery por conseguir, nos momentos difíceis, me fazer sorrir e conversar sobre assuntos totalmente diferentes da minha pesquisa.

À minha eterna professora, mas principalmente amiga, Jana pelo estímulo, apoio e ajuda, para que eu seguisse rumo ao mestrado. Da mesma forma, agradeço ao professor, e amigo, Aparício.

Ao meu orientador Constantino Ribeiro de Oliveira Junior por aceitar o desafio em orientar um trabalho sobre brinquedoteca, pelo respeito e liberdade com a qual pude trabalhar. Agradeço também a minha co-orientadora Solange Barros pelo carinho e entusiasmo com o qual me recebeu desde nosso primeiro contato.

Aos meus colegas dos núcleos NEPIA (Núcleo de Ensino, Pesquisa, Extensão e Assessoria sobre a Infância e Adolescente) e Núcleo de Ensino e Pesquisa em Saúde Pública, Doença e Assistência em Saúde no Brasil.

Aos meus colegas do mestrado.

À minha professora Isabel Oliveira pela paciência para que eu aprendesse o francês.

Ao Carlos Alberto Medrano por ter escrito o livro *Do silêncio ao brincar - história do presente da saúde pública, da psicanálise e da infância*.

Aos professores da banca de qualificação, José Augusto Leandro e Vera Barros de Oliveira, pelas críticas e sugestões realizadas para o crescimento deste trabalho.

Ao Hospital da Criança Prefeito João Vargar de Oliveira, em especial à Geny Kasper pelo respeito e carinho ao longo do processo do trabalho de campo. Espero que você continue sendo sempre essa gaúcha querida e dedicada.

As crianças, e acompanhantes, que colaboraram para que este trabalho fosse possível.

Ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas pela ajuda prestada e pela receptividade.

À PROEX (Pró Reitoria de Extensão e Assuntos Culturais) pela documentação cedida para o desenvolvimento da pesquisa.

À Casa da Memória em Ponta Grossa, pela ajuda ao acesso aos arquivos e pela disposição em colaborar.

Ao CNPQ pela concessão da bolsa, colaborando assim para a realização dessa dissertação.

Agradeço a Deus por sua bondade e por ter colocado todos vocês em meu caminho.

O que faz o encanto da meninice não é que essa idade seja melhor ou pior que as outras. O que a faz encantadora e boa é que, durante esse período da existência, nossa capacidade de sonho é maior e mais força temos em identificar os nossos sonhos com a nossa vida.

Lima Barreto

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar a função da brinquedoteca hospitalar e o cotidiano desse espaço num hospital especializado em atendimento pediátrico administrado pela Prefeitura Municipal de Ponta Grossa –PR. Para alcançarmos nosso objetivo apresentamos, num primeiro momento, o processo de construção do hospital enquanto espaço de cura, para então visualizarmos os caminhos que possibilitaram as discussões sobre a inserção do brincar e das brinquedotecas no ambiente hospitalar. Partimos da compreensão que as tensões e os conflitos fazem parte das relações sociais como um todo, sendo acentuadas em espaços permeados por relações de poder. Apresentamos o hospital como um ambiente marcado por tensões, conflitos e relações de poder e a brinquedoteca como uma possibilidade de – por meio do livre brincar – subverter os poderes existentes nesses espaços, ao mesmo tempo em que também são marcados por disputas, conflitos e tensões. Adotamos a categoria teórica cotidiano por sua importância para a compreensão dos processos de mudança e ruptura que ocorrem na sociedade. A partir de Foucault (1987) e Certeau (1994) compreendemos o cotidiano como o espaço em que os micropoderes são, ao mesmo tempo, exercidos e burlados pelos sujeitos. A pesquisa é de natureza qualitativa e a metodologia adotada é o Estudo de Caso entendida por Gil (2009) como um delineamento de pesquisa, sendo pertinente para fenômenos recentes. Realizamos a triangulação de técnicas e fontes sendo elas a observação de campo, a realização de entrevistas e análise documental. Na realização deste trabalho adotamos uma perspectiva interdisciplinar – assim como tal conceito é apresentado por Munhoz e Oliveira Junior (2009) – entendido como o diálogo entre disciplinas distintas visando à construção tanto de caminhos teórico-metodológico, como para a elaboração de novos problemas. Observamos que a brinquedoteca da instituição foi construída a partir dos princípios da humanização do atendimento à saúde da criança, sendo que seus serviços estão embasados no livre brincar. Neste sentido tais espaços colaboram na elaboração de laços de amizade, no vínculo entre crianças e acompanhantes através da brincadeira, além de ser um dos poucos ambientes dentro do hospital em que a criança tem o poder de escolher, e até dizer não a alguma atividade que não lhe agrada. Em contrapartida, vimos que os principais problemas para a manutenção dos serviços são: a falta de profissionais, em número suficiente, para trabalhar nesses espaços, a limitação do tempo de abertura da brinquedoteca (uma hora por dia), aquisição e manutenção do acervo lúdico (adquirido unicamente através de doações), e a limpeza do espaço que muitas vezes não ocorre devido a falta de profissionais na instituição.

Palavras-chave: Hospital. Brinquedoteca Hospitalar. Cotidiano.

ABSTRACT

This study aims to analyze the role of hospital toy library and daily that space in a hospital specializing in pediatric care administered by the City Hall of Ponta Grossa/PR. To achieve our goal we present, at first, the process of construction of the hospital as a place of healing, and then visualize the paths that allowed discussions on the inclusion of play and toy libraries in the hospital. We start from the understanding that tensions and conflicts are part of social relations as a whole, being pronounced in spaces permeated by power relations. Introducing the hospital as an environment marked by tensions, conflicts and power relations and the toy library as a possibility – through free play – subvert the powers that be in these spaces, while they are also marked by disputes, conflicts and tensions. We adopt the theoretical category daily by their importance for understanding the processes of change and disruption that occur in society. From Foucault (1987) and Certeau (1994), we understand the daily as the space in which the micro powers are at the same time, exercised and circumvented by the subjects. The research is qualitative and the methodology adopted is the Case Study understood by Gil (2009) as a research design, and relevant to recent phenomena. We perform the triangulation of techniques and sources, being they the field observations, interviews and document analysis. In this work we adopt an interdisciplinary perspective – as this concept is presented by Muñoz and Oliveira Junior (2009) – understood as a dialogue between different disciplines in order to build both theoretical and methodological paths, and the drafting of new problems. We observed that the toy library of the institution was built on the principles of humanization of health care for the child, and their services are grounded in free play. In this sense such spaces collaborate in developing bonds of friendship, the bond between children and mothers through play, besides being one of the few places within the hospital in which the child has the power to choose, and to say no to any activity that not like. In contrast, we found that the main problems for the maintenance of services is the lack of professionals in sufficient numbers to work in these areas, limiting the opening time of the toy library (one hour per day), acquiring and retaining the playful collection (acquired solely through donations), and cleaning the space that often does not occur due to lack of professionals in the institution.

Keywords: Hospital. Hospital toy library. Daily.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FOTO 1	- JORNAL <i>ÚLTIMA HORA</i> , DIA 10 DE AGOSTO DE 1983.....	45
FOTO 2	- IMAGEM DO HOSPITAL DA CRIANÇA NO PERÍODO DE SUA CONSTRUÇÃO, EM 1996.....	85
FOTO 3	- IMAGEM DO HOSPITAL DA CRIANÇA PREFEITO JOÃO VARGAS DE OLIVEIRA REALIZADA EM DEZEMBRO DE 2014.....	85
FOTO 4	- JONAS MICHEL MARTINS E ROBERT SALGUEIRO VESTIDOS DE MÁGICO E PALHAÇO EM VISITA AS CRIANÇAS NAS ENFERMARIAS.....	93
FOTO 5	- IMAGEM DA FESTA JUNINA REALIZADA EM 2009.....	93
FOTO 6	- O GRUPO AMA (ASSOCIAÇÃO MÃOZINHAS DE ANJO).....	94
FOTO 7	- CARTÃO DE NATAL FEITO PELA A.L PARA A TERAPEUTA OCUPACIONAL DA INSTITUIÇÃO.....	104
FOTO 8	- BRINQUEDOTECA.....	109
FOTO 9	O ACERVO DA BRINQUEDOTECA EM 2009.....	119
FOTO 10	IMAGEM DA BRINQUEDOTECA DO HOSPITAL DA CRIANÇA FEITA EM NOVEMBRO DE 2013.....	119

LISTA DE SIGLAS

UEPG	- Universidade Estadual de Ponta Grossa
NEPIA	- Núcleo de Estudos, Pesquisas, Assessoria e Extensão na área da Infância e Adolescência
DNSP	- Departamento Nacional de Saúde Pública
MESP	- Ministério da Educação e Saúde Pública
MTIC	- Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
IAPS	- Institutos de Aposentadorias e Pensões
APACHE	- Associação para a Melhoria das Condições de Hospitalização das Crianças
APAE	- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
DUDC	- Declaração Universal dos Direitos da Criança
SUS	- Sistema Único de Saúde
PNHAH	- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNH	- Política Nacional de Humanização
UTI	- Unidade de Tratamento Intensivo
CRM	- Conselho Regional de Medicina
CESCAGE	- Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais
AMA	- Associação Mãoszinhas de Anjo
APMI	- Associação de Proteção à Maternidade e à Infância
OMG	- Organização Mundial da Saúde
PROEX	- Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Culturais
COEP	- Comissão de Ética em Pesquisa

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1	
A CONSTRUÇÃO DO HOSPITAL COMO UM ESPAÇO DE CURA E A INSERÇÃO DA BRINQUEDOTECA NO AMBIENTE HOSPITALAR	20
1.1 A caridade, o espaço de cura e o hospital tecnológico.....	22
1.2 A instituição hospitalar no Brasil	31
1.3 A inserção das brinquedotecas no ambiente hospitalar	36
1.3.1 O olhar para a criança e a percepção de sua singularidade.....	37
CAPÍTULO 2	
O CONCEITO DE COTIDIANO E SUA COLABORAÇÃO PARA A COMPREENSÃO DA BRINQUEDOTECA HOSPITALAR.....	51
2.1 Espaço e tempo: suas contribuições para a compreensão do cotidiano hospitalar.....	56
2.2 Cotidiano, poder e instituição hospitalar.....	59
2.3 Brinquedoteca, cotidiano e poder	67
CAPÍTULO 3	
DESCRIÇÃO DO MÉTODO E ANÁLISE DO CAMPO DE PESQUISA.....	77
3.1 O Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira	83
3.2 A brinquedoteca do Hospital João Vargas de Oliveira.....	88
3.3 Vamos brincar? O cotidiano e a função da brinquedoteca.....	95
3.3.1 A rotina	96
3.3.2 O caminho até à brinquedoteca e o brincar nesse espaço	99
3.4 O Funcionamento da brinquedoteca: profissionais, tempo, acervo e manutenção.....	105
3.4.1 Acervo.....	117
CONCLUSÕES	125
REFERÊNCIAS.....	134
APÊNDICE.....	147
ANEXOS	150

INTRODUÇÃO

Escrever sobre brinquedoteca, e em especial sobre brinquedoteca hospitalar, significa apresentar e analisar uma temática recente em termos históricos no Brasil.

Lembramos que as primeiras brinquedotecas implantadas no país datam da década de 1980, momento em que a sociedade civil e os movimentos sociais lutaram para conquistar os chamados novos direitos sociais que, posteriormente, seriam inscritos na Constituição de 1988 (GOHN, 2002) representando um marco histórico (do ponto de vista dos direitos políticos e sociais).

Entre os avanços expressos na referida Constituição, estão o reconhecimento da criança e do adolescente como cidadãos e sujeitos de direitos contando com uma Política de Proteção Integral (FRANCO, BATISTA, 2007). O artigo 227 da Constituição de 1988 – embasado na Declaração Universal dos Direitos da Criança – reconhece o direito ao brincar; reconhecimento esse expresso também no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no art.16 do capítulo II.

Em termos de aceitação médica, apenas em 1995, através da resolução nº 41, a Sociedade Brasileira de Pediatria irá se posicionar claramente sobre os direitos da criança hospitalizada, reconhecendo através do 9º item o direito da criança hospitalizada à recreação e a um acompanhamento do curriculum escolar enquanto estiver internada (entre outros).

Paula (2008) apresenta as brinquedotecas brasileiras como espaços construídos visando à garantia do direito da criança ao brincar. Além disso, a autora aponta tais espaços como lugares de construção da cidadania, pois os brinquedos pertencentes ao acervo da brinquedoteca são apresentados como bens públicos a serem cuidados e preservados.

Em relação ao conceito de brinquedoteca, Roucous e Gilles (1998) compreendem esses espaços como uma das poucas instituições voltadas especificamente para o lazer¹ da criança. Dessa maneira, o que diferenciaria uma brinquedoteca dos demais espaços voltados para esse público – como uma creche, por exemplo – é o predomínio do livre brincar.

¹ Brincar, recrear e lazer são termos distintos cuja definição dependerá dos posicionamentos teórico-metodológico de cada autor. Não é objetivo deste trabalho abordar as aproximações e diferenças de cada termo, para uma primeira aproximação com o tema indicamos o trabalho de Silva, Paiva e Barra (2010) e Silva (2009).

Bartolucci (2011, p. 131) entende que os termos ‘livre’ e ‘espontâneo’ são equivalentes e, nesse sentido, se o brincar é livre, a “escolha do jogo/brinquedo, do jeito de jogar/ brincar, dos companheiros, do tempo de duração” também devem ser exercidos sem coerções. Lembramos que o brincar tem um fim em si mesmo, pois tal atividade “escapa a qualquer função precisa e é, sem dúvida, esse fato que a definiu, tradicionalmente, em torno das ideias de gratuidade e até de futilidade” (BROUGÈRE, 1997, p. 13).

Medrano (2010) compreende o brincar como um meio de produção da subjetividade. Em suas palavras “[...] o brincar pode ser relacionado com o poder instituinte em contraposição a toda uma série de operações presentes em múltiplos dispositivos de poder” (MEDRANO, 2010, p. 24). Por isso tal ação pode ser compreendida como uma antidisciplina, para utilizarmos de empréstimos a expressão do historiador Michel de Certeau.

Para Brougère (1997) o brincar é um meio da criança vivenciar a cultura que a cerca. Por meio do brincar a criança aprende uma cultura, entendida pelo autor como “conjunto de significações produzidas pelo homem” (p. 8), ao mesmo tempo em que também a transforma.

A brinquedoteca, por visar o estímulo ao livre brincar, pode então ser considerada como um espaço educativo – embora não devemos confundir com o ensino formal – além de ser um espaço de promoção da cultura. Ressaltamos que tais características expressam a singularidade das brinquedotecas brasileiras, pois em outros lugares (como nos países anglo-saxões) a ênfase não está no brincar, mas no empréstimo de brinquedos (MACEDO, 2007).

Conforme o contexto em que esses equipamentos são implantados (escolas, centros comunitários, hospitais, entre outros), as brinquedotecas podem adquirir outras características, embora o que atrai o público a esses espaços não seja o aspecto educativo ou terapêutico de tais ambientes, mas sim a possibilidade de brincar livremente, sem cobranças (ROUCOUS, BROUGÈRE, 1998).

A inserção de brinquedotecas no ambiente hospitalar está relacionada com a busca por oferecer um atendimento humanizado às crianças hospitalizadas.

Medrano (2004, p. 15) nos lembra que historicamente (mais precisamente na passagem do século XIX para o XX) a criança era vista como um ins-fans, aquele que não fala. Nesse sentido, quando hospitalizada a criança ficava “duplamente amordaçada: pela sujeição ao adulto e pela sujeição à ordem médica”.

Villela e Marcos (2009) compreendem que a brinquedoteca se institui como uma resposta à demanda social por humanização inspirada na Psicologia, na Psicanálise, nos Estudos Médicos, além dos projetos lúdicos que obtiveram resultados bastante positivos, como, por exemplo, os ‘Doutores da Alegria’. Os autores entendem que a brinquedoteca caracteriza-se como uma resposta

[...] a uma prática médica fria e asséptica na qual o lúdico, a diversão e algum barulho não tinham espaço natural na rotina burocrática de hospitais com restrições de recursos humanos e materiais e imersos em uma concepção pronunciadamente organicista de homem e de atendimento médico (VILLELA; MARCOS, 2009, p. 2).

Tendo em vista tais questões, propomos, neste trabalho, compreender – através de um estudo de caso realizado na brinquedoteca do Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira, localizado em Ponta Grossa, cidade do interior do Paraná – a função da brinquedoteca no ambiente hospitalar e o cotidiano desse espaço.

À guisa de análise, dividiremos este estudo em três capítulos, sendo eles: “capítulo 1 – A construção do hospital como um espaço de cura e a inserção da brinquedoteca no ambiente hospitalar; Capítulo 2 – “ O conceito de cotidiano e sua colaboração para a compreensão da brinquedoteca hospitalar”; e “Capítulo 3 – Descrição do método e análise campo de pesquisa”.

O primeiro capítulo intitulou-se como “A construção do hospital como um espaço de cura e a inserção da brinquedoteca no ambiente hospitalar”, pois nele propomos apresentar – através de um trabalho de revisão bibliográfica – como o hospital foi, aos poucos, abandonando a função espaço destinado a abrigar os pobres, para se consolidar, no final do século XVIII e no decorrer do XIX, como espaço de cura.

As condições necessárias para o surgimento das brinquedotecas no ambiente hospitalar só emergiriam a partir do século XX, momento em que a singularidade da criança seria acentuada em vários setores da sociedade. Entretanto, será apenas a partir da segunda metade do século XX que os impactos da hospitalização na criança passaram a ser discutidos e divulgados, possibilitando tanto a permanência dos pais junto às crianças quanto o brincar no hospital.

Nessa primeira parte do trabalho, defendemos, assim, a ideia de que é impossível compreender o hospital de hoje, bem como a função da brinquedoteca nesse ambiente, sem que conheçamos o modo como a instituição hospitalar foi

construída historicamente e o momento (e o porquê) em que foi possível construirmos um espaço para o brincar infantil nos hospitais pediátricos. Sem compreendermos os caminhos percorridos anteriormente, dificilmente conseguiremos entender o lugar que ocupamos hoje e como este lugar orienta nossa visão de mundo.

Quanto ao segundo capítulo, o intitulamos como “O conceito de cotidiano e sua colaboração para a compreensão da brinquedoteca hospitalar” por ser justamente esse o momento escolhido para fazer a apresentação desse conceito de cotidiano, sendo que as principais referências utilizadas para tanto são: Pais (1986), Berger e Luckman (1985) e Certeau (1994). Assim, dividiremos o capítulo em quatro subitens: primeiramente discutiremos o conceito de cotidiano ressaltando sua pertinência para o estudo dos processos de permanências e rupturas, principalmente em relação à brinquedoteca hospitalar.

A categoria cotidiano será apresentada, de maneira geral, não apenas observando-a como espaço de rotina, mas também, e principalmente, como o lugar privilegiado para a inovação, por isso sua importância para a compreensão dos processos de mudanças e rupturas ocorridos com o passar do tempo. A inserção da brinquedoteca no ambiente hospitalar pode ser compreendida como um elemento modificador do cotidiano vivenciado dentro de tais instituições, ao mesmo tempo tais equipamentos tiveram que se adequar às rotinas estabelecidas em tais espaços.

No tópico denominado “Espaço e tempo: suas contribuições para a compreensão do cotidiano hospitalar” descreveremos como as noções de espaço e tempo colaboram para a construção de nossas experiências enquanto sujeitos sociais, influenciando na maneira como cada indivíduo compreenderá o cotidiano. No terceiro item, “Cotidiano, poder e instituição hospitalar” apresentaremos, embasados no filósofo Michel Foucault, o conceito de poder, em especial o poder disciplinar. Foucault (1987) entende a ‘disciplina’ como um modo de exercer o poder que surge no decorrer dos séculos XVIII e XIX.

Revel (2005, p. 35) ao escrever sobre a disciplina em Foucault irá nos dizer que para o filósofo esta “caracteriza-se por um certo número de técnicas de coerção que exercem um esquadramento sistemático do tempo, do espaço e do movimento dos indivíduos e que atingem particularmente as atitudes, os gestos, os corpos”. Por isso, Foucault (1987, p. 177) irá dizer que “a ‘disciplina’ não pode se

identificar com uma instituição nem com um aparelho; ela é um tipo de poder, uma modalidade para exercê-lo”.

A partir da leitura de Foucault (1987) e Certeau (1994) o conceito de cotidiano pode ser compreendido como o espaço em que o poder disciplinar é, ao mesmo tempo, exercido e refutado.

No quarto item do segundo capítulo, “Brinquedoteca, cotidiano e poder”, apresentaremos o conceito de brincar, seu papel para a construção do ‘eu’, seu aspecto cultural e as limitações sofridas em relação ao tempo e espaço do brincar e o papel da brinquedoteca, em especial no ambiente hospitalar.

O brincar, visto historicamente como algo supérfluo e não utilitário, gradativamente perde espaço para outras atividades entendidas como importantes, tais como aulas de língua estrangeira, computação, entre outros. Além disso, a brincadeira pode ainda perder a característica de ‘fim em si mesmo’, para ser utilizada como ferramenta para um determinado propósito, muitas vezes educativo ou terapêutico, transformando um resultado em objetivo. Tendo em vista que a brinquedoteca é estruturada no livre brincar, apresentaremos as principais dificuldades que tais equipamentos podem enfrentar na manutenção do acervo e dos serviços.

Por fim, o capítulo “Descrição do método e do campo de pesquisa” apresentaremos a metodologia utilizada nesta pesquisa, o Estudo de Caso, as técnicas utilizadas no decorrer do trabalho, assim como a caracterização do campo de pesquisa e as discussões referentes à função que a brinquedoteca assume na instituição analisada e as tensões vivenciadas cotidianamente em seu funcionamento.

O capítulo está dividido em quatro subitens intitulados respectivamente: “O Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira”; “A brinquedoteca do Hospital João Vargas de Oliveira”; “Vamos brincar? O cotidiano e a função da brinquedoteca”; e “O Funcionamento da brinquedoteca: profissionais, tempo, acervo e manutenção”.

Para a realização deste trabalho adotamos uma perspectiva interdisciplinar, entendida como “a disposição de sujeitos concretos, representantes de diferentes culturas profissionais, para o diálogo entre olhares diversos sobre um mesmo objeto de estudo” (MUNHOZ e OLIVEIRA JUNIOR, 2009, p. 18).

A interdisciplinaridade corresponde a uma visão de mundo em que há o reconhecimento da complexidade da realidade. “Num sentido profundo, a interdisciplinaridade é sempre uma reação alternativa à abordagem disciplinar normalizada (seja no ensino ou na pesquisa) dos diversos objetos de estudo” (LEIS, 2005, p. 5).

Entretanto, como bem nos lembram Munhoz e Oliveira Junior (2009) interdisciplinaridade e especialidade não podem ser vistos como termos antagônicos, pois para haver uma relação interdisciplinar é necessário a existência de duas ou mais disciplinas dialogando entre si; o que significa dizer que a perspectiva interdisciplinar longe de eliminar as fronteiras disciplinares, colabora para a ampliação do entendimento da complexidade da realidade. Nas palavras dos autores, “deve-se, assim, cultivar o diálogo entre interdisciplinar e especialização, entre saberes distintos e entre representantes de um mesmo saber, com vistas a fortalecimento tanto do conjunto como das partes” (MUNHOZ, OLIVEIRA JUNIOR, 2009, p. 18).

A brinquedoteca, em especial a brinquedoteca hospitalar, é uma temática por excelência interdisciplinar, isto não apenas porque pessoas de distintas formações acadêmicas (pedagogos, psicólogos, médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros) refletem e escrevem sobre o assunto, mas também pelo fato do brincar ser objeto de estudos de várias disciplinas das ciências humanas, sociais e mesmo da saúde.

Não devemos ignorar que o hospital moderno, voltado para a cura, se constitui como uma instituição complexa justamente por conseguir convergir vários saberes. “A diversidade de treinos e competências, mas também a diversidade de ideologias relativamente a questões tão importantes como a etiologia e o tratamento das doenças” (CARAPINHEIRO, 2005, p. 63) ao mesmo tempo em que formarão as bases para os processos de negociação, também podem ser geradores de tensões e conflitos; mesmo que numa visão geral todos estejam de acordo que o hospital é organizado a partir de um objetivo geral: tratar o doente e deixá-lo em condições físicas e emocionais para deixar a instituição.

Ao ser inserida no ambiente hospitalar, a brinquedoteca pode se caracterizar como mais um elemento gerador de tensões dentro desta instituição marcada por relações de poder. Primeiro porque, como bem lembra Fortuna (2007) tais espaços buscam ser uma alternativa à característica, até então predominante, voltada

exclusivamente para a doença (seu diagnóstico e tratamento), em segundo lugar porque rompem com a representação da criança enquanto um 'paciente', considerando-a como um sujeito falante e colaborador do seu processo de cura.

A interdisciplinaridade da pesquisa perpassa também as discussões sobre a categoria teórica cotidiano. Tal categoria é utilizada em estudos de distintos campos do conhecimento como, por exemplo, a Filosofia e a Sociologia. Além disso, não podemos nos esquecer que a composição do cotidiano é realizada a partir das noções de tempo e espaço, conceitos que embora nos remetam automaticamente a História e a Geografia, respectivamente, não estão restritas a essas áreas do conhecimento.

CAPÍTULO 1

A CONSTRUÇÃO DO HOSPITAL COMO UM ESPAÇO DE CURA E A INSERÇÃO DA BRINQUEDOTECA NO AMBIENTE HOSPITALAR

A canção *Como uma onda*, escrita por Nelson Motta e interpretada por Lulu Santos e Tim Maia (1983), nos fala que “Nada do que foi será, de novo, do jeito que já foi um dia. Tudo passa, tudo sempre passará.”.

Formada a partir da ação do vento sobre a superfície da água, por abalos sísmicos ou por outras ações como desmoronamentos, as ondas se propagam no mar para, no fim, quebrar na praia. Jamais retornará na mesma forma e intensidade adquirida anteriormente.

Da mesma maneira que a onda, o homem e tudo que o envolve – suas crenças, práticas, sociabilidade, instituições, enfim, sua cultura – mudam constantemente e assim transformam tudo o que está ao seu redor. Em alguns momentos, essas mudanças são lentas, imperceptíveis, pois levam séculos para mostrar seus primeiros sinais. Em outros, podem ser encaradas como rápidas e intensas para o indivíduo e para a sociedade que as vivencia.

Cabe ressaltar que neste trabalho não há associação entre evolução e mudança, pois esta última é encarada como um processo de rupturas e permanências ou, tomando de empréstimo as palavras de Minayo (2006), “[...] o novo é sempre uma construção com o barro do passado e o projeto do futuro” (MINAYO, 2006, p. 25).

O hospital, enquanto lugar de “[...] encontro dos doentes e da Medicina” (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 105), espaço de nascimento, e também de morte (PORTER, 2004), ou enquanto organização complexa caracterizada “[...] por um somatório de hotel, lavanderia, farmácia, escola, centro comunitário, além de centro de atendimento curativo e preventivo” (SENHORAS, 2007, p. 46), nem sempre possuiu as características que lhe atribuímos atualmente, até mesmo porque o hospital nem sempre existiu.

Não custa lembrarmos que tanto a medicina quanto a instituição hospitalar percorreram um longo caminho para adquirir, junto à população, seu *status* atual, o qual garante autoridade ao médico para tratar das pessoas que são classificadas como doentes e ao hospital para se configurar como espaço privilegiado no processo de cura.

Atualmente, a humanização do atendimento tem despertado o interesse de pesquisadores e profissionais ligados à saúde, fomentando tanto as discussões em torno da temática como as políticas públicas.

Podemos, então, definir o conceito de humanização como:

[...] um processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais de usuários e profissionais, assim como funcionamentos institucionais importantes para a compreensão dos problemas e elaboração de ações que promovam boas condições de trabalho e qualidade de atendimento (MELLO, 2008, p. 8).

Entre as ações de promoção da saúde dentro do ambiente hospitalar, e com o objetivo de proporcionar aos pacientes um atendimento humanizado, estão as brinquedotecas.

Se hoje teóricos apontam, como faz Rios (2009), que as ações de humanização buscam conciliar a competência técnica e tecnológica com valores éticos e relacionais, cabe refletirmos sobre o momento em que o hospital passou a ser entendido como um espaço ‘desumanizante’.

Iniciamos, então, esse trabalho, com uma questão que estimulou – com maior ou menor intensidade – pesquisadores como Michael Foucault, Philipe Adam, Claudine Herzlich, Roy Porter, Danièle Carricaburu, Marie Ménoret, Graça Carapinheiro, Gisele Sanglad, Luiz Carlos Toledo, entre outros: “Afiml, o que é um hospital?”.

Responder tal questionamento, ainda que provisoriamente, significa, em primeiro lugar, compreender a história dessa instituição, pois, “[...] é impossível compreender o hospital do século XXI sem fazer referência à história dos hospitais”^{2, 3} (KERVASDOUÉ, 2011, p. 38).

Entendemos que olhar ‘para o passado’ significa muito mais que simplesmente traçar um quadro evolutivo, um ‘resgate histórico’, demonstrando o quanto éramos primitivos e o quanto nos tornamos modernos (ou, se alguns desejarem, pós-modernos).

Ao propormos uma breve análise das instituições hospitalares, objetivamos colaborar para uma compreensão crítica tanto destes espaços como das brinquedotecas inseridas nos hospitais.

² “[...] Il est impossible de comprendre l’hôpital du XXI^e siècle sans faire référence à l’histoire des hôpitaux.” (tradução livre do francês).

³ Para facilitar a leitura optamos em colocar as versões originais dos textos em notas de rodapé e as traduções no corpo do texto.

Ao construirmos essa história, estamos cientes das limitações apresentadas no trabalho, afinal, como reduzir séculos em algumas páginas sem que limitações ocorram? Entretanto, neste primeiro capítulo a questão norteadora é compreender a emergência da brinquedoteca enquanto um espaço terapêutico dentro da instituição hospitalar.

1.1 A caridade, o espaço de cura e o hospital tecnológico

Ele tomou sobre si nossas enfermidades, e levou as nossas doenças.
(Mateus, 8:17).

Carricaburu e Ménoret (2004) nos informam que o cuidado aos doentes está no cerne das grandes religiões monoteístas (Cristianismo, Islamismo, Budismo e Judaísmo), o que levou o desenvolvimento de instituições para o cuidado dos peregrinos e dos doentes.

Influenciada pelo Budismo, na Índia, o atendimento aos peregrinos e às pessoas doentes se fez, primeiramente, nos monastérios, sendo que as informações referentes a esse acolhimento datam do século III.

Os romanos possuíam instalações hospitalares, mas essas eram destinadas aos soldados e aos escravos (CARRICABURU, MÉNORET, 2004; PORTER, 2004), isso porque a vida do soldado “[...] é preciosa para o império”⁴ (CARRICABURU, MÉNORET, 2004, p. 13) e a mão de obra escrava se caracterizava como “[...] uma riqueza a ser preservada”⁵ (CARRICABURU, MÉNORET, 2004, p. 13).

As primeiras instituições destinadas a cuidar dos enfermos civis surgiram durante a Era Cristã, impulsionadas pelos ideais de caridade e compaixão (PORTER, 2004). “Esses estabelecimentos de ‘caridade’ são, em geral, situados atrás da catedral e funcionam sob a autoridade do bispo”⁶ (CARRICABURU; MÉNORET, 2004, p. 14).

A invasão dos povos ditos bárbaros e a fragmentação do território europeu contribuíram para que a Igreja Católica atuasse como uma unificadora e preservadora do conhecimento adquirido até aquele momento – incluindo-se o saber

⁴ “[...] est précieuse pour l’empire” (tradução livre do francês).

⁵ “[...] une richesse à préserver.” (tradução livre do francês).

⁶ “Ces établissements de ‘charité’ sont en général situés près de la Cathédrale et fonctionnent sous l’autorité de l’évêque” (tradução livre do francês).

médico –, fato que auxiliaria na permanência do tratamento das doenças sobre os cuidados da Igreja.

A influência do Cristianismo nos hospitais medievais não era restrita ao aspecto organizacional, suas marcas também são perceptíveis na assistência prestada por esses estabelecimentos. “Era mais importante garantir que os cristãos morressem em estado de graça, depois de se confessarem e receberem os sacramentos, do que tentar heroicos tratamentos médicos” (PORTER, 2004, p. 166).

Para compreendermos essa maneira de interpretar o processo saúde/doença do homem medieval, e seu modo de praticar a assistência aos doentes, é preciso que lembremos que, em tal período, a morte não se caracterizava como um tabu, não era visto como algo que se devesse temer e evitar. Assim, “[...] a grande tragédia não era morrer, mas morrer inesperadamente, sem ter confessado, recebido os sacramentos, feito doações e esmolas, estabelecido o testamento” (FRANCO JÚNIOR, 1986, p. 188).

A religiosidade, nesse período, não embasa apenas a compreensão que o homem medieval possuía de sua enfermidade, e do modo como tratá-la, mas fundamentava toda a sua vida, suas práticas cotidianas, enfim, sua maneira de se relacionar com o mundo.

Ao contrário da medicina grega, o cristianismo primevo não propugnava a origem natural das enfermidades, encarando-as, antes, como castigos divinos ou instrumentos para pôr em prova a têmpera dos fiéis. Desse modo, o cuidado com os corpos doentes era reconhecido como complemento à condução das almas; para a cura, mais do que os medicamentos, seriam necessários o arrependimento dos pecados e a oração (ANTUNES, 1991, p. 45).

O princípio chave que regia a concepção de saúde no medieval dizia que “[...] não há manutenção ou recuperação da saúde sem equilíbrio espiritual, tanto como material” (SAUNIER, 1985, p. 211).

Porter (2004) nos lembra da existência de várias passagens bíblicas em que são descritas cenas de milagres de cura, o que nos ajuda a compreender a associação entre santidade e cura, e sua resultante: a caridade, entendida como “[...] a suprema virtude cristã” (PORTER, 2004, p. 166).

Nos Evangelhos, Cristo não apenas teria utilizado a metáfora da enfermidade para fazer alusão a uma vida por vir, mas também teria curado cegos, aleijados, leprosos e outras doenças de pessoas que encontrou pelo caminho.

Cuidar dos enfermos significava, então, de certo modo, seguir o exemplo deixado pelo próprio Cristo.

Nesse sentido, Sanglard (2006) menciona que mesmo que em algum outro momento tenham sido usados para fins de ordem pública, os hospitais do período medieval “[...] representavam o lugar por excelência da caridade” (SANGLARD, 2006, p. 12) e não da cura. “A própria etimologia da palavra associa estes espaços com lugares em que se recebem hóspedes” (SOURNIA, 1992, p. 107).

Na França, o Hôtel-Dieu se consolidou como o grande modelo de assistência hospitalar, embora paralelamente a essas instituições, os monastérios tenham desenvolvido, desde o século VIII, estruturas de acolhimento e atendimento aos doentes (CARRICABURU; MÉNORET, 2004; ANTUNES, 1991; SOURNIA, 1992).

Nesses monastérios, muitos monges cultivavam “[...] no recinto pertencente ao claustro, espécies vegetais raras, dotadas de propriedades curativas. É assim que se constituem os primeiros jardins botânicos e farmacêuticos, orientados pelos manuais da Antiguidade grega e árabe” (SOURNIA, 1992, p. 107).

Sanglard (2006) comprara este modelo hospitalar existente na França com as Misericórdias em Portugal, pois “[...] ambos possuem caráter público e privado e, nas colônias ultramarinas, representam o Estado metropolitano, ficando sua administração a cargo dos notáveis da cidade” (SANGLARD, 2006, p. 14).

No cotidiano hospitalar medieval, a presença feminina, em especial as irmãs hospitaleiras, representava a grande maioria dos religiosos dentro dessas instituições, sendo que fica a encargo delas “[...] a assistência aos doentes, tanto moral como (precisa-se geralmente nos estatutos) nos tratamentos cotidianos, arranjos, alimentação ou companhia” (SAUNIER, 1985, p. 206).

O perigo e as adversidades vivenciadas por essas irmãs podem ser considerados como uma demonstração da caridade cristã, visto que, como nos lembra Saunier (1985), essas mulheres obtinham poucas vantagens com a realização do serviço.

Os recursos para manter o funcionamento dos hospitais vinham das doações e esmolas destinadas à Igreja e aos hospitais, motivados pelos anseios com a salvação da alma e a compaixão pelos pobres (PORTER, 2004; SANGLARD, 2006). Em períodos de epidemias, as doações recebiam um aumento significativo.

Segundo a ideia que ressalta Roy Porter (2004),

Para conter uma doença assustadora, construíram-se asilos Especiais para leprosos, nos quais “os impuros” podiam ser confinados à força. Em 1225, havia quase 19.000 desses leprosários na Europa. À medida que a lepra diminuiu, eles foram sendo requisitados para pessoas suspeitas de ser portadoras de doenças infecciosas, para os loucos e até para indigentes. Quando a peste bubônica atacou, no século XIV, os leprosários também foram transformados nos primeiros hospitais para isolamento de casos de peste. Começaram a criar-se lazaretos de quarentena (assim chamados em homenagem a seu santo padroeiro, São Lázaro), para salvaguardar o comércio e proteger as populações citadinas. A primeira dessas casas da pestilência foi construída em Ragusa (a moderna Dubrovnik) em 1377, enquanto Veneza impôs a quarentena em lazaretos a partir de 1423 (PORTER, 2004, p. 167).

No final do período medieval, as irmandades religiosas e ordens terceiras foram os elementos que deram sustentação às práticas caritativas nas regiões católicas, “[...] as instituições leigas se tornaram, em certa medida, ‘mediadoras’ e depositárias da filantropia católica, situando-se entre o filantropo e a obra de caridade” (SANGLARD, 2006, p. 13). A autora caracteriza esses grupos como “[...] instrumentos de coesão grupal e formação de laços de solidariedade, tanto material quanto espiritual, em uma época pautada pela insegurança” (SANGLARD, 2006, p. 21).

Desta forma a maior parte dos hospitais existentes até o momento “[...] restringia-se a acidentados e vítimas de fatalidades, bem como a queixas bastante rotineiras, passíveis de responder ao repouso e ao tratamento – por exemplo, casos de bronquites no inverno ou de úlceras nas pernas” (PORTER, 2004, p. 172).

Apesar de a filantropia multiplicar a existência desses espaços, e melhorá-los, Sanglard (2006) argumenta que a partir do século XVII algumas mudanças passam a ser sentidas na concepção sobre o que seria o hospital e qual a sua função. A arquitetura hospitalar se transforma, os discursos sobre a importância do isolamento dos doentes contagiosos ganham destaque e alguns hospitais são construídos longe das cidades.

Ao mesmo tempo em que emergiam críticas ao que hoje chamamos de Antigo Regime, juntamente com seus valores e costumes, no século XVIII, o hospital começou a passar por um longo e intenso processo de questionamento e de mudança (PORTER, 2004; SANGLARD, 2006; FOUCAULT, 1977), decorrentes de transformações na “[...] concepção de assistência e com o desenvolvimento das discussões sobre higiene” (SANGLARD, 2006, p. 15).

A credibilidade dessas instituições era frágil. Por estarem repletos de infecções, os hospitais eram acusados de serem agentes de propagação de doenças, “[...] os doutos insistiam em que os hospitais traziam mais danos que benefícios” (PORTER, 2004, p. 172).

Acreditava-se que o hospital prejudicaria a observação da doença, desconfigurando-a, fazendo com que ela perdesse a sua essência. Além disso, no hospital, o doente estava sujeito a contrair outras doenças – como sarna, por exemplo – e espalhá-las para seus familiares assim que retornasse ao seu lar (ANTUNES, 1991). Sendo assim, o melhor lugar para se observar o doente era justamente no “seu meio natural”, ou seja, o lugar em que o doente habitava (FOUCAULT, 1977).

A crítica a essas instituições não estava restrita à assistência à saúde, mas também se pautava em aspectos econômicos. Segundo Foucault (1977, p. 20), entendia-se até este momento que o doente hospitalizado representava um duplo custo para a sociedade, pois “a assistência de que se beneficiava só a ele diz respeito, enquanto sua família, deixada ao abandono, se encontra, por sua vez, exposta à miséria e à doença”.

Como alternativa, os médicos acreditavam que a solução mais adequada para esse problema era a assistência prestada em domicílio, pois

A cadeia da “doença das doenças” e do empobrecimento perpétuo da pobreza são, assim, rompidas, quando se renuncia a criar para o doente um espaço diferenciado, distinto e destinado, de modo ambíguo mas desajeitado, a proteger a doença e a preservar da doença (FOUCAULT, 1977, p. 20).

O doente assistido em casa poderia, então, receber um tratamento mais adequado, visto que a doença poderia ser observada no meio em que foi gerada, facilitando o trabalho do médico, que não seria confundido pela quantidade de doenças para observar. Ao mesmo tempo, os gastos com o seu tratamento não seria útil apenas ao doente, mas a sua família como um todo.

Foucault (1977; 1990) nos chama a atenção para o fato de que ao mesmo tempo em que havia uma instituição hospitalar cujo enfoque era a caridade e a exclusão daqueles indesejados socialmente, a medicina até o século XVIII não necessitava do hospital para ser exercida ou para que seus preceitos fossem transmitidos para os futuros médicos.

Essencial para a transformação da visão negativa da instituição hospitalar, para o abandono de sua utilização como meio de exclusão de pessoas indesejáveis socialmente, foi a anulação dos efeitos negativos provocados pelo hospital, tanto para o indivíduo hospitalizado como para a cidade em que o mesmo estava instalado.

É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização. Tudo o que foi dito até agora pode explicar porque o hospital se disciplina. As razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explicam o esquadrinhamento disciplinar a que estão submetidos os hospitais. Mas se esta disciplina torna-se médica, se este poder disciplinar é confiado ao médico, isto se deve a uma transformação no saber médico. A formação de uma medicina hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médica (FOUCAULT, 1990, p. 107).

Essa busca por anular os efeitos negativos da hospitalização nos ajuda a compreender, como nos lembra Foucault (1990), porque os hospitais militares e marítimos foram os primeiros a passar por esse processo de medicalização. Segundo as informações do autor, esses hospitais representavam um grande problema econômico, pois através deles se fazia, na França, tráfico de mercadorias. Além desse problema, desde a invenção do fuzil, a preparação de um soldado tornou-se cara, sendo, portanto, necessário evitar que os soldados morressem fora do campo de batalha, que fingissem estar doentes para não lutar ou que desertassem.

A instituição hospitalar, com as visitas de John Howard e Jacques-René Tenon, é analisada minuciosamente com o objetivo de se verificar – a partir de comparações – os fatores que contribuiriam ou não para a recuperação da saúde dos doentes. Tal atitude traz em si a lógica, como nos lembra Foucault (1990), de que o espaço hospitalar possuía o mesmo grau de importância de outros métodos de cura utilizados naquele momento. Verificamos, então, que a disposição espacial dos doentes interfere diretamente no seu processo de recuperação.

O que Tenon projeta é um espaço hospitalar diferenciado. E diferenciado segundo dois princípios: o da “formação”, que destinaria cada hospital a uma categoria de doentes ou uma família de doenças; e o da “distribuição”, que define, no interior de um mesmo hospital, a ordem a seguir, “para nele dispor as espécies de doentes que se tiver achado oportuno receber” (FOUCAULT, 1977, p. 46).

Tenon criticava os leitos coletivos – sendo que numa mesma cama poderiam repousar até três pessoas, independente da doença, sexo ou idade – e a falta de separação dos doentes conforme suas patologias.

Essa transformação do hospital em um espaço de cura terá repercussões sobre os princípios que nortearão aqueles que serão hospitalizados. Nesse momento, se estabelece “[...] a separação entre o pobre e o doente, o incurável e o infeccioso, e tomaram-se medidas especiais quanto ao cuidado das crianças, das mães solteiras e dos idosos.” (SANGLARD, 2006, p. 19).

Desde então, os hospitalizados não o são mais unicamente por motivos sociais, sua admissão é justificada por critérios médicos, para que o ensinamento “ao leito do doente” pudesse efetivamente ser praticado⁷ (CARRICABURU; MÉNORET, 2004, p. 16)

A emergência do hospital enquanto um espaço de cura surge juntamente com uma prática médica cujo saber não estava mais centrado nos livros, mas sim na observação do paciente no hospital (FOUCAULT, 1990). Dessa maneira, “[...] além de ser um lugar de cura, este é também um lugar de formação de médicos. A clínica aparece como dimensão essencial do hospital” (FOUCAULT, 1990, p. 111).

Temos, então, uma medicina que revê sua prática, um hospital que se transforma para atender novas demandas e uma sociedade que, a partir da Revolução Francesa, se torna cada vez mais liberal.

Acompanhando a concepção de Medicina que começava a surgir no decorrer do século XVIII, a estrutura física dos hospitais adquiria novos contornos, sendo o suporte físico das práticas médicas que emergiam naquele momento (TOLEDO, 2008).

As antigas formações em cruz são substituídas pelo partido pavilhonar que, “[...] obedecendo às diretrizes estabelecidas por Tenon, proporcionava maior segurança ao ambiente hospitalar, separando as enfermarias por meio de pátios ajardinados que atuavam como barreiras físicas à propagação das infecções” (TOLEDO, 2008, p. 55). Além disso, esse modelo de construção passava a favorecer o melhor aproveitamento da iluminação e ventilação natural.

Casimir Tollet, inspirado nos trabalhos de Jacques Tenon, contribuiu para o aperfeiçoamento e divulgação dos edifícios hospitalares de partido pavilhonar.

⁷ “Dès lors, les hospitalisés ne le sont plus uniquement sur motifs sociaux, leur admission est justifiée par des critères médicaux, afin que l’enseignement ‘au lit du malade’ puisse effectivement être pratiqué” (tradução livre do francês).

Toledo (2008) e Rego (2012) nos informam que Tollet, além de escrever alguns tratados de arquitetura hospitalar, elaborou um sistema que facilitava a circulação do ar nas enfermarias. Tal sistema “[...] consistia na utilização de uma forma geométrica ogival nas abóbodas com aberturas no topo” (REGO, 2012, p. 20).

Algumas das ideias de Casimir Tollet, assim como as de Jacques Tenon formuladas no final do século XVIII, permanecem válidas até hoje e armaram, juntamente com a contribuição da enfermeira Florence Nightingale, no século XIX, o tripé⁸ sobre o qual se apoiaram as bases do hospital moderno (TOLEDO, 2008, p. 79).

Embora os hospitais de partido pavilhonar datem do século XVIII, “a consolidação do modelo pavilhonar, na Europa, dar-se-ia no século XIX, com a construção do Hospital *Laribosière* de Paris, projetado por Gauthier, em 1839, com capacidade para 905 leitos dispostos em pavilhões com 32 leitos” (TOLEDO, 2005, p. 9).

Toledo (2008) argumenta que, mesmo que o hospital terapêutico de partido pavilhonar tenha ganho vários adeptos e defensores, como Casimir Tollet e Florence Nightingale, os quais escreveram sobre os benefícios de tais edificações e realizaram propostas tendo em vista a melhoria destes prédios, tais construções ainda eram vistas com certas ressalvas.

Alguns intelectuais europeus argumentavam que a melhor alternativa para a assistência eram as tendas, os hospitais-barraca, pois os hospitais permanentes eram considerados como “[...] inimigos da higiene hospitalar” (TOLEDO, 2008, p. 82). Entretanto, apesar das críticas, os edifícios de partido pavilhonar permaneceram como o modelo mais adotado ao longo do século XIX, sendo substituídos, posteriormente, pelo modelo monobloco, criado nos Estados Unidos no fim do século XIX.

As construções em monobloco integravam em seu modelo arquitetônico tanto o concreto armado como o uso de elevadores, sendo essa duas inovações tecnológicas na construção de edificações no período (TOLEDO, 2002). No campo médico, a adoção de tal modelo veio acompanhada de um novo olhar sobre a maneira como as doenças eram transmitidas.

⁸ Este tripé ao qual se refere Toledo (2008) está relacionado ao conjunto de transformações propostos por Casimir Tollet, Jacques Tenon e Florence Nightingale para melhor cuidar dos doentes no ambiente hospitalar eliminando, ou amenizando, os problemas de transmissão de infecções e o número elevado de mortes que ocorriam dentro destas instituições. As propostas fazem referência tanto a arquitetura do edifício, como a questões de circulação do ar e a disposição dos doentes nas enfermarias, separando-os conforme a enfermidade.

O novo partido arquitetônico permitia, ainda, significativas economias no que se refere a construção do edifício hospitalar e sua posterior operação, na medida em que não apenas racionalizava os sistemas de infraestrutura, distribuição de alimentos, roupas, etc. como reunia, em unidades racionais comuns, os serviços de esterilização, lavagem de roupa e nutrição que anteriormente eram localizadas em cada pavilhão (TOLEDO, 2002, p. 25).

Com a construção dos edifícios de partido pavilhonar haviam sido criadas no século XIX as primeiras medidas para conter a propagação da infecção hospitalar – visto que com este modelo os pacientes eram separados por blocos, conforme a sua patologia, intercalados por jardins –, a situação ganharia novos contornos na passagem do século XIX para o XX (TOLEDO, 2008).

Assim, da mesma forma que a passagem do modelo cruciforme para o modelo de partido pavilhonar materializava, uma nova forma de compreender tanto a prática médica como a própria instituição hospitalar – compreendida como um instrumento no processo de cura (FOUCAULT, 1977) –, a emergência dos hospitais em partido monobloco vertical representa uma nova fase dessa instituição, fase essa em que a antiga compreensão desses espaços como “morredouros” ficará no passado para dar origem à outra compreensão desses espaços como “máquinas de curar”.

Por volta de 1800, com o desenvolvimento de novas abordagens médicas, baseadas no exame clínico, na anatomia patológica e na estatística, o hospital deixou de ser um lugar de caridade, assistência e convalescência e começou a se transformar na usina médica que veio a ser desde então (PORTER, 2004, p. 175).

Aliados a essas questões, o surgimento da anestesia, o aprimoramento de técnicas e práticas relacionadas à assepsia e a emergência da enfermagem como profissão auxiliaram na elaboração dessa nova imagem da instituição hospitalar, imagem essa que será intensificada ao longo do século XX (PORTER, 2004; SAUNIER, 1985; MEDEIROS, 2005).

Os avanços adquiridos no diagnóstico e na cirurgia no decorrer do século XX transformaram o *status* da instituição hospitalar na hierarquia médica e na mente popular até chegarem ao atual estágio, em que o hospital ocupa lugar central no sistema de saúde, empregando um significativo número de pessoas – e nas mais diversas funções –, realizando, além de serviços de tratamento, funções educativas, técnicas e administrativas, todas controladas por rígidas hierarquias e normas de conduta (PORTER, 2004; ADAM; HERZLICH, 2001).

Para Porter (2004), o processo de burocratização pelo qual a instituição hospitalar passou – ou está passando – fez com que as críticas a esse espaço voltassem à tona. Entretanto, as acusações não se referem mais ao hospital enquanto um “portal da morte”, as queixas atuais em relação à instituição caracterizam-na “[...] como uma fábrica médica fria, anônima, perdulária e ineficiente, que exerce a medicina como a medicina o exige, e não conforme a necessidade do paciente” (PORTER, 2004, p. 184).

Nesse momento, apesar dos avanços ocorridos no campo da arquitetura no que diz respeito ao aperfeiçoamento da funcionalidade, do conforto e da beleza dos espaços nos edifícios hospitalares, tais questões foram colocadas em segundo plano em nome do “paradigma curativo” (TOLEDO, 2008).

1.2 A instituição hospitalar no Brasil

Quando falamos em espaços em que são prestados assistência à saúde no Brasil, a Santa Casa de Misericórdia representa o ‘grande modelo’ hospitalar inicial na história do país.

Esse modelo de assistência emerge no cenário português por volta do século XV, momento de centralização política e das ações de assistência. Seus objetivos estavam voltados para a realização das 14 obras da Misericórdia, divididas em sete obras espirituais e sete obras corporais (FERNANDES, 2009; SANGLARD, 2006)⁹. Mantinham-se através de doações dos fiéis, esmolas, heranças e dotações dos governos (SANGLARD, 2006).

Sanglard (2006) apresenta as Misericórdias como uma associação fechada, aristocrática e que reunia grupos de prestígio social, sendo muitas vezes usadas como meio de alcançar participação nas esferas formais de poder.

Compartilhando essa argumentação, Barreto (2011) afirma que “[...] participar da confraria significava ascender socialmente, destacar-se dos demais, manter-se no topo de uma sociedade demarcada por hierarquias” (BARRETO, 2011,

⁹ FERNANDES (2009) e SANGLARD (2006) descrevem as 14 obras da Misericórdia. As corporais: 1. Dar de comer a quem tem fome; 2. Dar de beber a quem tem sede; 3. Vestir os nus; 4. Visitar os doentes e presos; 5. Dar abrigo a todos os viajantes; 6. Resgatar os cativos; 7. Enterrar os mortos.

As espirituais são: — 1. Ensinar os simples; 2. Dar conselho a quem pede; 3. Castigar os que erram; 4. Consolar os desconsolados; 5. Perdoar os que nos ofenderam; 6. Sofrer injúrias com paciência; 7. Rezar pelos vivos e mortos.

p. 7). Por isso, pelas Misericórdias Baianas passaram várias pessoas pertencentes à elite baiana ou de prestígio político e social.

Ligadas ao modelo católico de assistência, “[...] as doações à instituição eram interpretadas como um dever cristão, segundo a caridade tradicional cristã, o que ratifica o papel relevante das Misericórdias na tradição católica de assistência” (SANGLARD, 2006, p. 22).

Tal modelo de assistência chegou ao Brasil durante o século XVI, principalmente nas cidades litorâneas. Em outras regiões, como em Minas Gerais, as Santas Casas de Misericórdia foram implantadas durante os séculos XVIII e XIX (MARQUES, 2011).

Sanglard (2008) argumenta que essas instituições assumiram, no Brasil, “o papel de instituição pública”, pois além de contarem com a proteção real, a forma como o Estado Imperial – e posteriormente o Estado Republicano – era organizado, assim como a divisão existente entre o que é público e o que é privado, favoreciam que a assistência prestada se centrasse nas Santas Casas.

Vale ressaltar que uma das principais características da 1ª República foi o federalismo, que transferia aos estados a responsabilidade pelas ações de manutenção da ordem e de proteção das populações, em contraposição à centralização do poder durante o Império. Esse federalismo era legitimado pela prática liberal que propugnava a não-intervenção do Estado, o que sustentava o mandonismo local. E no que tange à assistência, a prática liberal acabava por manter a estrutura herdada dos tempos coloniais, a cargo da Misericórdia. Assim, ao Estado caberia agir apenas em tempos de grande calamidade pública, quando a ordem estivesse em perigo, ou seja, durante as epidemias; e na fiscalização dos portos e do exercício profissional (SANGLARD, 2008, p. 65).

Uma das razões apontadas pela pesquisadora para essa centralidade da Santa Casa e pela escassez de instituições de assistência está relacionada com o fato de que “[...] no início do século essa estrutura ainda não era um problema para os médicos” (SANGLARD, 2008, p. 65), nem um problema de Estado.

Fernandes (2009) nos informa que no Brasil, durante o ano de 1889, o império investiu 1% dos recursos arrecadados em serviços com higiene, asilos ou hospitais, enquanto os “Ministérios da Guerra e Marinha receberam pelo menos vinte vezes mais” (FERNANDES, 2009, p. 65).

Vale ressaltar, como faz Sanglard (2006), que o processo de institucionalização da Medicina e de medicalização do hospital tem início – ao menos na então capital do país, o Rio de Janeiro – durante a primeira metade do

século XIX. Até aquele momento, loucos, incuráveis, portadores de doenças contagiosas e expostos dividiam o mesmo espaço.

Fatores como a vinda da Família Real para o Brasil, em 1808, e a criação da Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro, as epidemias de cólera e de febre amarela – com a necessidade de separação dos doentes contagiosos – e os questionamentos à Santa Casa de Misericórdia contribuíram para que mudanças no cotidiano hospitalar acontecessem.

Na segunda metade do século XIX, a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, devido à falta de um hospital onde pudessem ser realizadas as aulas práticas, teve de dividir espaço com os religiosos que coordenavam as Misericórdias, surgindo então o conflito entre duas práticas: a caridade e o ensino médico.

As Misericórdias eram compreendidas pelas irmandades como “[...] lugar destinado à infelicidade e às dores, onde deve-se evitar toda espécie de escárnio ou falta de caridade” (PIMENTA, 2004, p. 4 apud SANGLARD, 2006, p. 25). “Os médicos estavam submetidos às regras de funcionamento impostas pela irmandade, até mesmo quando o hospital passou a ser dirigido por um médico, em 1852” (SANGLARD, 2006 p. 25).

Outro fator que causava conflitos dentro do ambiente hospitalar está relacionado à maneira como médicos e estudantes se comportavam dentro do ambiente hospitalar: “As freiras consideravam que médicos e estudantes, ao percorrerem desnecessariamente os corredores, atrapalhavam o funcionamento do hospital” (SANGLARD, 2006, p. 27).

Em contrapartida, quando o papel das freiras começa a ser gradativamente questionado, a conduta das religiosas começa a ser posta em xeque. Essas poderiam, por exemplo, administrar um hospital, mas não poderiam interferir na religiosidade dos internos (FERNANDES, 2009). Nesse sentido, uma postura como a das irmãs das Misericórdias do Rio Grande do Sul, que “[...] colocavam medalhas e santinhos nos travesseiros dos ateus, para que se convertessem à fé católica, e oravam ao pé dos moribundos” (FERNANDES, 2009, p. 82) passa a ser vista como inadequada, pois desqualificava as Misericórdias como instituições laicas.

Esse cenário começa a ser desenhado no decorrer dos primeiros anos do século XX, momento em que começam a emergir uma série de congressos cuja pauta era a assistência pública. Ao mesmo tempo em que predominavam os discursos sobre a aliança entre a assistência pública e a filantropia, as Santas Casas

começavam a sofrer críticas por parte dos médicos inspirados nas reformas ocorridas nos países europeus sobre o modo de assistir a população, principalmente nos hospitais (SANGLARD, 2008).

Sanglard (2006; 2007; 2008) apresenta a década de 1920 como um importante período para que compreendamos as transformações no modo de prestar assistência aos pobres e desvalidos no Brasil, pois nesse momento o governo começa a tomar as primeiras ações no sentido de organizar a assistência hospitalar em nosso país, até então centrada nas Santas Casas de Misericórdia.

Nesse período, ocorre a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), organizado a partir das campanhas em prol do saneamento e por reivindicações para que o Estado tomasse medidas no campo da saúde pública.

A enfermagem nos moldes ‘nightgaleanos’ começa a ser implementada no Brasil, primeiro no Rio de Janeiro, depois, paulatinamente, nas demais cidades da nação, chegando ao Estado do Paraná em 1953. A enfermagem como profissão passou a ser regulamentada em 1931 (FERNANDES, 2009).

Nos períodos anteriores, os cuidados em saúde eram prestados essencialmente pelas religiosas, algumas vindas de países europeus (como, por exemplo, a França) mesmo quando o processo de laicização dos hospitais já havia iniciado. Era mais vantajoso para os governos “[...] recorrer às religiosas que ali se dispunham pelo preceito da caridade do que despendar recursos formando um grupo laico, como já foi sugerido” (FERNANDES, 2009, p. 79).

Também data da década de 20 a construção de alguns hospitais vinculados às sociedades beneficentes, que atendiam gratuitamente os seus sócios. Embora desde 1918, como lembra Sanglard (2008), o discurso dos médicos tenha salientado que a construção de hospitais era responsabilidade do poder público, durante toda a década de 20, o Estado ainda contou com o apoio da filantropia para estruturar a rede hospitalar na capital brasileira.

Um exemplo significativo da aliança entre Estado e filantropia está no financiamento realizado por Guilherme Guinle para a construção dos hospitais *Graffrée & Guinle* e *Hospital do Câncer* (Sanglard, 2008).

Ao que diz respeito à arquitetura, esses hospitais foram projetados por Porto d’Ave e são considerados como um momento de transição entre o modelo pavilhonar, de inspiração europeia, e o partido monobloco vertical, que ganharia maior destaque no Brasil a partir da década de 30 (SANGLARD; COSTA, 2004).

A laicização da saúde no Brasil, segundo a percepção de Sanglard (2006, 2008) é efetivada apenas na década de 1930, “[...] pois mesmo que o processo de medicalização do hospital estivesse bem adiantado, a presença das freiras no Hospital das Misericórdias e o papel por elas desempenhado reafirma a tensão entre a caridade e a medicalização” (SANGLARD, 2006, p. 31).

O país vivia uma mudança em seu quadro político, mudança essa representada pela ascensão de Getúlio Vargas ao poder. As transformações políticas pelas quais o Brasil passava terão, então, fortes repercussões na área da saúde.

Datam desse período as criações do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) (FONSECA, 2008, p. 94), além da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS). Os recursos gerados através da contribuição dos trabalhadores, empresas e do próprio Estado aos IAPS auxiliavam na geração de subsídios que seriam destinados aos contribuintes e suas famílias, assim como na construção de unidades de saúde e hospitais (MEDEIROS, 2005).

O novo desenho institucional expunha prioridades em curso no novo governo ao enfatizar a criança, a área da saúde mental, a assistência médico-hospitalar e a expansão e o reforço da presença do governo federal nos estados, em resposta às demandas de não mais concentrar no Distrito Federal os serviços federais de saúde. De acordo com João de Barros Barreto – importante líder na área da saúde e futuro diretor do Departamento Nacional de Saúde (DNS) -, foi de fato a partir de 1934, com a regulamentação do novo órgão, que se iniciou de forma coordenada a expansão dos serviços para além do Distrito Federal (FONSECA, 2008, p. 95).

Ao que se refere à instituição hospitalar, a década de 30 representa o momento em que as construções em partido pavilhonar começam a ceder espaço aos hospitais em monobloco vertical. Esse foi um momento em que o neoclassicismo e o ecletismo, predominante até o momento, começaram a perder espaço, abrindo caminho para aquilo que posteriormente chamado de arquitetura moderna.

Durante as décadas de 30 e 40, Medeiros (2005) relata que houve a criação de vários hospitais no país, sendo que em seus projetos foram incorporados “[...] uma significativa tecnicidade e uma incipiente organização administrativo-financeira” (MEDEIROS, 2005, p. 101).

Os hospitais verticalizados, com alto investimento tecnológico e especializados, começam a ser observados no país a partir da década de 1950, estimulados pelos “[...] esforços desenvolvimentistas e pela existência de recursos orçamentários” (MEDEIROS, 2005, p. 106).

Durante o período da Ditadura Militar (1964-1985), o hospital, centrado no modelo curativo, passou a ganhar papel de destaque ao que se refere às medidas assistenciais tomadas no decorrer desse governo. Essa ênfase na instituição hospitalar acarretou a desvalorização do atendimento primário (MEDEIROS, 2005).

Medeiros (2005) nos informa que os esforços para a “[...] obtenção de alta produtividade do investimento em unidades hospitalares” (p. 112) auxiliaram na consolidação do modelo arquitetônico torre sobre pódio, pois este conseguia conciliar a funcionalidade e a eficiência, compreendida como necessária para as edificações hospitalares, com a construção de grandes hospitais que visavam “[...] obter equilíbrio econômico e financeiro” (MEDEIROS, 2005, p. 112).

1.3 A inserção das brinquedotecas no ambiente hospitalar

Ao falarmos das brinquedotecas hospitalares e, conseqüentemente, da criança e do papel do brincar no contexto hospitalar, devemos por em pauta o momento em que a singularidade da criança de um modo geral e da criança hospitalizada, foco deste estudo, foi posta em discussão, para então pensarmos a construção desses espaços nos hospitais com atendimento pediátrico.

No decorrer do século XX, ocorreram mudanças significativas na Medicina, nas ciências pedagógicas, psicológicas e jurídicas, sendo que tais transformações influenciaram tanto no relacionamento entre adultos e crianças quanto na maneira como a infância será compreendida e representada (MARCÍLIO, 1998). É o olhar diferenciado sobre a criança que criará as condições necessárias para pensarmos e construirmos espaços em que o brincar seja estimulado. Ao mesmo tempo, tais espaços colaboram para a construção de um novo olhar sobre a criança, em especial a criança hospitalizada.

1.3.1 O olhar para a criança e a percepção de sua singularidade

Durante o século XIX, as principais cidades europeias criaram hospitais destinados especificamente às crianças. Cabe lembrarmos que “O hospital especializado é uma resposta do século XIX às questões levantadas no século anterior” (TOLEDO, 2002, p. 17).

A passagem do século XVII para o XVIII marcaria o início de um novo modo de olhar para a criança, emergindo questões até então ignoradas ou pouco debatidas. Tal fenômeno seria resultante, entre outros fatores, de transformações ocorridas nas sociedades europeias e que, posteriormente, teriam impactos tanto na demografia quanto na mortalidade infantil nessas cidades (MARQUES, 2000).

Até 1750, eram altos os índices de mortalidade infantil, sendo que até “[...] o início do século XVIII apenas 502 crianças em 1000 atingiam a idade de quinze anos, isto é, uma em cada duas” (LEBRUN, 1985, p. 222).

Lebrun (1985) aponta, como fatores que auxiliavam nos altos índices de mortalidade no primeiro mês de vida, as malformações congênitas e lesões sofridas durante o parto – fruto da falta de conhecimento e experiência das parteiras, além da desconfiança na intervenção dos cirurgiões.

Questões econômicas também influenciaram tal quadro, na medida em que em épocas de abundância de trabalho, a família não poderia dispensar a contribuição da mãe, ou da ama, para que esta ficasse cuidando da criança.

Estado, filantropos e intelectuais voltam seu olhar para as crianças no decorrer do século XVIII, estes últimos movidos pelo “[...] otimismo generalizado quanto à possibilidade de tornar os resultados da ciência e da técnica disponíveis a todos, de universalizá-los” (MARQUES, 2000, p. 26). Esse olhar para a criança implicaria em um novo papel atribuído a mulher, papel esse que, para desempenhar, a mãe contaria com as orientações do saber médico.

Na França, a primeira instituição hospitalar voltada exclusivamente para o atendimento infantil foi, provavelmente, o *Hôpital des Enfants-Malades*, criado em 1802, em Paris, sendo posteriormente aberto em 1854 o *Hôpital Sainte-Eugénie* (MUSÉE DE L’ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX, 2005).

Atendiam crianças de 2 a 15 anos de idade com doenças agudas, contagiosas ou crônicas. A mortalidade nessas duas instituições era elevada, sendo

que uma em cada quatro crianças morriam ao todo no hospital *Enfants-Malades*, em 1890 (MUSÉE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX, 2005).

Preservar a “felicidade familiar” e a “riqueza das nações” ou, em outras palavras, preservar a vida e a saúde das crianças são as motivações por trás da elaboração desses hospitais destinados às crianças doentes (SALAÜN-RAMALHO, 2005).

Salaün-Ramalho (2005) nos explica que esse anseio em preservar a criança, elaborando um hospital destinado especificamente para elas, não dizia respeito apenas a sua saúde, mas também à preservação de sua moralidade. Dessa forma, os hospitais infantis auxiliavam na separação entre as crianças e os adultos que pudessem ser más influências para os pequenos. Ao mesmo tempo, esses estabelecimentos apresentavam vantagens científicas, pois colaboravam na aquisição e no aperfeiçoamento do conhecimento sobre as doenças na infância.

Com os conhecimentos adquiridos ao longo do século XIX, em especial sobre a bacteriologia, ocorrem algumas mudanças tanto em relação ao modo de compreender as doenças quanto com relação à prática médica, tendo como resultado uma atribuição de autoridade aos médicos que cuidam de crianças (MUSÉE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX, 2005).

Isso ocorre porque, com a bacteriologia, surgem novas possibilidades e mecanismos para que as patologias sejam evitadas, como, por exemplo, a vacinação.

Em nome da proteção das crianças contra as infecções e mortalidade nos hospitais, pouco a pouco as visitas às crianças doentes começam a ficar cada vez mais restritas, sendo que tais medidas tomavam como base as formulações do cientista francês Louis Pasteur (MUSÉE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX, 2005).

O medo do contágio consistirá, assim, num dos grandes temas da instituição hospitalar, medo esse que justificará algumas medidas tomadas, assim como algumas interdições.

Em nome da assepsia, os pais das crianças doentes serão interpretados como potenciais agentes de transmissão de doenças e sua permanência ao lado do leito da criança, que no início do século XIX era permitida, sofrerá várias medidas de restrição (MUSÉE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX, 2005; CARDOSO, 2010).

Tal posicionamento acaba por ter repercussões até a segunda metade do século XX, momento em que os estudos sobre as consequências da hospitalização para a criança, impulsionados pela Psicologia e pela Psicanálise, juntamente com o desenvolvimento da Farmacologia – em especial o uso de antibióticos –, estimulam ações que visam uma mudança no modo como essas crianças são atendidas nas instituições hospitalares (MUSÉE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX, 2005; CARDOSO, 2010).

Entretanto, chama a atenção o papel que as atividades lúdicas e recreativas desempenham nos hospitais franceses na passagem dos séculos XIX para o XX. Nos anais da exposição “L'hôpital et l'enfant: l'hôpital autrement?”, realizado pelo Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux, em 2005, é relatado que nas instituições hospitalares no século XIX havia a realização de algumas atividades recreativas para as crianças hospitalizadas. Entre as atividades desenvolvidas estavam as festas religiosas (Natal e Páscoa, por exemplo) e as festas cívicas.

Mas a medicina e os cuidados desta época não preenchem os dias das crianças, e os dias dos pacientes crônicos são ainda mais numerosos e longos. Assim, tendo o objetivo de lutar contra a ociosidade e “de opor uma barreira aos vícios que ela engendra”, o hospital acolhe favoravelmente outros projetos como a instalação de uma sala de recreação ou de uma tenda ao ar livre, abastecida com brinquedos, ou ainda atividades propostas pelas senhoras visitantes – todos estes projetos financiados por doações privadas. Os médicos de hospital não ficam de fora, participando com suas esposas nas doações de brinquedos ou apelando à generosidade de seus clientes privados para aumentar a variedade e número¹⁰ (MUSÉE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX, 2005, p. 15).

Rosenberg-Reiner (2003) menciona algumas ações, já no século XX, relacionadas a atividades junto às crianças hospitalizadas, como o trabalho desenvolvido por Marie-Louise Imbert, em 1929, para a escolarização de crianças, e as *Dames de Jeu*, que, posteriormente, se transformará na associação *Animation, Loisirs à l'Hôpital*. Além desses trabalhos, a autora ainda menciona a decisão do Dr. Daniel Alagille, chefe do serviço de pediatria do hospital de Kremlin-Bicêtre, em deixar as crianças internadas nesse hospital usarem as suas próprias roupas. Tais

¹⁰ Mais la médecine et les soins de cette époque ne remplissent pas les journées des enfants, et celles des patients chroniques sont encore plus nombreuses et plus longues. Aussi, dans le but de lutter contre l'oisiveté et «d'opposer une barrière aux vices qu'elle engendre», l'hôpital accueille favorablement d'autres projets comme l'installation d'une salle de récréation ou d'une tente en plein air, garnies de jouets, ou encore les animations proposées par des dames visiteuses – tous ces projets étant financés par des dons privés. Les médecins de l'hôpital ne sont pas en reste, qui participent avec leurs épouses aux dons de jouets ou font appel à la générosité de leur clientèle privée pour en augmenter la variété et le nombre (tradução livre do francês).

medidas em si expressam uma preocupação com relação à criança hospitalizada, preocupação essa que vai além do tratamento de sua doença.

Apesar dos exemplos mencionados, Rosenberg-Reiner (2003) argumenta que essas ações “[...] ficam a cargo de alguns serviços de ponta, sob o impulso de pioneiros convictos” (ROSENBERG-REINER, 2003, p. 18), não sendo uma característica que possa ser estendida a todos os hospitais pediátricos franceses.

Se, na passagem do século XIX para o XX, o objetivo dessas ações era combater a ociosidade e demais efeitos da hospitalização, apenas nos anos 50 foi que as brincadeiras, festas e demais atividades lúdicas adquirem o status de ações terapêuticas (MUSÉE DE L’ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX, 2005; ROSENBERG-REINER, 2003).

Primeiro porque a população mudou: o hospital tornou-se um serviço público agora aberto a todas as crianças, independente da sua origem. Depois porque os primeiros estudos de psicólogos e psicanalistas no meio hospitalar demonstrou o papel das atividades estimulantes e de estímulo criativo como meio de lutar contra a depressão e a perda de identidade¹¹ (MUSÉE DE L’ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX, 2005, p. 15-16).

No decorrer das décadas de 1940 e 1950 na Europa, vários pesquisadores divulgam pesquisas descobertas referentes às consequências psicológicas que uma hospitalização poderia causar, principalmente nas crianças. Entre os trabalhos, citamos a obra *O Primeiro Ano de Vida* elaborada por René Spitz sobre o impacto da separação prolongada entre a criança e a mãe (LEITGEL-GILLE, 2003).

Outro pesquisador importante foi o psiquiatra inglês John Bowlby com suas discussões sobre a relação entre cuidados maternos e a saúde mental do bebê, sendo que em 1951 a Organização Mundial da Saúde publicou um trabalho do autor em que são abordadas tais questões (REDONDEIRO, 2003). Também sobre a separação mãe-criança, Rosenberg-Reiner (2003) menciona o filme publicado em 1953 pelo psicanalista James Robert. Intitulado *A Two-Years-Old goes to hospital* o trabalho também abordava as consequências que a separação da mãe poderia gerar na criança.

Podemos também citar o artigo publicado em 1951 e intitulado *As bases na saúde mental, escrito por Donald Winnicott*. Neste trabalho o pediatra e psicanalista

¹¹ D’abord parce que la population a changé : l’hôpital, devenu service public, accueille désormais tous les enfants sans distinction d’origine. Ensuite parce que les premières études des psychologues et psychanalystes en milieu hospitalier ont démontré le rôle des activités d’éveil et de stimulation créative comme l’un des moyens de lutter contre la dépression et la perte d’identité (tradução livre do francês).

argumentava que “as bases da saúde mental do adulto se encontram na sua infância e adolescência” (MEDRANO, 2003, p. 87).¹² Tais trabalhos demonstram outra visão sobre assistência à saúde da criança no hospital.

Rosenberg-Reiner (2003) e Leitgel-Gille (2003) argumentam que trabalhos estes e outros trabalhos contribuíram para transformar o cotidiano das crianças hospitalizadas, embasando práticas e políticas voltadas para as crianças hospitalizadas, principalmente nos países anglo-saxões e escandinavos.

Neste momento de debates sobre a hospitalização e seus efeitos para as crianças doentes, a OMG (Organização Mundial da Saúde) convocou em 1954, em Estocolmo, um seminário para discutir tal temática (COHEN-SALMON; GALLAND, 2005).

Na Grã-Bretanha, o ministério da Saúde, inspirando-se no relatório Platt¹³, datado de 1959, recomenda horários de visita sem restrições nos serviços de crianças, a possibilidade de a mãe dormir junto ao filho hospitalizado se ele tiver menos de 5 anos e a necessidade de integrar, à formação dos médicos e enfermeiras, cursos sobre as necessidades afetivas das crianças (ROSENBERG-REINER, 2003, p. 18).

Consta no Relatório Platt que em anos anteriores, 1949 e 1956, outros relatórios semelhantes haviam sido produzidos pedindo para que os hospitais do país autorizassem os pais a permanecerem junto aos filhos durante a hospitalização; entretanto não conseguiram obter respostas favoráveis (MINISTRY of HEALTH, 1959).

Para a elaboração do relatório foram utilizadas evidências escritas e orais, sendo que a comissão organizadora do relatório se reuniu 20 vezes para analisar a documentação levantada no decorrer da investigação (MINISTRY of HEALTH, 1959).

Mesmo que o Relatório Platt não tenha sido adotado imediatamente, como nos informa Davies (2010), tanto a autora como Ceribelli (2007) argumentam que o relatório Platt pode ser considerado como um marco para as discussões envolvendo os cuidados da criança hospitalizada; isto porque este documento, elaborado a pedido do Ministério da Saúde da Inglaterra, fomentou uma série de discussões sobre o atendimento das crianças. Entre as propostas contidas no documento estão

¹² Sobre a história do atendimento à criança no campo da Psicanálise, incluindo as discussões sobre a hospitalização, indicamos o trabalho de Medrano (2003 e 2004).

¹³ O nome é uma homenagem a Harry Platt presidente do comitê que produziu o *The Welfare of Children in Hospital*, mais conhecido como Relatório Platt (DAVIES, 2010).

horários flexíveis de visita, permanência da mãe junto ao filho e introdução de atividades recreativas e educacionais.

No tópico destinado à discussão do papel da recreação no ambiente hospitalar, é mencionada a importância de tais atividades para a ocupação do tempo livre das crianças, pois a ociosidade é compreendida como um dos fatores que colaboram para que as crianças fiquem tristes durante a hospitalização. Tendo em vista isso, são sugeridas brincadeiras dirigidas e livres, brinquedos variados, a elaboração de uma sala para que as crianças possam brincar e, para as crianças que não poderiam sair do leito, é orientado para que as mesmas recebam atenção especial.

Na Suécia, em 1956, Ivonny Lindsquist começou a desenvolver atividades com brinquedos no hospital onde trabalhava. A princípio, segundo Cunha (2007), a iniciativa não foi aceita devido ao temor que os brinquedos e brincadeiras atrapalhassem as atividades desenvolvidas por enfermeiras e médicos. Posteriormente, com o apoio do Dr. John Lind, a terapia pelo brincar foi implementada no hospital em que ambos trabalhavam.

Nas palavras de Lindquist (1992):

Quando, em 1956, comecei a trabalhar no hospital, não havia nos países nórdicos qualquer lugar com estes espaços e estas possibilidades de brincar que acabo de descrever. Dei-me logo conta de que, para trabalhar de forma terapêutica adequada, eu precisava de espaços específicos. Ali as crianças podiam escolher seus jogos e encontrar companheiros da mesma idade. Os pais eram bem-vindos para participar de todas as atividades. Se sentissem necessidade, podiam acomodar-se em cantos tranquilos, ler ou fazer algum trabalho; encontravam ali outros pais [...]. Durante quinze anos precisei mudar de local quinze vezes. Cada vez, durante a mudança, tive novas ideias quanto a disposição e a colocação dos espaços para o brincar (LINDQUIST, 1992, p. 127).

Ivonny Lindquist é autora do livro *A criança no hospital: terapia pelo brinquedo*, um dos principais trabalhos envolvendo o brincar no hospital. Essa obra foi publicada inicialmente em 1970.

Na edição francesa desse livro, publicada *online* pela Associação APACHE (Associação para a Melhoria das Condições de Hospitalização das Crianças), Elisabeth Michaut comenta, no seu “Avant-propos” (Prefácio) da obra, que “Graças a esse livro, e sua incansável palavra, ela pôde convencer as autoridades, e em

seguida o legislativo. E a lei veio confirmar a transformação de mentalidade” ¹⁴ (MICHAUT, 2013, p. 3).

No “Préface de l’auteur” (Prefácio da autora – 1984) para o livro, Lindquist nos diz que, para tornar possível uma lei sobre os cuidados da criança e a regulamentação dos direitos da criança hospitalizada, foram realizadas, pela Secretaria Nacional de Saúde e Bem-Estar Social, várias palestras e cursos em que foram discutidas as necessidades das crianças doentes e a importância do brincar.

Essas atividades tinham como alvo dois terços dos hospitais da Suécia, além de instituições de ensino. Segundo a autora, ao total, participaram desses eventos 48 categorias que trabalham no ambiente hospitalar. Cabe ressaltar que Ivonny Lindquist também participou desses cursos como palestrante, sendo que nesse período ela estava no cargo de diretora da Secretaria Nacional de Saúde e Bem-Estar Social.

Os resultados dessas experiências possibilitaram que em 1983, na Suécia, fosse aprovada uma lei obrigando os hospitais que atendem crianças a oferecerem “serviços de ludoterapia” ou de brinquedoteca – termo utilizado no Brasil.

As primeiras brinquedotecas brasileiras surgem a partir da década de 80, entretanto podemos dizer que as condições necessárias para o seu surgimento tem origem na década anterior.

No ano de 1973, em São Paulo, dois anos após uma exposição de brinquedos pedagógicos, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) implantou um sistema de rodízio de brinquedos nos moldes de uma brinquedoteca circulante. (CUNHA, 1992, p. 45).

Essa ação, conforme a autora, ajudou a incentivar a curiosidade em pesquisadores e estudantes sobre os efeitos do brincar. Um ano depois, houve a realização do Congresso Internacional de Pediatria, ocorrido no Anhembi, que contou com uma equipe de pediatras suecos que apresentaram um trabalho sobre a importância do brincar para a recuperação da criança hospitalizada e para a preservação de sua saúde mental (CUNHA, 1992).

O Dr. John Lind, que participou do referido congresso, já conhecia o trabalho realizado na APAE e seu entusiasmo contribuiu para que o Setor de Recursos Pedagógicos (dentro da APAE) fosse mais valorizado (CUNHA, 1992, p. 45).

¹⁴ Grâce à ce livre et à son infatigable parole, elle a pu convaincre les autorités, puis le législateur. Et la loi est venue confirmer la transformation des mentalités (tradução livre do francês).

Medrano, Padilha e Vaghetti (2008) relatam que através da tradução, em 1974, do artigo de Green, intitulado “Understanding children’s needs through therapeutic play”, o conceito de “brinquedo terapêutico” aparece na literatura do campo da enfermagem no Brasil. A utilização desse conceito, “brinquedo terapêutico”, irá influenciar e estimular as pesquisas na área da enfermagem sobre a operacionalidade do brinquedo, principalmente a partir da década de 1980. Os autores ressaltam, ainda, que

Não podemos deixar passar por alto que, durante as décadas de 1980 e de 1990, ainda a experiência de escrever, produzir conhecimento em relação ao brincar/jogar/brinquedo nos hospitais, ou não, era de relevância por tratar-se de uma atividade menor, ou as comunicações tinham o objetivo de justificar uma prática estranha ao território hospitalar. Resgatar as “bondades” do brinquedo, ou do brincar, segundo o caso, era o estrategicamente e taticamente viável para manter ou reproduzir estas práticas, frente às resistências que o discurso médico, que o discurso de poder vigente no território hospitalar, colocava frente a estas práticas “diferentes” (MEDRANO; PADILHA; VAGHETTI, 2008, p. 713).

Em 1981, surge a brinquedoteca instalada na Escola de Indianópolis, São Paulo, cuja prioridade não estava no empréstimo do brinquedo, mas no brincar, por isso sendo considerada a primeira brinquedoteca brasileira. “Foi administrada por voluntários, e a manutenção/aquisição do acervo era bancada por esses voluntários e pela ajuda de alguns fabricantes” (CUNHA, 1992, p. 46).

Segundo Kishimoto (2011), o governo do Estado de São Paulo implantou, em 1984, seis brinquedotecas em escolas públicas. Na ocasião, a empresa de brinquedos “Estrela” doou, para cada escola que receberia esses aparelhos, um Kit contendo 200 brinquedos. Tais brinquedotecas seriam as seis primeiras implantadas em escolas públicas. Entretanto, no jornal Última Hora, do dia 10 de agosto de 1983, há uma nota informando sobre a abertura de brinquedotecas em escolas públicas no Rio de Janeiro. De qualquer forma, mais importante que saber ‘quem são os visionários’ é entender que este foi um período em que as primeiras brinquedotecas surgem como uma possibilidade de assistir a criança.

Rio de Janeiro, quarta-feira, 10 de agosto de 1983

CIDADE POLÍCIA

ULTIMA HORA 7

Sem matadouro, desemprego

Desativação do abatedouro de Santa Cruz provoca prejuízos

Murillo analisa economia na Cândido Mendes

A desativação do matadouro de Santa Cruz, planejada pela Companhia Saneamento de Rio de Janeiro (CSRJ), está trazendo sérios prejuízos à economia da cidade, segundo o prefeito da Câmara Municipal, Murillo Mendes. O prefeito afirma que a desativação do matadouro de Santa Cruz, que funcionava há mais de 50 anos, está causando sérios prejuízos à economia da cidade, especialmente no setor de abate e distribuição de carne.

Cedae tem problemas com a água

O Conselho de Administração da Companhia Saneamento de Rio de Janeiro (CSRJ) está enfrentando sérios problemas com a água, especialmente no setor de distribuição. O Conselho afirma que a falta de investimentos em infraestrutura está causando sérios prejuízos à população.

LBA abre creche-casulo em São Gonçalo

A Prefeitura de São Gonçalo está abrindo uma creche-casulo para atender a demanda por creche na cidade. A creche será localizada no bairro de São Gonçalo e terá capacidade para 50 crianças.

Trens alteram amanhã paradas e horários

A Companhia Saneamento de Rio de Janeiro (CSRJ) está alterando as paradas e horários dos trens a partir de amanhã. As alterações são necessárias devido a obras em andamento na linha.

Incêndio pronto para 2ª dose de antipólio

O Hospital de Santa Cruz está pronto para administrar a segunda dose de antipólio para crianças. O hospital afirma que a primeira dose já foi administrada com sucesso.

Criança vai ter brinquedo emprestado

A Prefeitura de Rio de Janeiro está lançando um projeto para emprestar brinquedos para crianças. O projeto visa proporcionar mais opções de lazer para as crianças da cidade.

Servidor de Niterói começa a receber juízo

O servidor público de Niterói está começando a receber o juízo devido a uma ação judicial. O juízo representa uma quantia significativa para o servidor.

Light corta energia para fazer serviços

A Light está cortando a energia em algumas áreas da cidade para realizar serviços de manutenção. O corte de energia é temporário e necessário para garantir a segurança.

Light corta energia para fazer serviços

A Light está cortando a energia em algumas áreas da cidade para realizar serviços de manutenção. O corte de energia é temporário e necessário para garantir a segurança.

VÁ RECEBER O PIS DE AGOSTO

A partir dos dias 12 e 13 tem pagamento do ABOC para quem nasceu na primeira e na segunda quinzena de agosto, respectivamente.

PIS e PIS

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

ADMINISTRADORA DO PIS

O Bradesco continua cobrando juros de 5% ao mês nas operações de descontos de duplicatas e notas promissórias com prazos inferiores a 180 dias.

BRADESCO

O banco brasileiro.

Criança vai ter brinquedo emprestado

A Secretaria Municipal de Educação vai lançar até o final deste mês a "brinquedoteca", de onde cada aluno das escolas municipais poderá levar para casa um brinquedo, devolvendo-o depois para que outro estudante possa usufruir do mesmo direito, num funcionamento semelhante ao das bibliotecas.

Para lançar a "brinquedoteca" a Prefeitura conseguiu arrecadar até agora 200 brinquedos doados por comerciantes e pais de alunos.

Foto 1 – jornal *Última Hora*, dia 10 de agosto de 1983, com uma nota informando sobre a abertura de brinquedotecas em escolas públicas no Rio de Janeiro.

Fonte: Acervo da Biblioteca Nacional digital. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=386030&pesq=brinquedoteca&pasta=ano%20198>>. Acesso em: 26/04/2013.

Nesse cenário em que despontavam os movimentos sociais, além de discussões e ações em prol da criança e do adolescente, foi aprovada a Constituição Federal de 1988, chamada por muitos de "Constituição Cidadã".

A nova Constituição Federal, de acordo com os preceitos de documentos como a Declaração Universal dos Direitos das Crianças, reconhece em seu texto a criança como cidadã e sujeito de direito que necessita de proteção integral e políticas específicas e prioritárias de promoção e de defesa dos seus direitos.

Em seu Artigo 227, a Constituição elenca "[...] os *direitos fundamentais* da criança: o direito à dignidade, à educação, à saúde, ao lazer, à alimentação, à

profissionalização, à cultura, ao respeito, à vida, à liberdade e à convivência familiar e comunitária” (FRANCO; BATISTA, 2007, p. 1447).

Cabe ressaltarmos que o reconhecimento da criança enquanto cidadã e sujeito de direito, manifestadas na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), caracteriza-se como uma grande ruptura com o modelo anteriormente empregado, em que a criança só existia enquanto “menor” e objeto de intervenção e assistência.

Podemos dizer que “[...] os direitos das crianças estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) resumem-se em três eixos: proteção, provisão e participação, sendo o brincar um elo de ligação com cada um desses eixos” (CORSINO, 2008, p. 21). O direito ao brincar também pode ser encontrado na Declaração Universal dos Direitos da Criança (DUDC), assim como nos informam Franco e Batista (2007):

O direito de brincar encontra seu fundamento dentro do ordenamento jurídico internacional de forma clara. Na DUDC (1959), no seu princípio 4 ela inova o termo “proteção” que concede à criança o seu direito de brincar. Isso é um avanço significativo, pois na Declaração de Genebra (1924) não era reconhecido este direito, pois apenas elencava os direitos de proteção. A partir da DUDC (1959), o brincar é uma vertente essencial dos chamados direitos de liberdade. Em consonância com o princípio 7 da DUDC (1959), segundo parágrafo, contempla-se o parâmetro de interpretação de todos os direitos da criança que é o princípio do melhor interesse. Este princípio norteia todas as ações dos adultos e responsáveis pela sua educação e orientação. Da interpretação do seu terceiro parágrafo subentende-se o papel relevante atribuído aos *jogos* e as *atividades livres* da criança. O direito de brincar está expressamente destacado no art. 31 da CDC (1989) (FRANCO; BATISTA, 2007, p. 1449-1450).

O direito de brincar, na Constituição de 1988, se depreende da conjugação dos direitos ao lazer, à convivência familiar e à convivência comunitária, e ao direito ao não-trabalho (FRANCO, BATISTA, 2007, p. 1450). O ECA descreve, em seu Capítulo II, o brincar como um dos itens referentes ao direito à liberdade, ao respeito e a dignidade.

Reconhecer o direito ao brincar significa compreender que há necessidades que estão além da sobrevivência – como o direito à moradia, à alimentação e à saúde. Oliveira (2011) nos informa que o brincar auxilia a criança na construção do ‘eu’, no diálogo com o outro, ajuda a compreender paradoxos e a se localizar no espaço-tempo, a resolver os problemas que aparecem em seu cotidiano e a exercer a liberdade e a responsabilidade.

Fortes (2004), ao falar das políticas públicas de humanização dos serviços de saúde, expõe que no âmbito internacional as discussões sobre humanização começam a ganhar notoriedade por volta da década de 1970. Em nosso país, na interpretação de Rios (2009), a humanização, enquanto política pública de saúde, nasceu dentro do SUS (Sistema Único de Saúde), pois os princípios deste são de inspiração humanística.

Para Fortes (2004), os direitos garantidos constitucionalmente, assim como as normas e diretrizes específicas da área da saúde, se referem – de modo direto ou indireto – à humanização dos cuidados em saúde.

O exemplo citado pelo autor corresponde ao direito que crianças e adolescentes passaram a ter de serem acompanhados pelos pais ou responsáveis em tempo integral, sendo que os estabelecimentos de saúde devem proporcionar as condições necessárias para a permanência destes acompanhantes junto a essas crianças e adolescentes.

Destacamos, também, nesse contexto, a elaboração da Resolução nº 41, de 17 de outubro de 1995, em que se enfatiza a especificidade da criança hospitalizada. Elaborada pela Sociedade Brasileira de Pediatria, “[...] essa resolução consta de vinte itens, todos direcionados a proteger a criança e o adolescente hospitalizados, tanto de ser atendido no sistema de saúde como de ser tratado dignamente” (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008, p. 464).

Entre os itens de tal Resolução nº 41, destacamos o 9º, que expressa o “Direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do curriculum escolar, durante sua permanência hospitalar” (BRASIL, 1995, item 9).

No decorrer da década de 90, observaremos uma série de ações envolvendo o uso de atividades lúdicas e recreativas dentro dos hospitais pediátricos. Entre os grupos que alcançaram maior visibilidade no cenário brasileiro, destacamos aquele denominado “Doutores da Alegria”.

Outra experiência também significativa é apresentada por Munimos (2007). A autora nos conta que, a partir de uma sala que servia de refeitório, foi criada a brinquedoteca do Hospital Regional Sul, localizado na cidade de Santo Amaro, no estado de São Paulo. As atividades da brinquedoteca tiveram início em 1994, sendo que o material lúdico foi adquirido a partir de campanhas de doações.

Na palestra apresentada por Munimos no Seminário Nacional Brinquedoteca, a assistente social relata que:

Quando iniciamos nossa brinquedoteca, um fato marcou-me muito, contando uma história e brincando com um pacientezinho queimado, terminei a brincadeira e ele pediu para continuar, “*enquanto eu brinco não dói*”. Este tornou-se nosso objetivo. Tenho feito campanhas em escolas com o lema *Enquanto eu brinco, não dói*. O resultado é excelente (MUNIMOS, 2005, p. 70).

Prosseguindo seu relato, a autora irá informar que o setor de estatística do hospital no qual trabalha constatou que o tempo de internação das crianças diminuiu depois que a brinquedoteca passou a funcionar nesse estabelecimento.

Em 1999, a Deputada Federal Luíza Erundina propôs um projeto de lei sobre a implantação de brinquedotecas nos hospitais públicos. O referido projeto passou por três mudanças no seu texto.

Uma questão chama a atenção nesse processo: em nenhum momento houve pressão por parte de movimentos sociais no sentido de realização do debate do projeto sobre brinquedotecas submetido à Câmara dos Deputados. Em outras palavras, o projeto de implantação de brinquedotecas nos hospitais pediátricos não surgiu como uma demanda dos movimentos sociais. Podemos verificar tal questão tanto na própria justificativa do porquê do projeto, em 1999, quanto na fala dos palestrantes do Seminário Nacional Brinquedoteca, em 2005.

No projeto de lei, Erundina faz referências aos resultados positivos conquistados a partir da inserção de atividades lúdicas e recreativas nos hospitais com atendimento pediátrico¹⁵, e aponta algumas experiências brasileiras.

Ao justificar a importância de sua proposta, a deputada utiliza um estudo realizado por Aída Munimos, Inês Auxiliadora Torres Santoro, Márcia Inez Alvarez Arrazola e Maria Regina Monteiro. Nesse estudo, as autoras expressam a importância da brinquedoteca como uma referência emotiva para a criança, como um meio de ela ter autonomia no ambiente hospitalar, além de ser um local de socialização. Esse fato levará Luíza Erundina a argumentar que:

Sem sombras de dúvidas, a instalação de brinquedotecas nos hospitais da rede pública, é medida que vem minorar o sofrimento de um tratamento

¹⁵ Para conhecer essa experiência da Suécia mencionada pela deputada, e que é uma referência para todos aqueles que estudam brinquedoteca hospitalar, indicamos a leitura do capítulo “Brincar no Hospital”, inserido no livro *O direito de brincar: a brinquedoteca*, organizado por Adriana Friedmann. No capítulo mencionado, Ivonny Lindquist faz o relato da sua experiência na Suécia.

pediátrico, com resultados comprovados no auxílio no restabelecimento da saúde da criança.

Além disso, através das Brinquedotecas, os hospitais terão um espaço destinado a brincadeiras, em que os familiares das crianças também poderão participar de maneira efetiva para o sucesso do tratamento (BRASIL, 1999, p. 3).

A Deputada Federal, em seu discurso de abertura das atividades do Seminário Nacional Brinquedoteca, irá expressar-se da seguinte forma:

[...] quero dizer que a Lei nº 11.104, de 2005, *foi resultado de iniciativa nossa*, por inspiração da assistente social Aída Munimos, que inclusive será uma das nossas palestrantes. Como disse, foi a Dra. Aída, assistente social que trabalha num hospital público de São Paulo, quem me inspirou a apresentar o projeto. Portanto, é dela também o mérito deste evento em que celebramos a entrada em vigor da Lei nº 11.104, de 2005 (SEMINÁRIO, 2005, p. 18, grifos nossos).

Essa falta de participação dos grupos que vivenciam o cotidiano hospitalar, e que se interessam pelas questões relacionadas aos direitos das crianças dentro dos hospitais, pode ser um dos elementos que auxiliaram para que o resultado final fosse uma lei pouco específica e que abre brechas para um possível descumprimento (VILLELA; MARCOS, 2009).

Sabendo que a proposta da referida lei ocorreu em 1999 e que sua efetivação só aconteceu em 2005, cabe observarmos, aqui, que em cinco anos o cenário político brasileiro passou por mudanças significativas.

Após oito anos sob o governo de Fernando Henrique Cardoso, tivemos Luiz Inácio Lula da Silva assumindo aquele que seria o seu primeiro mandato (2003-2007), significando a ascensão da esquerda ao poder (GIAMBI, 2003). Uma das características de tal período do governo Lula “No que se refere às características desta gestão podemos dizer que delimitaram as possibilidades de consolidação de um sistema de proteção social baseado no conceito de Seguridade Social” (MENEZES, 2011, [s/p]).

Embora Menezes aponte que não houveram algumas rupturas desejadas com a eleição de Lula, e que isso acabou tendo seus reflexos na saúde, alguns avanços são perceptíveis. Podemos observar isso no âmbito das políticas de humanização do ambiente hospitalar.

Mesmo que anteriormente a humanização do atendimento em saúde estivesse presente nas proposições governamentais, é no governo Lula que essas discussões ganham maior destaque.

Observamos que em 2001, o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Programa esse que “[...] propõe um conjunto de ações integradas com o objetivo de alterar os padrões de assistência aos usuários no ambiente hospitalar público” (FORTES, 2004, p. 33).

A ênfase do programa estava voltada para transformações no âmbito cultural das instituições hospitalares, o que gerava uma maior preocupação em valorizar a capacitação dos trabalhadores do setor da saúde para que estes sejam capazes de prestar um “cuidado humanizado”.

Posteriormente, com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), ocorrida em 2003, o que observamos é uma intensificação e uma ampliação do que significa humanização em saúde, sendo que essas propostas passam a ser compreendidas para além do ambiente hospitalar.

Nesse cenário em que as discussões sobre a humanização ganham maior fôlego no âmbito das políticas públicas, o projeto sobre a implantação de brinquedotecas hospitalares “sai da gaveta” e volta a ser discutido e, em seguida, sancionado.

Apesar da sanção da lei ser, inegavelmente, uma conquista considerável, duas questões devem ser lembradas: em primeiro lugar, ao contrário do projeto inicial, não há descrito na lei a quem competem os custos com a aquisição e a manutenção do acervo lúdico – o que pode gerar alguns problemas, principalmente se o acervo contar essencialmente com a contribuição de voluntários.

Em segundo lugar, devemos ter em mente que a lei, antes de qualquer coisa, é a expressão de um desejo, uma reivindicação. Por isso, tão importante quanto saber o que a lei prescreve ou não, é compreendermos como os sujeitos e os grupos se apropriam dessas normatizações. Tendo em vista isso, voltamos, enfim, nossa análise, para a compreensão do cotidiano da brinquedoteca hospitalar.

CAPÍTULO 2

O CONCEITO DE COTIDIANO E SUA COLABORAÇÃO PARA A COMPREENSÃO DA BRINQUEDOTECA HOSPITALAR

Apesar das singularidades, todas as pessoas, como bem nos lembram Adam e Herzlich (2001), sabem o que é estar doente, pois em algum momento de suas vidas elas mesmas adoeceram – tendo uma gripe, por exemplo – ou conviveram com alguma pessoa que passou por tal situação.

Se, por um lado, a doença – entendida como “[...] um estado que afeta o organismo” (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 9) – é uma experiência que todos vivenciarão em algum momento de sua vida, “[...] o saber e a prática médica definem os termos do encontro da pessoa com a doença. Consultas, exames e tratamentos compõem nossa experiência e seu conteúdo concreto” (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 12). Tais elementos serão, então, essenciais, pois é a partir deles que a pessoa doente (e aqueles que lhe são próximos) tomarão as medidas consideradas necessárias para aquele momento.

Em alguns casos, a hospitalização se torna necessária, gerando, assim, uma série de transformações e rupturas na vida da pessoa doente e de seus familiares. A hospitalização pode, portanto, ser compreendida como a ruptura com o cotidiano – conhecido, dominado – para a imersão no cotidiano dos procedimentos hospitalares. No caso da criança hospitalizada, algumas questões devem ser consideradas, pois

O adoecimento e a hospitalização de uma criança representam rupturas no cotidiano dela própria e de sua família. Em geral, a criança deixa de ir à escola, se afasta de seus familiares e amigos, não realiza muitas de suas atividades cotidianas; os familiares, por sua vez, têm sua rotina alterada, precisam se afastar do lar, além de gerenciar os cuidados com a criança doente e as demandas da família, entre outros aspectos (OTHERO; DE CARLO, 2006, p. 1).

A hospitalização pode provocar na criança “[...] fantasias negativas, ansiedade, angústia, com dificuldades de adaptação, agressividade ou depressão, até parada em seu crescimento (nanismo psicossocial) e, muitas vezes, sequelas pelo resto da vida” (VIEGAS, [s/d], [s/p]). Tal compreensão é recorrente nos trabalhos cujo objeto é discutir a hospitalização infantil e a inserção de brinquedotecas no ambiente hospitalar, fato que nos leva a refletir sobre o conceito de cotidiano, em especial a respeito do cotidiano da brinquedoteca no hospital.

Aqueles que buscam uma definição concisa e fechada acerca da noção de cotidiano podem se sentir um tanto decepcionados, pois, como afirma Pais (1985), o

conceito de cotidiano pode ter infinitas definições, assim como são infinitas as correntes teóricas que possuem o cotidiano como objeto de análise. Nesse sentido, mais importante que saber o que é o cotidiano, é ter em mente o que se pretende investigar quando se elege o cotidiano como elemento central numa pesquisa.

Apesar das diferenças existentes entre aqueles que trabalham com a categoria cotidiano – seja no que diz respeito às perspectivas teóricas ou em relação aos métodos – há, em comum, a compreensão segundo a qual o cotidiano pode ser entendido como um meio de estudar a sociedade.

Dessa forma, o cotidiano pode ser pensado como um lugar revelador dos processos de funcionamento e transformação das sociedades, assim como também é um espaço para a observação das suas tensões e conflitos. (PAIS, 1986).

Ao se estudar o cotidiano, tem-se, então, a compreensão de que “[...] uma visão exclusivamente macroscópica do social não pode dar conta de todos os pequenos jogos sociais que constituem a trama social” (PAIS, 1986, p. 11), embora também não possamos desconsiderar o papel das estruturas nesse processo. Neste sentido, os estudos sobre o cotidiano utilizam o olhar microscópico com o qual é possível observar homens, mulheres e crianças em suas práticas regulares e as relações sociais que estes indivíduos estabelecem cotidianamente, seja em algumas instituições (família, escola, igreja, hospital, para citar alguns) ou entre alguns grupos.

Berger e Luckmann (1985) apresentam o cotidiano como o espaço em que não apenas construímos a realidade, e a nós mesmos como sujeitos sociais, mas também onde construímos o conhecimento tanto sobre aquilo que julgamos ser a realidade como sobre nós.

Nesse sentido, a realidade cotidiana é construída a partir do pensamento e da ação dos homens ou, em outras palavras, os homens interpretam e constroem o seu cotidiano, atribuem significado àquilo que vivenciam, ao mesmo tempo em que agem a partir dessas significações.

Se o cotidiano é o espaço no qual construímos a realidade, não podemos deixar de ignorar o peso do passado nesse processo de construção do ‘eu’ (individual e/ ou coletivo) como também da realidade individual e coletiva. O ‘ser’ do presente é um composto feito a partir das heranças recebidas do passado. Esse passado ao mesmo tempo em que é reiterado é também alterado no cotidiano.

Certeau (1994), por sua vez, compreende que os estudos sobre o cotidiano nos ajudam a observar as micro resistências e a antidisciplina dos sujeitos.

Uma ideia cara ao historiador Michel de Certeau, e defendida com maior afinco em seu livro *A invenção do cotidiano*, é a noção segundo a qual o homem comum – o homem ordinário – não pode ser compreendido como um sujeito passivo, inerte, sujeitado à disciplina e ao poder disciplinar, enfim conformado com a própria “sorte”.

Para Certeau (1994), embora haja – e não possamos recusar – o poder, a disciplina, o desejo de uniformizar os indivíduos em prol de um saber ou de um suposto bem comum, há também a antidisciplina e as micro resistências. Nesse sentido, a disciplina é “[...] ao mesmo tempo exercida e burlada” (CERTEAU, 1994, p. 20).

Tal noção será sintetizada na célebre frase, segundo a qual, “[...] o cotidiano se inventa com mil maneiras de *caça não autorizada*” (CERTEAU, 1994, p. 38). Certeau compreende que as normas e as leis não indicam o que estas significam para os seus usuários, o que elas fazem é manifestar o desejo pela disciplina, pela ordem e pelo poder.

Para além das diferenças existentes entre os autores que trabalham com a temática, há alguns pontos de convergência, sendo eles a importância das noções de rotina, tempo e espaço para a constituição do cotidiano.

No nosso dia a dia, quando fazemos referência ao termo cotidiano, normalmente há uma associação da palavra com outras que julgamos serem suas correlatas, como, por exemplo, “rotina”, fazendo referência a algo que sempre acontece, que nunca muda. No próprio dicionário *Houaiss*, a palavra cotidiano é apresentada como sendo aquilo que “[...] acontece diariamente, que é comum a todos os dias, diário, banal” (HOUAISS, 2001, [s/p]). Nas palavras de Herculano (2010, p. 1).

O senso comum imputa à vida cotidiana a característica de banalidade, referindo-se ao trivial e prosaico, ao rotineiro e monótono, à repetição resignada. A vida cotidiana seria o espaço/tempo da inércia e da permanência, da rotina. Escapar ao entorpecimento do cotidiano e registrar seu nome na história, além do seu tempo e do seu espaço, parece ser a grande motivação de artistas, cientistas, políticos e heróis, todos protagonistas do não-cotidiano.

Entretanto, para avançarmos na discussão, precisamos ampliar essas questões. Pais (1986) compreende que “[...] a produção e a reprodução de rotinas

conduzem ao estabelecimento de uma cotidianeidade e está sujeita a um processo de socialização” (PAIS, 1986, p. 14).

As ações do cotidiano são automáticas, exigem procedimentos rápidos, não podem demandar “[...] *todas* energias em *cada* decisão” (HELLER, 1992, p. 25 apud LANA; FRANÇA, 2008, p. 2, grifos da autora).

Berger e Luckmann (1985), ao discorrerem sobre o papel do hábito no cotidiano, argumentam que este tem por princípio trazer alívio para as pessoas para que o esforço, que seria utilizado para as atividades desenvolvidas cotidianamente, possa ser empregado em outras situações. “Caso houvesse a reflexão sobre cada uma das ações mais comuns no cotidiano, não seria possível a execução das tarefas do dia-a-dia” (LANA; FRANÇA, 2008, p. 2).

Será nesse sentido que Berger e Luckmann (1985) discorrerão sobre aquilo que denominaram de ‘conhecimento da vida cotidiana’. Tal conhecimento está embasado sobre dois alicerces: a conveniência e o lugar social do indivíduo.

Para os autores, o conhecimento da vida cotidiana está fundamentado nas necessidades do dia-a-dia. Trata-se de “[...] um conhecimento receitado, uma vez que não se refere a nada mais senão àquilo que tenho de saber para meus propósitos pragmáticos presentes e possíveis no futuro” (BERGER; LUCKMANN, 1985, p. 63).

Na medida em que os conhecimentos do sujeito são suficientes para que este exerça todas as atividades de seu cotidiano, há uma suspensão da dúvida, pois tem-se a impressão de que tudo está aparente, sem a necessidade de verificação. Quando alguns problemas surgem, a tendência, segundo os autores, é incorporar o problema aos setores não-problemáticos da vida cotidiana.

Entretanto, quando o conhecimento do sujeito (ou de uma instituição, por exemplo) já não é capaz de solucionar satisfatoriamente os problemas surgidos no próprio cotidiano, há, então, espaços para os questionamentos e para as mudanças e rupturas.

Em relação ao nosso objeto de estudo, tais apontamentos nos auxiliam a compreender porque a hospitalização é apontada como um momento traumático para os indivíduos que vivenciam tal situação. Ao dar entrada num hospital, o sujeito passa por um processo em que a pessoa transforma-se em paciente, sendo, nesse momento, submetida às regras da instituição e as decisões feitas pelos especialistas (CARAPINHEIRO, 2005).

Nota-se as formalidades da chegada ao hospital e ao setor de internamento, o despojo das roupas e valores pessoais, a atribuição de uma cama e a obrigatoriedade de a ocupar imediatamente, a circulação das papeletas e das pastas onde passa a ser registrada uma outra biografia, a biografia de um homem doente (CARAPINHEIRO, 2005, p. 56).

Todo esse processo, ou, como diz a autora, “despojo do eu”, contribui, então, para reforçar a ruptura entre o cotidiano antes da internação e o dia-a-dia dentro da instituição, sendo que os conhecimentos adquiridos anteriormente podem não ser suficientes para responder as novas necessidades.

O doente deverá, então, aprender novas palavras, adquirir novas rotinas. Aprenderá expressões que descrevem sua doença, os cuidados necessários para que ‘seu soro não escape e, assim, se perca o acesso’, e seu dia-a-dia seguirá o tempo demarcado pela instituição e pela doença: tempo de almoçar, ter visitas, receber a medicação, ver o médico... e, quando possível, ir à brinquedoteca.

Por isso, tão importante quanto aquilo que regula o cotidiano, são os fatores que causam as suas perturbações (PAIS, 1986). Ao discutir o conceito de cotidiano e vida cotidiana no campo sociológico, o autor, mesmo atribuindo uma importância significativa à rotina, compreende que aquilo que chamamos de cotidiano é muito mais que a simples repetição de ações, pois o cotidiano é “[...] o cruzamento de múltiplas dialéticas entre o ‘rotineiro’ e o ‘acontecimento’” (PAIS, 1986, p. 10).

Neste sentido, o cotidiano não é apenas o espaço de realização de atividades repetitivas: é também um lugar de inovação. A vida cotidiana não é apenas feita de rebotalho. A própria recusa do cotidiano (a festa, as viagens, as férias...) é a sua reorganização e transformação. O cotidiano banal, trivial, repetitivo, faz parte de um outro cotidiano. Compete à sociologia da vida cotidiana revelar a riqueza oculta dessoutro cotidiano sob a aparente pobreza e trivialidade da rotina, ou como muito bem referiu Lefebvre, “alcançar o *extraordinário* do *ordinário*” (PAIS, 1986, p. 14).

A hospitalização pode, portanto, ser compreendida como um acontecimento que altera tanto a rotina da criança hospitalizada como a da sua família e das pessoas em sua volta. Ao mesmo tempo, significa a inserção num outro cotidiano (o hospitalar) com suas regras e rotinas, mas que também possui lugar para a inovação. Qual a função da brinquedoteca nesse ambiente? Estaria ela relacionada à rotina, à inovação ou aos dois elementos ao mesmo tempo? Como podemos observar isso?

2.1 Espaço e tempo: suas contribuições para a compreensão do cotidiano hospitalar

A noção de espaço juntamente com a de tempo caracterizam-se como as duas dimensões que nos fazem conscientes de nossa existência. “Temporalidade e espacialidade perpassam toda e cada uma das experiências humanas” (MESQUITA, 1998, p. 68). “Os termos espaciais ‘ponto de partida’ e ‘meta’ referem-se também ao tempo. ‘Agora’ é o ponto de partida, a ‘meta’, ao mesmo tempo, uma localização no espaço e uma posição no tempo” (TUAN, 2011, p. 13).

O espaço é produto e produtor das relações sociais, ao que se pode inferir que as práticas sociais de uso, apropriação e percepção enunciam representações do mesmo (Pellegrino, 1981, 1986). Ao se ligar as representações às práticas sócio-espaciais é possível estabelecer-se uma relação dialética entre organização espacial e organização social e, neste sentido, uma aproximação com os critérios que são selecionados na construção de um lugar (MENEZES, 2000, p. 158).

A categoria tempo é inseparável da categoria espaço, na medida em que um influencia diretamente na percepção do outro e ambos terão influência direta nas experiências de um determinado indivíduo, de um grupo ou da sociedade.

O conceito de tempo é entendido pelo indivíduo a partir das noções de duração e experiência, assim como é apontado por Whitrow (1993). Se o interesse do indivíduo e sua concentração influenciarem na sua concepção de duração e tempo por isso que, para uma pessoa cansada devido um longo dia de trabalho, cinco minutos de sono é pouco; entretanto esse mesmo tempo pode ser muito para outra pessoa que está atrasada e não consegue se locomover porque está presa no trânsito.

Tuan (2011, p. 13) argumenta que tempo e espaço são indissociáveis e “estruturados em torno da intencionalidade e da atividade”.

A noção de tempo nos auxilia a compreender que o espaço não é algo estanque, mas que está em constante transformação, “[...] quer do ponto de vista dos processos socioculturais, quer da reflexão que sobre ele se faz” (MENEZES, 2000, p. 163). Isso destaca a influência humana na concepção espacial, demonstrando que “[...] o espaço é definido como uma construção social que expressa as relações dos humanos entre si e a natureza num determinado tempo histórico” (HORA NETO; QUEIROZ, 2010, [s/p]).

“Por princípio, o espaço é a-funcional, mas o uso e a apropriação do mesmo definem funcionalidades simbolicamente demarcadas. A apropriação espacial é territorialmente marcada no tempo” (MENEZES, 2000, p. 161).

Para Santos (apud HORA NETO; QUEIROZ, 2010), a construção do espaço acontece por meio da sociedade que o vive, o que explica o fato de sua construção não ocorrer da mesma forma em todos os lugares, sendo que a compreensão do espaço acontece através de ações, emoções e razões.

Na Geografia Humanística, o conceito de “lugar” caracteriza-se como um dos seus principais termos. Leite (1998) nos informa que, para os geógrafos adeptos dessa corrente de pensamento, a noção de lugar não se refere a um sentido geográfico de localidade, mas a “[...] tipos de experiência e envolvimento com o mundo, a necessidade de raízes e segurança” (REL F apud LEITE, 1998, p. 10).

A preocupação está, a partir da influência da fenomenologia, em “[...] definir o lugar enquanto uma experiência que se refere essencialmente ao espaço como é vivenciado pelos seres humanos” (HOLZER, 1999, p. 70).

Trata-se na realidade de referenciais afetivos os quais desenvolvemos ao longo de nossas vidas a partir da convivência com o lugar e com o outro. Eles são carregados de sensações emotivas principalmente porque nos sentimos seguros e protegidos (Mello, 1990); ele tanto nos transmite boas lembranças quanto a sensação de lar (Tuan, 1975; Buttimer, 1985a). Nas palavras de Buttimer (1985b, p. 228), “lugar é o somatório das dimensões simbólicas, emocionais, culturais, políticas e biológicas”. No entanto, essa relação de afetividade que os indivíduos desenvolvem com o lugar só ocorre em virtude de estes só se voltarem para ele munidos de interesses predeterminados, ou melhor, dotados de uma intencionalidade (LEITE, 1998, p. 10).

Em linhas gerais Tuan (2011, p. 8) define o lugar como “qualquer localidade que tem significado para uma pessoa ou grupo de pessoas”. Ao diferenciar lugar e espaço, Tuan (1983) argumenta que a experiência é um dos elementos de distinção entre os dois conceitos, ressaltando que um conceito não pode ser compreendido sem o outro. Em suas palavras “o que começa como um espaço indiferenciado transforma-se em lugar à medida que o conhecemos melhor e o dotamos de valor” (TUAN, 1983, p. 6). Uma sala com brinquedos pode ser apenas um espaço, mas também pode se tornar um lugar; tudo dependerá da experiência do indivíduo com tal ambiente.

Lembramos que na percepção do geógrafo, esta experiência pode ser tanto direta como conceitual, pois existem várias maneiras de experienciar um lugar. Para

utilizarmos um exemplo próximo ao objeto dessa dissertação, uma criança hospitalizada pode ter utilizado todas as mesas disponíveis da brinquedoteca, se apropriado dos espaços de leitura e saber onde ficam guardados todos os brinquedos (e, principalmente, ter brincado com eles). O coordenador ao elaborar um projeto de funcionamento da brinquedoteca e coloca-lo, na medida do possível em prática pode, conforme o tempo, desenvolver uma experiência direta com o lugar, embora distinta da experiência da criança. O pesquisador por sua vez conhece essa brinquedoteca de modo conceitual. Desta forma, “uma pessoa pode conhecer um lugar tanto de modo íntimo como conceitual” (TUAN, 1983, p. 7) embora uma maneira de experienciar o lugar não exclua necessariamente a outra, pois “a experiência é construída de sentimento e pensamento” (TUAN, 1983, p. 11).

Ao abordar a maneira como adultos e crianças constroem sua noção de lugar, o geógrafo irá argumentar que:

O lugar pode adquirir profundo significado para o adulto através do contínuo acréscimo de sentimento ao longo dos anos. Cada peça de móveis herdados, ou mesmo uma mancha na parede, conta uma história. A criança não apenas tem um passado curto, mas seus olhos, mais que o dos adultos, estão no presente e no futuro imediato. Sua vitalidade para fazer coisas e explorar o espaço não condiz com a pausa reflexiva e com a olhada para trás que fazem com que os lugares pareçam saturados de significância (TUAN, 1983, p. 37).

Certeau (1994), ao desenvolver sua concepção de estratégia e tática – definindo essa última como a ferramenta do “oprimido” –, destinará atenção especial para os conceitos de “espaço” e “lugar”. A partir da leitura de Certeau, podemos afirmar que sem a compreensão desses conceitos é praticamente impossível estudarmos o cotidiano e as “maneiras de fazer” dos sujeitos, pois as ações destes estão relacionadas com os espaços que ocupam.

Em suas palavras, “[...] sem sair do lugar onde tem que viver e que lhe impõem uma lei, ele aí instaura pluralidade e criatividade. Por uma arte de intermediação ele tira daí efeitos imprevistos” (CERTEAU, 1994, p. 93).

Berger e Luckmann (1985) ao falarem da importância das noções de lugar e tempo para a constituição do cotidiano argumentam que “[...] a realidade da vida cotidiana está organizada em torno do ‘aqui’ de meu corpo e do ‘agora’ do meu presente” (BERGER; LUCKMANN, 1985, p. 39). Esses “aqui” e “agora”, dos quais falam os autores, orientam os interesses e as ações dos sujeitos para aquilo que os afeta diretamente, ou que o indivíduo acredita afetá-los. Entretanto,

A realidade da vida diária, porém, não se esgota nessas presenças imediatas, mas abraça fenômenos que não estão presentes “aqui e agora”. Isto quer dizer que experimento a vida cotidiana em diferentes graus de aproximação e distância, espacial e temporalmente (BERGER; LUCKMANN, 1985, p. 39).

Em relação à noção de tempo, cabe lembrarmos – assim como faz Pais (1986) – que “O presente é um produto histórico” (PAIS, 1986, p. 18), sendo importante que o pesquisador leve em conta tal preceito ao voltar seus olhos para algum aspecto da vida cotidiana. Além disso, o autor afirma que a própria rotina pode ser compreendida como uma maneira de apropriação do tempo e do espaço.

Todas as práticas realizadas no cotidiano estão marcadas pela divisão do tempo: seja o tempo do calendário – dias, semanas, meses –, seja o tempo do relógio, pois ‘há tempo para tudo’, ainda mais nas sociedades disciplinares.

Homens, mulheres e crianças contam com uma organização ordinária, individual e coletiva que distribui entre o intervalo de uma noite e outra o ciclo completo de uma rotina, seja ela de ordem natural ou social, onde os afazeres domésticos, cuidados pessoais, estudos, lazer e trabalho profissional, têm hora e lugares certos de serem executados (SILVA, 2009, p. 47).

Dessa maneira, ao iniciar o dia, já temos em mente um cronograma elaborado com todas as tarefas que devemos cumprir, calculando mentalmente ‘quanto tempo’ cada atividade consumirá das nossas ‘24 horas’. Essa fragmentação possui aspectos positivos, pois auxilia o sujeito a se localizar no espaço-tempo – presente/ aqui, passado/ ali, futuro/ lá – e, assim, construir sua identidade (o ‘eu’ passado é diferente do ‘eu’ presente). Entretanto, essa mesma divisão carrega aspectos negativos na medida em que pode proporcionar uma visão limitada da própria existência.

No momento da hospitalização essa organização do tempo realizada pelo indivíduo, a partir de suas obrigações cotidianas (escola, trabalho, organização da casa, entre outros), é deixada de lado para que o mesmo vivencie um outro tempo: o tempo da instituição que é elaborado tendo em vista os procedimentos médicos.

2.2 Cotidiano, poder e instituição hospitalar

Tempo e espaço caracterizam-se como duas noções essenciais para a compreensão do conceito de cotidiano, entretanto, Foucault (1987; 1990)

acrescentaria a essa discussão mais um elemento que compõem o cotidiano – e que será presente na obra de Certeau (1994): a noção de poder.

O poder, tal como é apresentado por Foucault, não existe; pois este não é um objeto que se possa possuir. Também não pode ser visto como “uma coisa” que num determinado momento alguém (ou um grupo) possui e no outro, devido às circunstâncias, pode perdê-lo. Para o filósofo/ historiador o poder caracteriza-se como uma prática, uma relação de forças, portanto o seu exercício e as maneiras de fazê-lo devem ser vistos em seu contexto histórico.

Então, para que possamos compreender o poder por este viés, uma das primeiras coisas a se levar em consideração é a necessidade de deixar de lado a associação entre poder e Estado. Os aparelhos ideológicos e repressivos não são, juntamente com o Estado, o poder em si, representam apenas uma de suas formas de manifestação. Neste sentido, irá dizer:

Uma das primeiras coisas a compreender é que o poder não está localizado no aparelho de Estado e que nada será modificado na sociedade se os mecanismos de poder que funcionam para fora dos aparelhos de Estado, abaixo deles, ao lado deles, a um nível muito mais ínfimo, cotidiano, não forem modificados (FOUCAULT, 1975, p. 406-409 *apud* LASCOUTES, 2004, p. 3).¹⁶

As críticas de Foucault às teorias até então predominantes em relação ao Estado, e conseqüentemente ao poder, surgem num período de descontentamento com as teorias globalizantes vigentes naquele momento¹⁷, em especial o marxismo, sendo que tal crítica influenciaria, e sofreria influência, dos debates ocorridos na França no decorrer da década de 1960 (LASCOUTES, 2004).

Uma das características do poder, assim como é apresentado por Foucault (1987), é a imaterialidade; ele está em todos os lugares ao mesmo tempo em que não está em lugar nenhum; é exercido nas pequenas coisas, no micro, no cotidiano, e não no macro onde poderíamos situar o Estado e suas instituições e aparelhos. Entretanto, isso não significa dizer que o Estado não seja também permeado por relações de poder, ao contrário, significa apenas dizer que o poder não surge dele ou, em outras palavras, não emana de cima para baixo.

¹⁶ “L’une des premières choses à comprendre, c’est que le pouvoir n’est pas localisé dans l’appareil d’État et que rien ne sera changé dans la société si les mécanismes de pouvoir qui fonctionnent en-dehors des appareils d’État, au-dessous d’eux, à côté d’eux, à un niveau beaucoup plus infime, quotidien, ne sont pas modifiés” (tradução livre do francês).

¹⁷ É importante lembrarmos que os acontecimentos ocorridos nos anos 1960, em especial o denominado Maio de 68, tiveram impactos significativos na obra de vários intelectuais contemporâneos de tais movimentos, entre eles Michel Foucault.

Como contrapartida de uma compreensão do poder centralizado no Estado, Foucault (1987) apresenta a existência de micropoderes e do poder disciplinar que perpassam toda a vida social funcionando como uma rede de dispositivos ou mecanismos que atravessam toda a sociedade e do qual nada, nem ninguém, pode escapar: dominantes e dominados estão imersos em relações de forças que são também relações de poder.

Nesse sentido, o autor ao voltar seu olhar para o século XVIII para tentar compreender o processo de construção das prisões (tal como conhecemos atualmente) irá afirmar que o poder, e mais precisamente a dominação do corpo, não são invenções do século XVIII visto que em períodos anteriores podemos observar mecanismos de controle e dominação. A grande transformação ocorrida neste período diz respeito à escala, aos impactos e a modalidade das novas formas de exercício do poder.

Foucault (1987) observa que o poder deixa de ser gradativamente associado com o soberano para ser exercido de uma nova maneira chamado por ele de 'poder disciplinar'. O suplício que até então era praticado cede espaço para outra maneira de exercício de poder que alguns denominam de 'humanizado', mas que para Foucault (1987) nada mais é que uma sofisticação das tecnologias de dominação.

Sobre as transformações ocorridas na forma do exercício do poder, Foucault ressalta que se anteriormente o alvo do poder era a massa (de soldados, trabalhadores ou doentes, por exemplo) a partir do século XVIII o enfoque estará nos componentes dessa coletividade. Esta mudança de escala, ou o exercício do poder que individualiza, contribuiu para o aparecimento do sujeito, tal qual conhecemos. Por isso, para Foucault o poder não pode ser visto apenas pelas suas características negativas (o poder reprime, obriga). No artigo *A vida dos homens infames* Foucault irá comparar o poder a um feixe de luz, sendo que o sujeito apenas surge a partir deste contato com esta luz que espreita e ilumina (FOUCAULT, 2003).

O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir (FOUCAULT, 1990, p. 8)

Nesse sentido, para Foucault, dizer que o poder é em sua essência negativo (algo sempre associado com a repressão e a violência) é negar seu caráter criador.

Ao explorar o conceito de poder em Foucault, em especial a dissociação que o autor faz entre violência e poder, Deleuze (2005) comenta que a violência tem por princípio alterar ou destruir aquilo que por ela é afetado, situação essa que Foucault ao formular sua análise do poder rejeita. Foucault (1987, 1990) compreende a violência como uma consequência das relações de poder, não podendo ser confundida com o poder em si.

Deleuze (2005) comenta que o poder em Foucault sendo uma força, é definido a partir de sua capacidade de afetar outras forças; nesse sentido precisamos falar do poder sempre no plural, pois no mínimo é uma força agindo sobre outra força. Além disso, outra questão mencionada por Deleuze (2005, p. 79) diz respeito ao caráter relacional do poder e as resistências suscitadas a partir dessa relação: “cada força tem o poder de afetar (outras) e ser afetada (por outras, novamente)”. Tal questão é essencial visto que uma força jamais se reduz completamente a outra.

Entretanto, cabe lembrar que dizer que uma força não se reduz a outra, não significa afirmar que há entre elas simetria, que as forças em jogo possuem a mesma capacidade de afetar uma a outra. A capacidade de estratégica para resistir as relações de poder na qual os sujeitos estão imersos depende da “situação social global de cada actor no quadro temporal, espacial e social, no qual se inscrevem as suas estratégias” (CARAPINHEIRO, 2005, p. 83).

Além da mudança de escala, da massa para o indivíduo, o controle também muda de foco, não estando centralizado mais na atividade final, mas sim, no processo em que consiste tal resultado. A disciplina, modalidade de aplicação do poder, passa a ser essencial nesse processo.

Para Foucault o exercício da disciplina perpassa o controle do corpo em seus mínimos detalhes, sendo que a “descoberta do corpo enquanto objeto e alvo do poder” (p. 117) aconteceu durante a época clássica. Desta forma, o corpo e suas habilidades, não são natas – adquiridas pela graça divina ou pela natureza – mas sim, algo a ser modelado, trabalhado constantemente. A caligrafia do aluno, a postura do soldado, as habilidades do trabalhador de uma fábrica: o corpo e seus atributos são uma construção do poder disciplinar.

Em linhas gerais, podemos apresentar a disciplina como uma “anatomia política do detalhe” (FOUCAULT, 1987, p. 120) ou, em outras palavras, uma técnica de exercício do poder disciplinar surgida por volta do século XVIII e XIX. Foucault (1987) apresenta a disciplina como um “processo técnico unitário pelo qual a força do corpo é com o mínimo ônus reduzida como força ‘política’, e maximalizada como força útil” (FOUCAULT, 1987, p. 182). Nesse sentido, visando sempre a ‘utilidade’, a disciplina tem por princípio amenizar, e quando possível anular, as características negativas do poder (o caráter repressivo e violento, por exemplo) de maneira a extrair dos corpos o seu máximo ao mesmo tempo em que deve neutralizar os efeitos dos contrapoderes.

Uma das características do exercício do poder, tal como começa a ser praticado no decorrer do século XVIII, é o esquadrinhamento do tempo, do espaço e do movimento realizados a partir do exercício da disciplina.

Ao quadricular o tempo, torna-lo linear, progressivo, a disciplina “ajusta o corpo aos imperativos temporais” (FOUCAULT, 1987, p. 129). O tempo passa a ser visto como uma ferramenta que deve ser empregada da melhor forma possível visando uma utilidade, por isso Foucault irá dizer que a “exatidão e a aplicação são, com a regularidade” as principais virtudes em relação ao tempo disciplinar. Esmiuçar o tempo de forma progressiva (em segundos, minutos, horas, por exemplo) expressa uma das maneiras em capitalizar o tempo, torna-lo disciplinar, de modo que possa ser utilizado.

Distribuir os indivíduos no espaço, objetivando que “nada fique ocioso ou inútil” (FOUCAULT, 1987, p. 130) também é um dos objetivos do poder disciplinar. A composição do espaço disciplinar leva em consideração algumas técnicas como, por exemplo, a cerca e a clausura. O principal objetivo do espaço disciplinar é elaborar ao mesmo tempo um espaço analítico e funcional. Nas palavras de Foucault (1987, p. 123) “lugares determinados se definem para satisfazer não só à necessidade de vigiar, de romper ligações perigosas, mas também de criar um espaço útil”.

Podemos então, a partir das questões até aqui expostas, realizar a distinção entre espaço e lugar, para a compreensão do cotidiano, de duas formas distintas: o espaço, compreendido de maneira geral como uma construção relacional entre o meio e o homem e que é permeado por relações de poder e o lugar que possui uma dimensão afetiva e é construído a partir da experiência.

A partir do século XVIII emergem uma série de instituições disciplinares, para usarmos o termo elaborado por Foucault, sendo o hospital uma das instituições formadas no decorrer desse processo. Por isso, Foucault (1987, p. 177) irá dizer que “a ‘disciplina’ não pode se identificar com uma instituição nem com um aparelho; ela é um tipo de poder, uma modalidade para exercê-lo”. Independentemente se a finalidade da instituição é educar, produzir ou curar, por exemplo, a disciplina é utilizada largamente por todas elas.

Dividir para controlar e conhecer é a máxima da disciplina aplicada nas instituições disciplinares, sendo que seu exercício é sempre uma prática cotidiana, visto que o assujeitamento é um processo em constante.

A partir disto, Foucault irá falar em corpos dóceis, conceito este compreendido como “um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (FOUCAULT, 1987, p. 118). O corpo dócil, nesta perspectiva, é ao mesmo tempo obediente e útil, praticando não apenas aquilo que se quer, mas *da maneira como se quer* (FOUCAULT, 1987, grifos meus). Por isso Foucault irá comentar várias vezes no decorrer da obra *Vigiar e Punir: o nascimento da prisão* que o poder não é em sua essência violento, mas sim disciplinar. Ao visar o corpo, suas forças e ações, o poder disciplinar tem no assujeitamento a principal forma de ação.

Apesar de Foucault (1987) não abordar em nenhum momento o conceito de hábito, podemos apontar uma diferenciação entre ele e Berger e Luckmann (1985), pois enquanto para estes o hábito – como dito anteriormente no início do tópico sobre cotidiano – seria uma maneira dos sujeitos poupar esforços para a realização de outras tarefas desconhecidas e que necessitaria de esforços físicos, mentais e emocionais – podemos aproximar uma interpretação com Foucault, entendendo o hábito como uma internalização das relações de poder.

Como bem nos lembra Deleuze (2005), a questão principal que norteia todas as formulações acerca do poder em Foucault, não está em responder ‘o que é o poder’, mas sim em tentar compreender ‘como o poder é exercido’. Será tal questão que abrirá espaço para que Certeau (1994) posteriormente dialogasse com Foucault para elaborar sua compreensão do que é o cotidiano. Certeau (1994) se apropria de algumas formulações realizadas por Foucault para dar um passo além desenvolvendo questões apontadas pelo filósofo/historiador, principalmente em *Vigiar e Punir: o nascimento das prisões* e *A vida dos homens Infames*, mas que

devido aos problemas teóricos levantados por Foucault ao longo de suas obras não puderam ser abordados com maior afinco.

Podemos dizer que a compreensão do cotidiano como espaço em que o poder disciplinar é exercido, ao mesmo tempo em que é contestado, pode ser apresentado como uma das principais marcas da importância da noção de poder – tal como foi formulado por Foucault – para a formulação do conceito de cotidiano em Certeau (1994).

Em relação ao cotidiano hospitalar, Redondeiro (2003) define a instituição como um lugar marcado pela ordenação dos espaços físicos e pela normatização do cotidiano “[...] onde cabe inserir, de modo abrupto, toda a produção rítmica de processos terapêuticos, centrados na estrutura técnica e social do hospital” (REDONDEIRO, 2003, p. 30). Além dessas características, a autora compreende o hospital como um lugar de constante negociação entre o doente e seus pares, médicos, administradores e demais pessoas que convivem nesse ambiente.

Senhoras (2007) contribui com a definição de Redondeiro ao afirmar que o hospital caracteriza-se como

[...] uma estrutura de marcante complexidade e conflitos, que tem por objetivo o trabalho integrado de seu corpo organizacional na prestação de serviços de saúde, mas é marcada por uma cultura relacionada à pulverização do poder e à disputa de espaços (SENHORAS, 2007, p. 46).

Carapinheiro (2005) irá nos informar que no hospital há a combinação de dois tipos de objetivos: o geral, relacionado com a cura, recuperação e tratamento das doenças, e os específicos, que são elaboradas pelas categorias existentes na instituição e que, resguardando as suas singularidades, possuem como alvo atingir os objetivos gerais da instituição.

A grande quantidade de categorias profissionais existentes no ambiente hospitalar, isso para não mencionar os doentes, coloca em questão as relações de poder e as hierarquias no cotidiano hospitalar e que terão impactos significativos tanto no ofício de cada profissional atuante nesse espaço, como na vivência dos doentes que estão ali internados. Convivem no ambiente hospitalar, segundo a análise de Carapinheiro (2005), dois princípios de autoridade: o poder médico e o administrativo, sendo que as duas forças mencionadas vivem num processo de constante tensão e conflito.

Nesse sentido, a autora irá falar em autonomia, conceito esse entendido por ela como “o poder de controlar o seu próprio trabalho e, decorrente deste controle, é que pode ser responsável pelas acções que desencadeia” (CARAPINHEIRO, 2005, p. 51), argumentando que a única categoria que possui autonomia dentro da instituição hospitalar é a dos médicos.

Complementando tal questão, Carapinheiro (2005) argumenta que o poder de cada grupo dentro do hospital está relacionado com a capacidade de não apenas praticar seus objetivos específicos (mesmo que tais objetivos contrariem *a priori* os objetivos principais da instituição), mas também de não ser afetado, ou sofrer o menor impacto possível, das práticas das demais categorias. Outra característica da relação existente entre grupos e relações de poder no hospital está associada com a capacidade de “conseguir explicitar e demonstrar que os seus objetivos particulares se ligam aos objetivos oficiais” (CARAPINHEIRO, 2005, p. 60).

Ao discutir a cultura nas organizações hospitalares, Senhoras (2007, p. 47) argumenta que “a preocupação com a cultura nasce associada tanto às necessidades de aperfeiçoar o desenvolvimento dos processos em um hospital, quanto das relações de poder e o confronto de interesses dentro dessa organização”. Toda proposta de um novo modelo ou prática dentro do ambiente hospitalar é vista como uma ameaça aos padrões culturais estabelecidos, sendo que a ruptura dos padrões tradicionais podem trazer consigo transformações nas relações de poder.

Cabe destacarmos aqui uma distinção entre tensão e conflito, visto que o segundo pode ser entendido como uma decorrência do primeiro. Onde há conflito houve, primeiramente, uma força agindo sobre outra chegando ao seu limite. Tais forças contrárias, ao se tensionarem, podem produzir flexibilidade nas relações sociais ou até mesmo transformações nas relações de poder.

O ambiente hospitalar é marcado por tensões, conflitos e relações de poder, sendo que a brinquedoteca surge como uma possibilidade de – através do brincar – subverter os poderes existentes nesses espaços, ao mesmo tempo em que também são marcados por disputas, conflitos e tensões.

2.3 Brinquedoteca, cotidiano e poder

Apesar da palavra brinquedoteca significar, como nos informa Fortuna (2008), “literalmente, lugar de brinquedo: ‘teca’ vem do sufixo grego theke, que significa cofre, caixa, depósito, sendo utilizado para fazer referência ao local onde se guarda algo” (p. 8) as brinquedotecas não podem ser consideradas como um simples espaço repleto de brinquedos, pois estes “são objetos imóveis quando permanecem na prateleira, mas nas mãos das crianças adquirem vida, transformam-se e vão além do real. A brinquedoteca é, sobretudo, mundo de brincadeiras” (FRIEDMANN, 1992, p. 66). Estes espaços também não podem ser confundidos com uma sala de aula, sala de reuniões ou ainda com uma sala de atividades múltiplas (SCHLEE, 2000, p. 63).

O Brasil se diferencia de outros países, principalmente os anglo-saxões, tanto pela nomenclatura adotada para denominar esses espaços de brincadeira¹⁸, como, principalmente, pelo serviço oferecido nesses espaços. Fortuna (2008, p. 8) nos informa que na América Latina, e no Brasil, o principal objetivo das brinquedotecas, independentemente do contexto no qual ela está inserida – escola, centro comunitários, hospitais, etc. – é estimular o livre brincar da criança. Nos países anglo-saxões, por exemplo, a principal característica do serviço prestado nesses espaços é o empréstimo de brinquedos.

Esta ênfase no livre brincar, e que serve para nos diferenciar dos anglo-saxões, podem ser reveladores da maneira como o poder é exercido em nossa sociedade – principalmente sob as crianças. A invocação de um ‘livre brincar’ supõe a existência de outra forma de brincar que, em algum momento foi disciplinado, além de expressar a possibilidade de haver um espaço em que a brincadeira possa ocorrer de maneira espontânea, sendo esse lugar a brinquedoteca.

Pereira e Carvalho (2003) nos dizem que “brincar é preciso!” fazendo analogia com a célebre expressão “navegar é preciso!” de autoria do poeta português Fernando Pessoa. Entretanto o que atribui valor a tal prática para que

¹⁸ Renate Fuchs (2011) aponta que existem várias maneiras de denominar tais espaços: brinquedoteca, legeteket, ludothek, spieliothek, ludothèque (entre outros). Nos Estados Unidos o termo utilizado é toy library. Kishimoto (2011) nos esclarece que no Brasil o termo brinquedoteca é utilizado porque uma escola particular registrou o termo ludoteca impedindo que a nomenclatura fosse utilizada pela Associação Nacional de Brinquedotecas (ABBri) criada na década de 1980.

esta seja compreendida como uma necessidade, necessidade essa que na tentativa de sua garantia no ambiente hospitalar, possui até um espaço: a brinquedoteca?

Para refletirmos sobre tal questão, podemos iniciar o trajeto da mesma maneira que Medrano (2004) e Fortuna (2004) que foram procurar na etimologia da palavra brincar os primeiros elementos para suas discussões. Ao realizarem tal percurso, os autores irão nos informar que brincar é uma palavra derivada do latim *vinculum*. O verbete latino significa laço, união.

Silva, Garcia, Ferrari (1989) apresentam o brincar como uma maneira que o homem sempre utilizou para se relacionar com o coletivo, apesar das transformações do papel tanto da criança, como do brincar na sociedade.

No trabalho de Brougère (1998) o brincar é apresentado como uma prática dotada de significado social, lembrando que toda prática deve ser aprendida. Neste sentido, o autor irá afirmar que antes de saber brincar, a crianças deverá aprender tal ação, tendo na relação com a mãe um dos primeiros espaços para a aprendizagem de tal pratica.

Para o autor, uma criança aprende a brincar não para ‘entrar numa cultura’, mas sim para compreender essa expressão cultural chamada brincar. Em suas palavras, normalmente “esquecemo-nos facilmente de que quando se brinca se aprende antes de tudo a brincar, a controlar um universo simbólico particular” (BROUGÈRE, 1998, s/p). Para que o brincar seja possível, principalmente em grupo, é necessária a aquisição de certo número de referenciais, requisitos que permitam aos participantes compreenderem a ação praticada como uma brincadeira; sendo tal referencial denominado pelo autor de cultura lúdica. Ao dispor de tais referencias, uma criança pode, para utilizarmos o exemplo de Brougère (1998), diferenciar uma briga real de uma brincadeira, por exemplo.

A cultura lúdica é construída pelas crianças no processo de interação social, sendo que a aprendizagem dessa cultura é realizado a partir da imersão nessas práticas. Em outras palavras, as crianças aprendem brincando e brincando produzem cultura.

A cultura lúdica não está isolada da cultura geral. Essa influência é multiforme e começa com o ambiente, as condições materiais. As proibições dos pais, dos mestres, o espaço colocado à disposição da escola, na cidade, em casa, vão pesar sobre a experiência lúdica. Mas o processo é indireto, já que aí também se trata de uma interação simbólica, pois, ao brincar, a criança interpreta os elementos que serão inseridos, de acordo com sua interpretação e não diretamente (BROUGÈRE, 1998, s/p).

O brincar tem importância na socialização da criança seja entre essa e seus pares ou com os adultos. Tal atividade, segundo Friedmann (1992) pode ser aprendida através dos ensinamentos dos adultos, que transmitem as brincadeiras praticadas por eles quando pequenos ou no processo de interação com outras crianças. Tais atividades, por fazerem parte da cultura de maneira ampla, expressam valores, maneiras de compreender e agir no mundo de uma determinada sociedade.

Colaborando com tal questão, Silva, Garcia e Ferrari (1989) argumentam que o brincar pode ser visto também como um meio da criança entrar em contato com a memória coletiva, principalmente quando falamos das brincadeiras tradicionais. Além desse contato com a memória coletiva, a criança também tem a possibilidade, no momento da brincadeira, de recordar sua própria experiência, sua história de vida.

Ao brincar há a exploração do espaço e dos brinquedos e, para que isso aconteça, “o ato de se movimentar é a forma pela qual a criança estabelece relação entre o eu e o mundo” (REZENDE, 2012, p. 16). Tuan (1983) nos diz que o movimento é uma das principais maneiras de adquirirmos consciência do espaço; nesse sentido, esticar os braços, inclinar o corpo, entre outros, nos ajuda a compreender noções relacionadas à medida do espaço como, por exemplo, grande e pequeno ou ainda perto e longe. Ao nos movimentarmos tomamos consciência do espaço que ocupamos e ao brincar a criança se apropria do mundo que a cerca.

Se o brincar pode auxiliar o indivíduo a conhecer e se apropriar do espaço que ocupa, também é verdadeiro para Brougère (2005) que a ação do brincar proporciona uma experiência diferenciada do tempo, isto porque o tempo do brincar é um tempo destinado para si sem a interferência do outro no sentido de limitar ou impor obrigações ou objetivos para tal atividade. O brincar altera a percepção da duração porque se trata do resultado de uma escolha, e não de uma obrigação.

Winnicott (1975) apresentará sua definição do brincar considerando, de maneira geral, a relação desta prática com a experiência criativa, no processo de descobrimento do eu (*self*), além de considerar o brincar como meio de comunicação tanto do sujeito consigo mesmo, como com o outro. Para o autor o brincar não pode ser compreendido como uma prática associada exclusivamente ao infantil, às crianças, pois os adultos também brincam.

A descoberta do 'eu', na concepção de Winnicott (1975) ocorre no momento em que o indivíduo é capaz de ser criativo. Nesse sentido, nas palavras de Winnicott (1975, p. 65) "é no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança ou o adulto fluem sua liberdade de criação". Viver de maneira criativa auxiliaria então o indivíduo a encarar a existência de maneira positiva, de sentir que "a vida é digna de ser vivida" (WINICOTT, 1975, p. 108).

O viver criativo é então considerado como o oposto da submissão, pois para Winnicott (1975, p. 108) "a submissão traz consigo um sentido de inutilidade e está associada à ideia de que nada importa e de que não vale viver a vida". Para o autor, o indivíduo que consegue viver criativamente é considerado saudável do ponto de vista psíquico. Este antagonismo entre viver criativamente e levar uma vida submissa levará Medrano (2004) a afirmar, a partir da leitura de Winnicott (1975), que o brincar é subversivo.

Seguindo posicionamento em relação ao brincar semelhantes ao de Winnicott, Medrano (2004, p. 29) compreende tal prática como uma maneira da criança 'elaborar o mundo'. O brincar é visto como o meio pelo qual a criança constrói a sua subjetividade, estabelece seus laços sociais e comunica-se com os outros. Nesse sentido o brincar é sinônimo de fala.

De maneira geral, o conceito de brincar é compreendido pelo autor como uma ação "com a que produzimos elementos marcantes e com a qual deixamos marcas nos outros e em nós mesmos" (MEDRANO, 2010, p. 19). Apresenta o brincar enquanto poder instituinte, importante para o desenvolvimento e constituição da subjetividade da criança.

Chegamos então a um ponto importante, pois se o brincar visto até o momento enquanto ação (aprender e produzir cultura, sociabilizar, conhecimento de si, falar) como e por que tal atividade foi/é apropriada pelo poder disciplinar? Medrano (2011, p. 24) argumenta que conhecer e se apropriar do brincar "permitiria a construção de dispositivos de controle e vigilância sobre os corpos e as mentes das crianças, mas também a transformação do brincar mesmo num (sub)produto (ferramenta) da biopolítica".

Friedmann (1992) observa que o brincar ao longo do século XX sofreu algumas transformações; isso tanto no Brasil, como em outros países. Analisando fontes sobre o brincar na cidade de São Paulo, no decorrer do período acima mencionado, a autora irá apontar cinco pontos em que houve transformação no

brincar das crianças, sendo eles: a redução dos espaços físicos utilizados pelas crianças nas brincadeiras visto que, com o crescimento das cidades, além da redução dos chamados 'terrenos baldios' que muitas vezes eram utilizados pelas crianças, a falta de segurança colabora para que estas percam espaços que outrora eram utilizados para as suas brincadeiras como, por exemplo, a rua.

A diminuição do tempo de brincadeira também foi observado pela autora. Tal tempo passou a ser utilizado para outras atividades consideradas por muitos como importante para as crianças, principalmente ao que se refere a seu futuro.

Desta forma, por um lado dentro da instituição escolar, espaço que as crianças atualmente passam a maior parte do tempo, o brincar tem sido deixado de lado em favor de atividades consideradas produtivas, sendo que quando as crianças estão fora do ambiente escolar muitas vezes, em nome de uma melhor competitividade no futuro, o tempo extra-escolar é preenchido por atividades complementares aquelas aprendidas nesses espaços como, por exemplo, aulas de línguas estrangeiras.

Outra questão colocada por Friedmann (1992, p. 29) diz respeito à indústria de brinquedos que tem alterado as relações sociais visto que "o objeto passa a ter um papel relevante". Nesta perspectiva, aquilo que seria um suporte importante, embora secundário, passa a ser colocado em primeiro plano. Tal questão coloca em discussão outro fator levantado pela autora: a propaganda e o consumo de brinquedos.

Complementando tal questão Silva, Garcia e Ferrari (1989, p. 26) irão dizer que "temos, por um lado, a criança como não-participante, não-produtiva (não produz para o mercado) e, por outro lado, um consumidor em potencial". Desde muito pequena a criança é incentivada a não apenas a consumir o brinquedo, mas que ao compra-lo e usa-lo o faça de maneira pré-determinada. Todos os elementos acima mencionados expressam que "a brincadeira livre passa a ser considerada como uma atividade não-produtiva" (FRIEDMANN, 1992, p. 29). O brincar de forma livre e espontânea passa a conviver com outras maneiras de brincar em que este não é mais visto como um fim em si, mas utilizado como ferramenta para um determinado propósito, muitas vezes educativos ou do campo da saúde.

Considerando as questões expostas, podemos então compreender as dificuldades vivenciadas no processo de implantação e manutenção das

brinquedotecas, estejam elas no ambiente hospitalar ou em outros espaços e instituições.

Fortuna (2008), ao analisar os problemas das brinquedotecas criadas na América Latina, nos informa que – passado o entusiasmo com a inauguração – problemas como: 1) A falta de recursos financeiros para manter e renovar o acervo lúdico; 2) A ausência de pessoas capacitadas para trabalhar no local; e 3) A falta de compreensão sobre os objetivos da brinquedoteca. Assim, tais problemas podem gerar descontentamento em relação ao espaço.

Nas palavras da autora, “A brinquedoteca passa a ser vista como um local deteriorado, desorganizado, propício a brigas. Converte-se numa ‘infernoteca’” (FORTUNA, 2008, p. 12). Dependendo da dimensão dos conflitos, a brinquedoteca pode até mesmo ser desativada para que o local possa ser utilizado para outras funções.

Villela e Marcos (2009) compreendem como um dos focos geradores de tensão em relação à brinquedoteca hospitalar, a falta de uma maior clareza na legislação sobre o que seria uma brinquedoteca, quais as atividades que nela devem ser desenvolvidas, assim como os profissionais por ela responsáveis. Para os autores, dessas brechas legais surge uma leitura da brinquedoteca como um ‘espaço qualquer’ e não como um serviço, possibilitando que apenas a disponibilidade de uma sala com brinquedos já permita ao hospital uma adequação à lei.

Além disso, por não mencionar quem seria o profissional responsável pelo desenvolvimento das brinquedotecas, duas situações distintas podem ocorrer.

A primeira seria a instituição de ‘transferir’ profissionais de outros setores para a brinquedoteca, sem que tais profissionais tenham uma especificação para trabalhar com crianças e com o brincar, ou ainda sobrecarregando-os, pois além de desempenhar outras funções complementariam sua carga horária de trabalho com as atividades da brinquedoteca.

Outra possibilidade apontada pelos mesmos pesquisadores seria a abstenção do hospital em relação à brinquedoteca, transferindo a responsabilidade para parcerias desenvolvidas com projetos extensionistas de universidades, por exemplo. Tal fator pode ser uma alternativa interessante para o hospital – e mesmo para a universidade – mas traria como problema questões relacionadas aos horários de atendimento e à demanda do hospital, assim como a falta de profissionais com

longa permanência nesses espaços, impossibilitando, por exemplo, a elaboração de projetos a longo prazo. Essa alternativa também coloca em dúvida a realização de atividades lúdicas no período de férias acadêmicas.

Fortuna (2007), ao discutir o brincar no hospital, aponta três questões ligadas às tensões que a atividade pode gerar no cotidiano hospitalar: a primeira seria a menor importância que o brincar possui em nossa cultura, fato que estaria relacionado à segunda questão, pois o brincar “desvalorizaria” o sofrimento, uma vez que normalmente a associação relacionada ao brincar seria que este é antônimo de algo sério, portanto algo que não combinaria com a imagem associada ao hospital. A terceira questão apontada são as discussões sobre alguns aspectos do espaço hospitalar, principalmente o do silêncio compreendido como necessário à recuperação.

No hospital, como o ato de brincar subverte a ordem hospitalar ao propor novos padrões de relação entre pacientes, médicos, equipe de enfermagem e familiares e incentivar a atividade em contraponto à passividade, gera muitas vezes desconfiança e oposição por parte dos demais profissionais e até mesmo por parte da comunidade mais ampla. [...] O fato é que a brincadeira na área da saúde não só incide positivamente sobre a recuperação do paciente, como também coloca em discussão o padrão de funcionamento hospitalar (FORTUNA, 2008, 14).

Para Medrano (2004), existe, atualmente, uma verdadeira disputa entre vários discursos produzidos sobre a infância e que não conseguem dialogar entre si. Esses discursos, para o autor, muitas vezes deixam “[...] as próprias crianças de lado, como forma de mantê-las em silêncio, falando-se delas, mas não se falando com elas” (MEDRANO, 2004, p. 14-15). A partir do referencial foucaultiano, o autor compreende a brinquedoteca hospitalar como um saber instituído, relacionado com os dispositivos do biopoder.

Medrano (2010) problematiza as maneiras como o brincar foi incorporado pelos discursos relacionados à infância, devido sua importância sobre e na produção da subjetividade, sendo que o enfoque da obra está na análise sobre a governamentalização do brincar a partir dos dispositivos presentes em manuais e livros de Higiene e Puericultura publicados no Brasil entre 1868 e 2009.

Na perspectiva do autor, o brincar – compreendido como meio de construção da subjetividade e também como fala da criança – foi aos poucos aprisionado pelos discursos e saberes hospitalares como forma de disciplinarizar e

medicalizar o brincar infantil. O que está em jogo é sempre o interesse do adulto, e não da criança.

A brinquedoteca, nessa perspectiva, estaria, então, associada ao ‘brincar medicalizado’, ‘higiênico’, representado na figura do brinquedo terapêutico. Este, por sua vez, é apresentado como uma técnica, um meio de coletar informações sobre as crianças, um instrumento facilitador da adaptação e da colaboração durante a hospitalização.

Medrano, Padilha e Vagheti (2008, p. 720) partem do princípio segundo o qual o ato de brincar e o brinquedo terapêutico são dois antagonistas inconciliáveis, pois “se o brinquedo terapêutico é uma técnica, esta forma de fazer padronizada não tem como deixar margem para a liberdade e a criatividade”.

Assim como o brinquedo terapêutico, a brinquedoteca hospitalar nada mais seria que um dispositivo do biopoder para tornar as crianças corpos dóceis. Seguindo tal linha de raciocínio, existiria então alguma espécie de contraproposta a tal perspectiva? Ou, para recordarmos uma frase atribuída à Foucault, haveria um pouco de possível para que não nos sufocássemos? Nas palavras de Medrano (2004):

Há, portanto, duas propostas que por vezes seguem caminhos divergentes, mas que em outros momentos tentam convergir. A primeira é a das brinquedotecas ligadas a um brincar ortopédico. A segunda é a dos espaços para o brincar com a proposta de fazer do brincar mais uma tentativa de possibilitar a palavra e a fala dos sem-voz. Das brinquedotecas aos espaços para o brincar (MEDRANO, 2004, p. 133).

Complementando tal afirmação, o autor irá nos dizer que “o brincar pode ser relacionado com o poder instituinte em contraposição a toda uma série de operações presentes em múltiplos dispositivos de poder” (MEDRANO, 2010, p. 24), sendo um desses dispositivos a brinquedoteca hospitalar. A proposta realizada pelo autor está no que denomina de ‘espaços para o brincar’ compreendido como um local em que prevaleceria o brincar enquanto liberdade, ‘experiência criadora’, saber instituinte, em detrimento do brincar ortopédico. Nesses espaços o olhar vigilante do adulto impondo, sancionando, limitando a ação da criança cede espaço para uma nova forma de se relacionar com estas: a participação do adulto nesses espaços ocorre na brincadeira, criando laços sociais.

Percebemos que a elaboração do conceito ‘espaço para o brincar’ possui influência das ideias levantadas por Winnicott (1975) no livro *O brincar e a realidade*

em que o autor irá apresentar como característica do brincar a espontaneidade e a criatividade. Winnicott (1975) argumentará que o brincar ocorre no processo de interação de dois espaços: o que constitui a subjetividade e aquele do não-eu, sendo o espaço do brincar, o *espaço potencial*, um entremeio entre a realidade interna e a realidade objetiva. Nesse sentido, o autor irá dizer que:

É bom recordar que o brincar é por si mesmo uma terapia. Conseguir que as crianças possam brincar é em si mesmo uma psicoterapia que possui aplicação imediata e universal, e inclui o estabelecimento de uma atitude positiva com respeito ao brincar (WINICOTT, 1975, p. 83).

Medrano (2004) aponta a necessidade de problematizar os “espaços para o brincar”, com o objetivo de evitar que esses espaços, ao invés de agirem como instrumentos de valorização da “fala” da criança, sejam absorvidos pela lógica tradicional da instituição hospitalar: lógica da exclusão e do silêncio.

Concordamos com Medrano (2004 e 2010) ao argumentar que o brincar pode ser compreendido como uma maneira de subverter as relações de poder dentro do hospital, visto que ao ser compreendido como uma ação e uma fala rompe com a lógica historicamente construída sobre a criança hospitalizada (sujeição ao adulto e a ordem médica).

Também não podemos deixar de concordar que a existência de um espaço físico não é suficiente, e em alguns casos nem necessário, para que o brincar aconteça. Outro aspecto levantado pelo autor, e que não deve ser desconsiderado, é o fato de que a ênfase demasiada na justificativa do valor de tais práticas e espaços dentro das instituições hospitalares – ou ainda o lamento acerca do “brincar perdido ou roubado pela ação da modernidade” (MEDRANO, 2010, p. 21) – pouco colaboram para “conseguir introduzir outra lógica que não continue sendo a dos dispositivos medicalizadores” (MEDRANO, 2010, p. 24).

Lembramos aqui as palavras de Foucault (1979) durante um diálogo com o filósofo francês Gilles Deleuze. Ao discutirem sobre o poder, a maneira como ele é exercido em nossa sociedade e as lutas contra o poder disciplinar, o filósofo/historiador diz que “nosso embaraço em encontrar as formas de lutas adequadas – não virá de que ainda ignoramos o que é o poder?” (FOUCAULT, 1979, p. 75).

Entender a maneira como o poder se exerce, problematizar o brincar e seus espaços para manter o seu caráter instituinte se torna essencial para que, como

bem nos disse Medrano (2010) nos produzirmos como sujeitos através do brincar e não, através do brinquedo esterilizado, sermos produzidos como corpos dóceis e submissos.

Entretanto, há um momento no decorrer dos trabalhos de Medrano em que uma dúvida surge: todas as características levantados por ele sobre o que é um espaço para o brincar não poderiam também ser consideradas adequadas para a brinquedoteca? Ou, em outras palavras, a brinquedoteca não poderia ser considerada como um espaço para o brincar? Não haveria então aqui um problema conceitual?

Consideramos pertinente a fala de Roucous e Brougère (1998) sobre o que é a brinquedoteca e como tais espaços, a partir da lógica do livre escolha e do brincar, se diferenciam de outros espaços destinados ao público infantil. Para os autores, a centralidade no brincar traz em si uma nova perspectiva em relação à criança, isso porque o principal objetivo de tais espaços é incentivar e permitir o brincar, ou seja, a criança é olhada a partir de suas necessidades do presente, em detrimento de uma perspectiva de futuro (ou nas palavras dos autores, em detrimento de um “fazer progredir”).

Se para Foucault (1987), assim como para Certeau (1994), nenhum indivíduo pode escapar do poder, não podemos deixar de considerar que os dois autores, com maior ou menor intensidade, também exploram a máxima segundo a qual onde há poder também existe resistência.

CAPÍTULO 3

DESCRIÇÃO DO MÉTODO E ANÁLISE DO CAMPO DE PESQUISA

O estudo de caso, tal como é compreendido por Yin (2001), caracteriza-se como “[...] uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre os fenômenos e o contexto não estão claramente definidos.” (YIN, 2001, p. 32).

A metodologia do estudo de caso é uma opção viável para os pesquisadores que pretendem responder as questões do tipo ‘como’ e ‘por quê’, ou ainda “quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real” (YIN, 2001, p. 19).

Para além das divergências em relação à definição do que seria um estudo de caso, Gil (2009) aponta como sendo os pontos de as seguintes características: é um delineamento de pesquisa, preserva o caráter unitário do fenômeno pesquisado, investiga um fenômeno contemporâneo (embora haja estudos de caráter histórico), não separa o fenômeno de seu contexto, é um estudo em profundidade e requer a utilização de múltiplos procedimentos de coleta de dados.

Quanto a sua divisão, Yin (2001), por exemplo, considera que o estudo de caso pode ser dividido em duas formas: os estudos de caso único e aqueles de casos múltiplos. Recorreremos à definição de “caso” apresentada por Stake:

[...] o caso é uma entidade complexa que trabalha dentro de vários contextos – físico, econômicos, ético, estético, e assim por diante. O caso é singular, mas tem subseções (por exemplo, produção, marketing, departamentos de vendas) grupos (por exemplo, alunos, professores, pais), ocasiões (por exemplo, trabalho, férias, feriado), uma série de domínios [...]. O estudo de caso convida para o exame dessas complexidades (STAKE *apud* QUIMELLI, 2009, p. 65).

Tendo em vista que o objetivo desse trabalho – compreender qual a função da brinquedoteca hospitalar e seu funcionamento no cotidiano hospitalar – acreditamos que a melhor maneira de definir o presente estudo é classificá-lo como um estudo de caso sociológico – que, segundo Gil (2009) possui como característica a análise sobre “[...] processos sociais como socialização, aculturação, competição e conflitos no âmbito de diferentes instituições sociais, como família, escola, empresa e igreja” (GIL, 2009, p. 51).

André (1984; 2008) e Quimelli (2008) alertam sobre a necessidade de triangulação de fontes no desenvolvimento de uma pesquisa do tipo estudo de caso. Se o objetivo do estudo de caso é mostrar a singularidade e a complexidade de um determinado ‘caso’, a coleta e a análise sistemática de diversas fontes que ‘falam’ sobre o fenômeno estudado se faz essencial nesse tipo de pesquisa. Tendo em vista tais apontamentos, neste trabalho utilizamos a observação de campo, entrevistas e análise de jornais, relatórios referentes a brinquedoteca da instituição aqui estudada.

Uma das principais técnicas utilizadas nos estudos de caso é a observação que, na concepção de Gil (1999) caracteriza-se como “[...] o uso dos sentidos com vistas a adquirir os conhecimentos necessários para o cotidiano” (GIL, 1999, p. 110), podendo também ser utilizada como técnica científica na medida em que está relacionada com um objetivo de pesquisa, “[...] é sistematicamente planejada, é submetida à verificação e controles de validade e precisão” (GIL, 1999, p. 110).

Geertz (2008)¹⁹ ao falar sobre a descrição densa no campo da Antropologia, nos informa que o pesquisador ao realizar seu trabalho de campo se depara com uma “[...] multiplicidade de estruturas conceptuais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e inexplícitas, e que ele tem que, de alguma forma, primeiro apreender e depois apresentar” (GEERTZ, 2008, p. 8).

Por isso, o autor realizou, então, uma comparação entre o trabalho de um etnógrafo e a realização de uma leitura, pois, para que se possa fazer esta última, primeiramente aprendemos os códigos e suas combinações, para posteriormente compreender e construir sentidos. Se formos incapazes de apreender a lógica segundo a qual ela foi construída, não seremos capazes de compreender seus sentidos. Nesse viés, um bom diário de campo não é aquele que contém uma infinidade de páginas, mas sim aquele que consegue distinguir um piscar de olhos de uma piscadela (para usarmos o exemplo do autor).

Ao escrever em seu diário de campo as suas observações, o pesquisador está transformando o acontecimento em “um relato, que existe em sua inscrição e que pode ser consultado novamente” (GEERTZ, 2008, p. 14). Entretanto, não podemos cair na tentação de acreditar que o acontecimento registrado está ali em

¹⁹ Cabe ressaltar que, apesar da utilização de Geertz (2008) neste trabalho, a observação de campo não foi a técnica central neste trabalho, como acontece na etnografia ou nos estudos de caso etnográficos. Como dito anteriormente, optamos pela triangulação de fontes e técnicas, sendo a observação de campo uma delas.

sua integridade, pois o que está registrado no diário de campo são apenas fragmentos ou, para usar as palavras de Geertz (2008):

[...] o que inscrevemos (ou tentamos fazê-lo) não é o discurso social bruto ao qual não somos atores, não temos acesso direto a não ser marginalmente, ou muito especialmente, mas apenas àquela pequena parte dele que os nossos informantes nos podem levar a compreender (GEERTZ, 2008, p. 14)

As observações²⁰ iniciaram dia 04 de novembro de 2013 (três dias após a aprovação da pesquisa no COEP) e encerraram dia 13 de dezembro de 2013 (dia da realização da entrega de presentes em comemoração ao natal).

Com o objetivo de auxiliar no processo de observação de campo, além de redigir um diário de observação de campo, registramos, por meio de fotografias²¹, algumas imagens tanto da instituição, das atividades desenvolvidas na brinquedoteca e de seu acervo lúdico. Para aprofundar algumas questões presenciadas no período de observação, realizamos entrevistas com 3 (três) crianças – duas meninas e um menino (5 anos as meninas e 4 o menino) – acompanhados de seus pais (duas mães e um pai).

As entrevistas²² foram realizadas na brinquedoteca e o critério de escolha para a participação na pesquisa como entrevistado era a criança ter ido ao menos uma vez à brinquedoteca. Também foram convidados a participar, por meio de entrevista, a assistente social da instituição que acompanhou o processo de implantação da brinquedoteca da instituição em 2003 e a terapeuta ocupacional responsável por coordenar atualmente as atividades no local.

Para a realização da pesquisa também foram utilizados fontes documentais, principalmente jornais, com o objetivo de compreender e caracterizar a instituição estudada. Inspirado em estudos como o de Pontes e Silva (2012), além de Luca (2005), entendemos os jornais como fontes privilegiadas para o estudo de diversos temas como, por exemplo, política, sociabilidade, entre outros; isto por se tratarem de um instrumento que não se limita em transmitir um dado acontecimento considerado relevante, mas que também contribuem para construir a realidade por ele reportada.

²⁰ Roteiro de Observação inserido nos apêndices.

²¹ Termo de autorização do uso de imagem inserido nos anexos.

²² Roteiro de Entrevistas e termos de Consentimento livre e esclarecido inserido no fim do trabalho.

Com este olhar sobre o que são os jornais, e quais suas contribuições para os pesquisadores de diversas áreas, utilizamos neste trabalho: O Diário dos Campos (jornal impresso e local) e o site da Prefeitura de Ponta Grossa. O período analisado foi de 20 de janeiro de 1996 a 2009 (primeiras notícias publicadas no Diário dos Campos sobre a construção e inauguração do Hospital da Criança à inauguração, além de algumas notícias sobre a implantação da brinquedoteca da instituição e problemas vivenciados pelo hospital) e 11 de setembro de 2007 a (notícias sobre os problemas enfrentados pela instituição e (re)implantação da brinquedoteca estudada; além de atividades realizadas no espaço).

Relatórios de Serviços Extensionistas entregues à Divisão de Extensão Universitária/ Seção de Apoio a Serviços Extensionistas da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) entregues no período de 2003 a 2004 pelo Projeto Pedagogia hospitalar e pelo Projeto Brilhar: brinquedoteca, literatura e arte no ambiente hospitalar (relatórios entregues nos anos de 2009 e 2010). Recorremos a tais documentos por se tratarem de projetos que atuaram na brinquedoteca da instituição analisada e que foram relevantes para a brinquedoteca da instituição.

Também foram utilizados como fontes para a composição desse trabalho as resoluções nº 324/ 2007 e nº 418/2012 do COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) que discorrem sobre a atuação do Terapeuta Ocupacional na brinquedoteca e o uso do brincar como recurso terapêutico ocupacional e sobre o estabelecimento de parâmetros assistenciais terapêuticos ocupacionais, respectivamente, além da Portaria nº 2.261/ 2005 que dispõem sobre a instalação e funcionamento de brinquedotecas em hospitais pediátricos que possuem atendimento em regime de internação.

Para analisar os dados coletados do decorrer da pesquisa, utilizamos a análise de discurso entendida, por Orlandi (1994) como um ato social que produz sentido entre os interlocutores, sendo então importante ao analista verificar as condições históricas e sociais em que os enunciados são produzidos ou, em outras palavras, as condições de produção e recepção textual. Compreender o discurso a partir da constituição dos sujeitos e da produção dos sentidos se faz necessária porque “não há discurso sem sujeito nem sujeito sem ideologia” (p. 54).

Ao que se refere à pesquisa de campo, o primeiro contato realizado com o Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira, para explicar a proposta de trabalho e pedir a autorização para a realização da pesquisa ocorreu no mês de Abril

de 2012. Optamos em primeiramente conversar com a Terapeuta Ocupacional responsável por coordenar as atividades da brinquedoteca para mostrar o projeto e explicar a proposta da pesquisa²³ para, então, conversarmos com a administração do hospital.

Após esse primeiro contato, marcamos uma breve reunião com a então diretora administrativa, para apresentar a proposta do trabalho. Soubemos nesse momento que a pesquisa deveria ser protocolada junto à Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa, pois era a partir desse órgão que a documentação seria encaminhada para o hospital e, posteriormente, aprovada ou não.

O processo foi protocolado na Secretaria Municipal de Saúde, dia 24 de Abril de 2012. Após um tempo, recebemos, na Secretaria do Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas, o parecer negativo por parte da instituição, argumentando que o programa de Pós-graduação não possuía convênio com a Secretaria de Saúde, o que tornava inviável a realização da pesquisa.

Tendo essa resposta, o próximo passo foi a elaboração de tal convênio, para que, posteriormente, fosse novamente solicitada a permissão para a realização da pesquisa. A documentação foi dirigida à Prefeitura Municipal de Ponta Grossa em Agosto de 2012, para que fosse assinado pelo então prefeito. Como não obtivemos nenhum retorno, entramos em contato (já em 2013!) com a secretária da prefeitura – através da secretária do gabinete do reitor da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). A resposta obtida foi que o convênio encaminhado pela Universidade foi extraviado, sendo que, se tivéssemos ainda interesse, deveríamos encaminhar um novo pedido.

Nesse momento, duas medidas foram tomadas: a primeira, pedir junto à sessão de convênios, o encaminhamento para a prefeitura e a segunda foi a tentativa de contatar outro hospital.

O primeiro contato com o outro hospital infantil, localizado em Curitiba/PR, ocorreu no dia 09 de Abril de 2013, via e-mail, sendo que a comunicação (até o parecer final do hospital em relação ao meu projeto, ocorrido no dia 02 de maio) ocorreu sempre por e-mail e telefone. Após ler o trabalho e convocar uma reunião

²³ No decorrer dos anos 2009 e 2010 participei de um projeto de extensão denominado Projeto Brilhar: brinquedoteca, literatura e arte no ambiente hospitalar. No decorrer desse período conheci a Terapeuta Ocupacional que trabalha nessa instituição.

com as pessoas responsáveis pelo setor em que fica a brinquedoteca da instituição, a coordenadora da brinquedoteca nos informou que não seria possível a realização da pesquisa naquele espaço.

Tendo em vista tal questão, e sabendo que a direção do Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira havia sido alterada, optamos novamente em entrar em contato com a instituição, mesmo sabendo que o convênio ainda não havia sido firmado. Novamente contatamos primeiramente a terapeuta ocupacional da instituição e, através dela, marcamos uma reunião com a nova diretora administrativa do hospital.

Em nossa conversa, a diretora afirmou que não era contrária à realização da pesquisa e pediu para que encaminhássemos a documentação via Secretaria Municipal de Saúde.

Feito esse processo, obtivemos o aval para a realização da pesquisa no dia 28 de maio de 2013. Após esse período, recebi então a documentação referente à celebração do convênio entre o Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas e a Secretaria Municipal de Saúde.

Abrimos um parêntese para salientar um fator importante nesse processo, e que julgamos essencial para a pesquisa: o ano de 2012 foi um ano de eleição municipal. Tal questão provavelmente deve ter sido levada em conta no momento de avaliar o projeto, pois em momentos como esse dificilmente se fica à vontade para falar em tensões, ainda mais no campo da saúde: um dos principais elementos de discussão nas eleições municipais em Ponta Grossa naquele ano. Através de uma breve pesquisa sobre a história do Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira, observamos por meio dos jornais que a instituição desde sua criação teve sua imagem vinculada a disputas e debates políticos.

Apontamos uma questão que vai ao encontro com a fala de Carapinheiro (2005), quando aponta o hospital como um espaço hierarquizado em que se destacam dois poderes: o administrativo e o médico. Ressaltamos isso, principalmente tendo em consideração que, desde o momento de apresentação do projeto de pesquisa à instituição a terapeuta da instituição se mostrou receptiva com a pesquisa, auxiliando inclusive no contato com as demais pessoas do hospital.

Além disso, cabe destacar, que a autorização concedida agora em 2013 pelo hospital ocorreu antes da celebração do convênio entre o Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais e Aplicadas e a Universidade Estadual de Ponta

Grossa, convenio esse que anteriormente foi apontado como um fator para a não realização da pesquisa.

Após a autorização conseguida junto à Secretaria Municipal de Saúde e do Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira, entramos com o pedido de aprovação do projeto junto ao COEP (Comissão de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos). A aprovação do trabalho nesta ultima instancia ocorreu no dia 01 de novembro de 2013. Após a aprovação do trabalho no COEP e o diálogo com a terapeuta ocupacional sobre o modo como o trabalho seria desenvolvido, foi realizado a pesquisa de campo.

Mesmo que esse período de pedido de autorização para a entrada no campo de pesquisa não possa ser considerado, a princípio, como um momento de coleta de dados, toda a vivência desse processo foi fundamental para compreendermos a complexidade do trabalho que seria desenvolvido. Além disso, tal vivência contribuiu para que se enfatize a importância de se analisar o poder numa instituição como o hospital, pois sem entender como ele se constitui, dificilmente poderemos compreender o cotidiano e as formas de resistências dos sujeitos.

Devido ao tempo demandado no processo de negociação para a entrada no campo de pesquisa, o tempo no projeto para a permanência em campo foi alterado de três meses (previsto anteriormente) para um pouco mais de um mês.

3.1 O Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira

O Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira, conhecido pela população pontagrossense como 'hospitalzinho' ou, simplesmente, 'Hospital da Criança', foi inaugurado no dia 20 de Dezembro de 1996 durante a gestão do então prefeito da cidade de Ponta Grossa – PR Paulo Cunha do Nascimento (1993 – 1996). O referido hospital faz parte do cadastro SUS (Sistema Único de Saúde). Trata-se de um hospital especializado em atendimento pediátrico, sendo administrado pela Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. O hospital presta atendimento de urgência e emergência, ambulatorial e de internamento. Ao todo são ofertados 57 leitos SUS, sendo eles distribuídos em quatro leitos cirúrgicos otorrino, dez leitos gerais, dois leitos de isolamento e quarenta e um leitos pediátricos.

Segundo Moraes, Silva e Trentini (2012), a construção desse hospital foi considerada como uma das mais importantes realizações dessa gestão, pois supria “[...] a carência em atendimento especializado à criança de Ponta Grossa e Região dos Campos Gerais” (MORAES; SILVA; TRENTINI, 2012, [s/p]).

A empresa responsável para a construção da instituição, a Baggio Silveira, teve oito meses como prazo para a construção do hospital; o contrato entre a prefeitura e a empresa foi assinado em fevereiro de 1996 sendo que a entrega ocorreria no máximo em outubro daquele mesmo ano, pois o objetivo era entregar as obras no período de comemorações da emancipação política da cidade que, naquele momento, fazia 173 anos²⁴ (JORNAL DA MANHÃ, 20 de janeiro de 1996 e JORNAL DA MANHÃ, 07 de fevereiro de 1996). O então prefeito Paulo Cunha, chegou a declarar que a construção do Hospital João Vargas de Oliveira era “a obra do século” (Jornal da manhã, 07 de fevereiro de 1996, p. B-2).

Para compreendermos a importância deste hospital, basta lembrarmos que o mesmo faz parte da Terceira Regional de Saúde que abrange doze municípios, sendo eles: Arapoti, Carambeí, Castro, Ipiranga, Ivaí, Jaguariaíva, Palmeira, Piraí do Sul, Ponta Grossa, Porto Amazonas, São João do Triunfo e Sengés.

Desde que foi inaugurado, o Hospital da Criança tem sido alvo de inúmeras reportagens, sejam pelas obras ali realizadas, sejam pelos problemas envolvendo o atendimento prestado e a manutenção do local. Para além do sanar parte dos problemas referentes ao atendimento à saúde das crianças da cidade de Ponta Grossa e região, o uso político da imagem da instituição se fez presente em vários momentos da história da instituição servindo de suporte para expressar tanto uma imagem positiva, quanto negativa, da gestão municipal no que tange os cuidados com a saúde da criança.

²⁴ O aniversário de Ponta Grossa é comemorado no dia 15 de setembro.

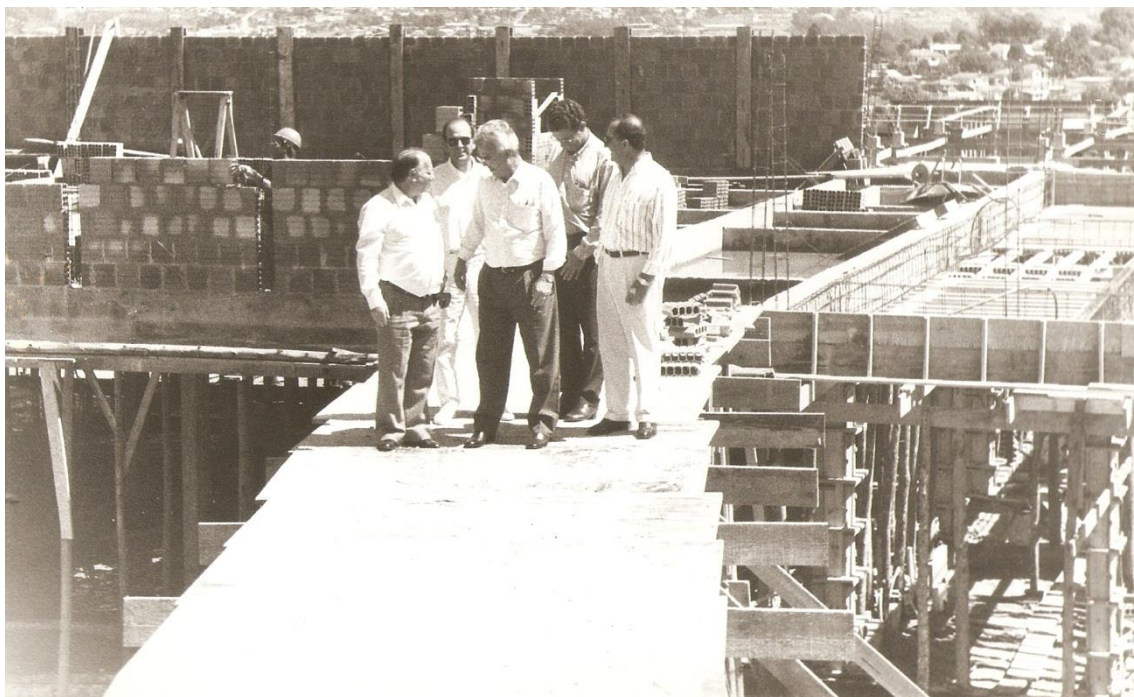


Foto 2 – Imagem do Hospital da Criança no período de sua construção, em 1996. A empresa pontagrossense Baggio Silveira foi responsável pela obra que teve o prazo de 8 meses para ser concluída. Provavelmente as fotos que hoje fazem parte do acervo da Casa da Memória em Ponta Grossa foram tiradas com o intuito de serem usadas no jornal Diário dos Campos.

Fonte: Acervo Casa da Memória de Ponta Grossa – Paraná.



Foto 3 – Imagem do Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira realizada em dezembro de 2013. A instituição atende crianças da cidade de Ponta Grossa e região.

Fonte: Acervo Pessoal da pesquisadora.

Recentemente a instituição passou por um dos momentos mais delicados da sua história. No decorrer do ano de 2007 – na gestão do então prefeito Pedro Wosgrau Filho – o hospital quase teve suas portas fechadas devido a problemas estruturais decorrentes da falta de investimentos e recursos.

Na época, o então representante do Conselho Municipal de Medicina (o médico Elcio Soares) afirmou, na reunião da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa,

[...] ter ouvido de várias pessoas que “o Hospital da Criança não tem nenhum investimento da Secretaria de Saúde local”. Optaria pelo fechamento, comentou ele porque aquele local “não oferece benefícios àqueles que vão até lá em busca de auxílio; ele expõe o médico e expõe os pacientes ao risco de morte por total falta de recursos” (PLANTÃO DA CIDADE, 2007, [s/p]).

A possibilidade de fechamento desse hospital, que atende Ponta Grossa e região dos Campos Gerais, causou um grande mal-estar, pois com o fechamento do Pronto Socorro havia aumentado a procura pelo Hospital da Criança, que realizava cerca de 50 consultas diárias, além de possuir 37 leitos (PREFEITURA DE PONTA GROSSA, 2007).

A Prefeitura de Ponta Grossa rebatia as críticas vindas do Conselho Regional de Medicina (CRM) e da Comissão de Saúde da Assembleia, afirmando que os problemas enfrentados eram decorrentes da falta de investimentos das antigas gestões. Numa matéria publicada no site da Prefeitura de Ponta Grossa, no dia 11 de Setembro de 2007, o Chefe do Executivo Municipal afirmou que:

[...] se o Conselho Regional de Medicina e mesmo a comissão de Saúde da Assembleia tivesse promovido uma inspeção no Hospital da Criança no final de 2004 ou nos primeiros dias de 2005, quando da transição de governo, teria encontrado um quadro bem diferente do atual: uma inspeção, dadas a situação em que o hospital se encontrava naquele período, sem os investimentos devidos e necessários, revelaria uma condição crítica, “e teriam a surpresa de encontrar, no espaço reservado às UTI e ao centro cirúrgico, os serviços administrativos” [...] Ele também explica que já está em curso o processo para estabelecer uma parceria com instituição hospitalar de competência reconhecida e que preste serviços de alta qualidade, para otimizar o setor: a abertura de processo licitatório para essa parceria é, garante Wosgrau, questão de poucos dias (PREFEITURA DE PONTA GROSSA, 2007, [s/p]).

Neste cenário em que os problemas referentes ao atendimento à saúde em Ponta Grossa ficavam latentes, em especial no Hospital da Criança, alguns nomes começam a ganhar destaque no cenário político da cidade, entre eles, podemos

destacar o então deputado federal pelo PPS (Partido Popular Socialista) Marcelo Rangel que, atualmente, é prefeito da cidade de Ponta Grossa. Em 2007 o então deputado publicou uma nota divulgada no site da Assembleia Legislativa do Paraná²⁵ em que discorre sobre os problemas enfrentados pelo Hospital da Criança. Nesta nota, Rangel dizia que o hospital não oferecia segurança para os profissionais, nem possuía o mínimo necessário para o funcionamento da instituição. Além de faltarem equipamentos básicos para o atendimento, no período a instituição não possuía, “cozinha para a alimentação de pacientes, médicos e funcionários” (RANGEL, 2007, s/p), só para citar alguns exemplos.

O Hospital da Criança manteve suas portas abertas, apesar das denúncias e das crises. A partir de 2008 algumas medidas foram tomadas na tentativa de melhorar a situação da instituição, como a celebração de um contrato entre a Prefeitura de Ponta Grossa e representantes de uma empresa, que assumiriam naquele momento o atendimento médico da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e do Centro Cirúrgico do Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira.

Segundo o anunciado pela própria prefeitura em seu site:

Enquanto as empresas efetivam a contratação e o treinamento de pessoal, a administração do hospital aguarda a chegada de mais alguns equipamentos, que serão enviados pelo governo do Estado. Equipamentos enviados anteriormente já encontram-se instalados. Os contratos têm validade até o dia 31 de dezembro deste ano, podendo ser prorrogados. No caso da UTI, está prevista a prestação de serviços hospitalares em terapia intensiva. O valor do contrato é de R\$ 120 mil mensais. Serão dez leitos, com atendimento de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Já no Centro Cirúrgico, o contrato estabelece a prestação de serviços médicos hospitalares e ambulatoriais em cirurgias pediátricas e otorrinolaringológicas. São previstas até 70 cirurgias por mês. O valor mensal do serviço é de R\$ 35 mil. A equipe também contará com médicos, anestesista, enfermeiro e instrumentador cirúrgico, além de um profissional de limpeza (PREFEITURA DE PONTA GROSSA, 2008, [s/p]).

Infelizmente, não foi possível verificar como essa ‘parceria’ foi recebida pelos setores ligados à saúde em Ponta Grossa. O único documento abordando a questão refere-se a uma reportagem em que são divulgados os índices de aprovação do atendimento prestado no Hospital da Criança.

A matéria, intitulada “Mais de 60% dos usuários aprovam atendimento no Hospital da Criança”, e que também foi publicada no site da Prefeitura de Ponta

²⁵ A referida nota pode ser encontrada em:

<http://www.alep.pr.gov.br/sala_de_imprensa/noticias/10850-nota-politica-deputado-marcelo-rangel>
Acesso em 26/04/14.

Grossa, expõe os resultados referentes ao preenchimento de 100 questionários respondidos durante os meses de Março, Abril e Maio de 2009. Segundo a matéria,

O atendimento médico foi o item com a melhor avaliação, atingindo uma porcentagem de 92%, desses, 49% dos pesquisados consideraram bom, 25% ótimo e 18% excelente. Ao atendimento médico segue a enfermagem, com 91% de aprovação, sendo 55% bom, 20% ótimo e 16% excelente. A recepção foi considerada de boa a excelente por 75% dos entrevistados. Alimentação e limpeza ficaram, respectivamente, com 62% e 63% de aprovação (PREFEITURA DE PONTA GROSSA, 2009, [s/p])

Embora a matéria não explicita se a amostra dessa pesquisa pode ser considerada representativa da população estudada, nem ofereça maiores informações sobre a maneira como essas informações foram coletadas (durante o atendimento, após atendimento, etc.) ou, ainda, mencione os números referentes àqueles que reprovam o atendimento ou o consideram regular, ela nos informa que, no ano de 2009, a humanização do atendimento foi uma questão presente no Hospital da Criança.

Nesse ano, como nos indica a reportagem, algumas medidas foram tomadas, como: a instalação do colegiado de setores; a conscientização dos profissionais da saúde; a reativação da brinquedoteca; a ativação dos serviços voluntários e estágios curriculares; parcerias com a Pastoral Social da Catedral, a pastoral da Criança e as Pastorais Sociais dos bairros de Nova Rússia e São José; a melhoria no atendimento na alimentação; atividades para servidores; e instalação de uma ouvidoria (PREFEITURA DE PONTA GROSSA, 2009).

Destacamos, nesses itens abordados, a reativação da brinquedoteca e as parcerias realizadas com voluntários e com a Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) e a Faculdade CESCAGE (Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais).

3.2 A brinquedoteca do Hospital João Vargas de Oliveira

A primeira tentativa de implantação da brinquedoteca do Hospital João Vargas de Oliveira ocorreu em 2003, segundo informações do relatório de extensão entregue à PROEX²⁶ (Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Culturais) da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) pelo projeto intitulado Pedagogia

²⁶ Acervo da Divisão de Extensão Universitária/ Seção de Apoio a Serviços Extensionistas (UEPG).

Hospitalar, coordenado pela professora Juliana Dallarmi Gil, vinculada, no período, ao departamento de Métodos e Técnicas de Ensino da referida universidade.

Ao falar do processo de elaboração da brinquedoteca, a Assistente Social da instituição (que participou desse processo) relata que a proposta em criar uma brinquedoteca na instituição foi uma iniciativa do serviço social e da equipe de enfermagem do hospital visando “amenizar o ócio hospitalar, o aspecto triste e traumatizante da internação” (A. L. Assistente Social). Complementando tal informação, a assistente nos diz que os objetivos da brinquedoteca aberta em 2003 eram:

- Humanizar o atendimento;
- Ajudar a superar a adversidade pela qual estavam passando;
- Garantir o direito de brincar;
- Estabelecer o relacionamento entre as crianças;
- Favorecer o equilíbrio emocional. (A. L. Assistente Social).

Destacamos que essa primeira tentativa em abrir a brinquedoteca ocorreu antes da sanção da lei 11.104/2005, o que demonstra uma atualização e preocupação, de alguns grupos dentro do Hospital da Criança, referente a questões envolvendo a humanização do atendimento e o brincar da criança. Mesmo que algumas políticas de humanização já estivessem em pauta a nível nacional e algumas leis oferecessem respaldo para a garantia do direito ao brincar da criança, implantar e manter uma brinquedoteca nesse contexto não deixava de ser uma medida inovadora e desafiadora²⁷.

No que diz respeito à viabilização da proposta, a assistente social irá nos dizer que:

O espaço físico existia. Na época estabelecemos uma parceria com o Lions Club, que assumiu o compromisso de mobiliar e equipar a sala. Alunos do curso de Pedagogia estavam começando a desenvolver projetos em sua área, no Hospital, com a supervisão no campo da pedagoga Juliana Gil, da UEPG²⁸. A junção desses fatores contribuiu para a efetivação da proposta (A. L. Assistente Social).

²⁷ Apenas para citarmos um exemplo, umas das brinquedotecas hospitalares conhecidas no Estado do Paraná, a brinquedoteca do Hospital Pequeno Príncipe, foi implantada em 2003 (COMPLEXO PEQUENO PRÍNCIPE, 2013). No relatório de serviços extensionistas do projeto Pedagogia Hospitalar entregue à PROEX no ano de 2003 é mencionada uma viagem à Curitiba com o objetivo de conhecer a política de humanização hospitalar empregada neste hospital. Acreditamos que esse conhecimento das ações do Pequeno Príncipe associado com a longa parceria entre projeto universitário e o Hospital João Vargas de Oliveira, além da vontade de alguns grupos dentro deste hospital em implantar uma brinquedoteca, podem ter contribuído para que a proposta fosse efetivada.

²⁸ O projeto “Pedagogia hospitalar” teve início em 1998 e sempre manteve parceria com o Hospital da Criança e outros hospitais da cidade tendo como objetivo por objetivos favorecer a parceria

Ao analisarem o processo de criação das brinquedotecas hospitalares paranaenses Paula e Gil (1999) concluíram que a grande característica das brinquedotecas implantadas no Paraná no decorrer da década de 1990 era a falta de vínculos entre as pessoas que coordenavam tais atividades e a instituição hospitalar assumindo “um caráter filantrópico ou de projetos de extensão ou se relacionam a Organizações Não-Governamentais” (p. 15).

Tais questões continuaram pertinentes até 2003, ao menos no que diz respeito ao Hospital da Criança João Vargas de Oliveira. Da mesma forma que outras instituições que conseguiram abrir brinquedotecas somente com doações e parcerias feitas com empresas e grupos dispostos a colaborar, essa primeira tentativa de implantação da brinquedoteca hospitalar na instituição não fugiram às características apontadas pelas autoras.

Apesar da iniciativa, em 2006 a brinquedoteca da instituição foi desativada, para ser aberta novamente apenas em 2009. A assistente social da instituição compreende como um dos motivos para o fechamento do espaço foram o início de uma reforma para a ampliação da instituição e o fim das atividades do grupo de pedagogos, vinculados à UEPG²⁹, no hospital. Além disso, ou também em decorrência do fechamento, parte do acervo da brinquedoteca foi roubada como é mencionado numa matéria publicada pelo jornal Diário dos Campos do dia 18 de março de 2009.

Observamos que a brinquedoteca implantada nesse hospital surge como uma proposta para a humanização do atendimento infantil, mas a falta de pessoas ligadas à instituição para colaborar na manutenção do espaço – aliados a crises que a instituições vivenciava no período – contribuíram para que o espaço fosse fechado tempos depois de sua implantação.

Embasados nos documentos levantados no decorrer da pesquisa e, na fala da assistente social da instituição, acreditamos que alguns dos apontamentos realizados por Fortuna (2008) e Villela e Marcos (2009) referentes às tensões vivenciadas na brinquedoteca hospitalar, principalmente ao que diz respeito ausência de pessoas ligadas à instituição e que sejam capacitadas para desenvolver

Universidade-Hospital, no propósito de congregar forças em benefício à promoção do bem estar da criança (GIL; PAULA, 1999, p. 14).

²⁹ O último relatório de extensão apresentado junto à Proex na Divisão de Extensão Universitária/ Seção de Apoio a Serviços Extensionistas, data de 2004 indicando que as atividades do projeto encerraram nesse período.

trabalhos na brinquedoteca com as crianças hospitalizadas. Tal questão é pertinente para analisarmos primeira tentativa de implantação desse espaço no hospital, pois este foi um dos fatores que contribuíram para o fechamento do espaço. Fortuna (2007) nos lembra que o brincar em nossa cultura é visto como algo de pouca importância; acreditamos que esse pode ter sido um dos fatores que colaboraram para que nesse período não houvessem profissionais ligados ao hospital trabalhando na brinquedoteca.

A parceria hospital-universidade pode – e foi durante a existência dos dois projetos que trabalharam na instituição³⁰ – gerar resultados positivos para as duas instituições envolvidas; entretanto, a total dependência da instituição hospitalar dessas parcerias com projetos extensionistas ligados à universidade pode gerar sérios problemas, como foi o caso do Hospital da Criança em 2006/ 2007 que, encerrado as atividades do projeto Pedagogia Hospitalar, ficaram sem pessoas para continuar o trabalho na brinquedoteca.

Além disso, se a brinquedoteca tinha como proposta humanizar o atendimento e garantir o direito de brincar, os quase dois anos de fechamento do espaço demonstra o papel secundário destinado à proposta naquele período, embora houvesse pessoas interessadas na manutenção da brinquedoteca, além de existir um respaldo legal, visto que desde 2005 a lei 11.104/2005 estava em vigor.

No dia 18 de Março de 2009 o jornal Diário dos Campos publicou uma matéria em que a assistente social do Hospital da Criança pede ajuda a população – através de doações de materiais lúdicos e pedagógicos, além de pessoas voluntárias para desenvolver atividades junto às crianças – para que a brinquedoteca da instituição fosse reativada. Na matéria, há a seguinte citação:

A brinquedoteca do hospital chegou a ser montada, através de doação do Lions Club em 2004³¹, mas parte do material foi roubada e, ainda, o local destinado à brinquedoteca foi ampliado. “Levaram até a televisão, por isso, também pedimos a doação de grades de proteção, que impeçam novos furtos” (DIÁRIO DOS CAMPOS, 2009, [s/p]).

³⁰ Tanto nos relatórios do projeto Pedagogia Hospitalar, como nos do Brilhar: brinquedoteca, literatura e arte no ambiente hospitalar, as professoras coordenadoras relatam as contribuições do projeto extensionistas para a formação acadêmica dos envolvidos no projeto, pois, entre outros fatores, a brinquedoteca se torna para esses grupos mais um campo de estágio e pesquisa.

³¹ O Jornal da Manhã diz que a brinquedoteca foi aberta em 2004, entretanto, como dito anteriormente, no relatório do projeto Pedagogia Hospitalar consta que a implantação foi em outubro de 2003. A placa colocada na brinquedoteca, falando sobre a humanização do espaço, também oferece a mesma data referida no projeto.

Assim como na primeira tentativa de implantação, a brinquedoteca da instituição foi reativada com o apoio e colaboração da população que doou as grades colocadas nas janelas, o acervo lúdico e, até mesmo contribuiu para a realização de algumas atividades recreativas dentro da instituição, cooperando para que a brinquedoteca hospitalar fosse reaberta, como divulgou a prefeitura através de seu site: “[...] foi viabilizada a reativação do espaço destinado à brinquedoteca, com a colocação de grades nas janelas, televisores e novos brinquedos para as crianças internadas” (PREFEITURA DE PONTA GROSSA, 2009, [s/p]).

Mesmo que a reativação da brinquedoteca tenha ocorrido graças à colaboração da comunidade, na matéria publicada no site da prefeitura no dia 07 de julho de 2009 não há nenhuma menção à colaboração da sociedade. Neste texto, divulgado *online*, apenas é mencionado que a humanização do atendimento foi colocada em pauta naquele ano, ocorrendo uma série de ações que colaboraram para a sua viabilização. Destacamos um trecho da referida matéria:

Todas as ações foram construídas de forma coletiva, com a participação de todos os funcionários. A partir disso, as ações foram focadas em dez princípios, que vão desde instalação de colegiado de gestão, passando pela instalação da ouvidoria do hospital, *até a brinquedoteca (sic) ativada* (PREFEITURA DE PONTA GROSSA, 2009, [s/p], grifo nosso).

Se o descuido ao escrever o termo brinquedoteca talvez não expresse nada além do que uma distração na escrita e revisão do texto, o uso da preposição ‘até’ antes do substantivo é revelador do status destinado a esse espaço; dando a entender que se trata de algo secundário e que, resolvidos todos os problemas emergenciais e prioritários, ‘até a brinquedoteca’ pode ser ativada.

Além dessas reformas na brinquedoteca, a capela da instituição (que fica ao lado da brinquedoteca) também passou por algumas mudanças:

A brinquedoteca, por exemplo, voltou a funcionar depois de uma reforma e com novos brinquedos doados pela Cargil. A capela passará por uma reestruturação com a ajuda da empresa Estofamentos Sabará, da Vidraçaria Santana, da Iluminação Pianoski e da família João Vargas de Oliveira, tudo sob a coordenação da artista plástica, Cristina Sá. “Estamos de braços abertos e tudo o que fizermos juntos será em benefício único para as crianças que passam por aqui”, diz Marilene (PREFEITURA DE PONTA GROSSA, 2009, [s/p]).

Entre os grupos que a partir de 2009 realizaram alguma atividade junto às crianças no hospital, encontramos referências às seguintes pessoas e/ou grupos: Jonas Michel Martins e Robert Salgueiro, que realizaram um trabalho em 2009, como mágico e palhaço; o projeto de extensão vinculado à Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), denominado “Projeto Brilhar: brinquedoteca, literatura e arte no ambiente hospitalar” – que iniciou as atividades lúdicas com as crianças na

instituição em 2009 e finalizou em 2011; o Bando da Leitura – que esporadicamente vai à instituição realizar atividade de contação de histórias; os Doutores Palhaços (recentemente transformada em uma ONG intitulada “Doutores Palhaços SOS Alegria”); a Tribo da Alegria; o AMA (Associação Mãozinhas de Anjo) – que realiza suas visitas nos finais de semana – e o grupo APMI (Associação de Proteção à Maternidade e à Infância³²).



Foto 4 – Jonas Michel Martins e Robert Salgueiro vestidos de mágico e palhaço em visita as crianças nas enfermarias. Em 2009 a instituição convidou, através dos jornais, que as pessoas contribuíssem tanto com trabalho voluntário, como com materiais para equipar a brinquedoteca.

Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Disponível em: <http://www.pontagrossa.pr.gov.br/node/6754>. Acesso em 26/04/ 2014.



Foto 5 – Imagem da festa junina realizada em 2009 organizada pela terapeuta ocupacional da instituição e pelos acadêmicos do Projeto Brilhar: brinquedoteca, literatura e arte no ambiente hospitalar. O projeto extensionista vinculado a Universidade Estadual de Ponta Grossa atuou na instituição durante o período de 2009 a 2011.

³² Esse grupo, ao que indica as reportagens, trabalhou na instituição em 2010 colaborando para criar e equipar alguns espaços dentro da instituição como, por exemplo, a pracinha ao ar livre, a gibiteca, além de contribuir para a aquisição de pratos térmicos para servir as refeições das crianças e a reforma do refeitório da instituição.

Fonte: Site Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Disponível em: <http://www.pontagrossa.pr.gov.br/node/6770>. Acesso em 26/04/2014.



Foto 6 – O grupo AMA (Associação Mãozinhas de Anjo), e os membros da ONG Doutores Palhaços SOS Alegria, realizam desde 2009 trabalhos voluntários na instituição. Todos os domingos, o grupo AMA passa nas enfermarias da instituição desenvolvendo atividades recreativas e distribuindo presentes para as crianças ali internadas. Já os doutores palhaços visitam duas vezes durante a semana as crianças internadas na instituição, usando a figura do palhaço para dialogar com as crianças. Para fazer parte da ONG há a necessidade de passar por um teste seletivo e, após aprovado, por um curso preparatório oferecido pelo grupo.

Fonte: Site Associação Mãozinha de Anjo. Disponível em: <<http://maozinhasdeanjo.org.br/galeria-de-fotos/>> . Acesso em 26/04/2014.

Além dessa abertura da instituição para a entrada de voluntários, em 2009 houve a contratação de uma terapeuta ocupacional.

Com sua reabertura, em 2009, além da humanização através do brincar ganhar novamente notoriedade, observamos que o uso intenso das imagens da brinquedoteca, ou mesmo de outras ações consideradas lúdicas dentro da instituição, vinculam tais práticas às ações da gestão municipal como mostra a pesquisa mencionada anteriormente.

Desde 2009 a brinquedoteca da instituição passou por algumas transformações: o número de doações aumentou ao longo do tempo, contribuindo para um aumento do acervo lúdico da instituição; algumas pessoas e grupos que desenvolviam atividades no local encerraram suas atividades, como é o caso do Projeto Brilhar: brinquedoteca, Literatura e Arte no ambiente hospitalar, vinculado à Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).

A brinquedoteca está vinculada ao setor da Terapia Ocupacional, sendo que a coordenação do espaço e das atividades ali realizadas está sob a responsabilidade da terapeuta ocupacional da instituição.

Novos ambientes foram criados no hospital, como, por exemplo, uma sala para os voluntários (lugar em que estes podem se trocar e guardar seus pertences enquanto realizam as visitas aos leitos), uma pracinha ao ar livre para as crianças do pré-operatório e uma gibiteca³³. Em contra partida, a UTI foi fechada pela vigilância sanitária em 2012. A cidade ficou mais de um ano sem UTI pediátrica, sendo o problema solucionado apenas em 2013, quando foi firmado um acordo entre a Prefeitura de Ponta Grossa e um hospital filantrópico da cidade.

3.3 Vamos brincar? O cotidiano e a função da brinquedoteca

Vamos brincar? Que convite gostoso! Vamos brincar? Alguém nos procura, alguém nos julga digno de partilhar bons momentos. Mas nem sempre este convite chega até nós de forma tão clara e audível. Às vezes manifesta-se através de um olhar comprido ou de um sorriso tão amarelo quanto esperançoso. Outras vezes, ainda, o convite não acontece [...] e aí a gente se preocupa (CUNHA, 1992, p. 35).

Chegávamos ao Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira por volta das 9 horas da manhã para a realização da pesquisa de campo. Depois de passarmos pela portaria, seguimos em direção a uma grande porta de madeira. Após essa porta há um pequeno corredor cuja parede está pintada em tons pastéis, mais especificamente algum tom de amarelo e marrom. Desenhos de corações, bailarinas, entre outros, dividem espaços com portas de salas de Raio X, centro cirúrgico, etc.

Paralelamente a esse corredor estão localizadas as enfermarias, o posto de enfermagem, a brinquedoteca (no lado direito desse corredor paralelo, sentido de quem está vindo da recepção). Ao lado esquerdo da brinquedoteca está a capela e, no lado direito, algumas enfermarias. A localização da brinquedoteca facilita o acesso das crianças até a sala, visto que está situada no corredor em que ficam as enfermarias da grande maioria das crianças que podem frequentar o lugar.

Se, ao invés de irmos até a brinquedoteca ou nessas enfermarias citadas, seguirmos até o final do caminho, passaremos pelo Cantinho do Giz³⁴ e por uma porta de vidro transparente, localizada no lado direito, dando acesso ao parquinho ao ar livre. Logo depois dessa porta, há também do lado direito uma rampa que dá

³³ Essas medidas foram realizadas através da intervenção do grupo APMI (Associação de Proteção à Maternidade e à Infância) conforme anunciado no site da prefeitura (PREFEITURA DE PONTA GROSSA, 2012).

³⁴ Nome dado por umas das mães para um espaço no corredor em que foram colocados mesas, cadeiras, folhas e lápis de cor para que as crianças pudessem desenhar no período em que não estão na brinquedoteca.

acesso à cozinha, refeitório e a farmácia do hospital. Continuando em frente chegaremos ao corredor do pré e pós- operatório, da sala da fisioterapia, conforto médico, gibiteca e a sala da terapeuta ocupacional.

Com base nas observações de campo, podemos dizer que a sala em que foi construída a brinquedoteca é a maior e a mais arejada da instituição. Tal apontamento é importante, pois se trata de uma situação diferenciada de outros espaços existentes na instituição como, por exemplo, a gibiteca, a sala de atividades da fisioterapia, a sala da terapeuta ocupacional e o conforto médico que estão localizadas em enfermarias desativadas. Tal fato acontece devido à falta de espaços vagos disponíveis na instituição para acomodar tais necessidades.

A brinquedoteca abre todos os dias, de segunda a sexta-feira, pela manhã, durante o período das 10 às 11 horas. Apesar desse horário, a rotina das crianças, seus acompanhantes e da terapeuta ocupacional têm início muito antes.

3.3.1 A rotina

A terapeuta ocupacional da instituição inicia seu trabalho às 8 horas da manhã. O primeiro atendimento do dia é realizado com as crianças que estão no isolamento, sendo que seu trabalho nesse primeiro momento consiste em se apresentar para a criança e seu acompanhante e verificar quais são as necessidades destes naquele momento.

Num desses dias de trabalho, acompanhamos a terapeuta ocupacional durante uma visita no quarto em que estava a E. (11 anos) que estava internada com fortes dores no estômago. Quando ela nos viu, foi logo perguntando se poderia ir “na salinha de brinquedo” (DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO, 05 de novembro de 2013). Nesses casos, a terapeuta sempre conversa com a criança explicando os motivos pelos quais ela não pode sair da enfermaria; pergunta sobre sua preferência em relação a brinquedos, desenhos e livros, em muitos quartos leva mesa e cadeiras para a enfermaria a fim de que a criança possa brincar mesmo não indo à brinquedoteca.

Quando o censo do dia está pronto (isso por volta das 08h30min ou 9 horas da manhã) a terapeuta da instituição se dirige até ao posto da enfermagem, ou na recepção, para obter uma cópia. A partir daí, ela observa quais são as crianças que podem ir até a brinquedoteca e quais precisam de atividades no quarto.

As crianças do pré-operatório são convidadas a irem à videoteca/ gibiteca enquanto aguardam o momento da operação³⁵. Na maioria das vezes, a terapeuta abre o espaço, faz algumas orientações para os pais acerca do uso da sala, aparelho de DVD, entre outros e vai até as outras enfermarias para convidar as crianças a irem até a brinquedoteca.

Segundo informações passadas pela equipe de enfermagem da instituição, a rotina da enfermagem é organizada da seguinte forma:

Tabela 1 – Organização da rotina da enfermagem.

Atividade	Horário de funcionamento
Medicalização de 4 em 4 horas	10; 14; 18; 22; 2 e 6 horas.
Medicação de 8 em 8 horas	8; 16 e 24 horas.
Medicação de 12 em 12	8 e 20 horas.
Nebulização	9; 15; 21 e 1 hora.
Visita médica	Manhã.
Brinquedoteca	10 às 11 horas.
Almoço	11 às 12 horas para as crianças e das 12 às 13 horas para os pais e funcionários.
Visitas	16 às 17 horas.
Janta	17 horas.

Fonte: Dados elaborados a partir de informações cedidas pela equipe de enfermagem.

Desta forma, o dia de muitas crianças tem início muito cedo, principalmente se comparado com o horário em que são acostumadas a acordar quando estão em casa, como é o caso da A. L. (5 anos) que, antes da hospitalização era acostumada a acordar às 07h30min horas para ir ao CEMEI (Centro de Educação Municipal Infantil), mas segundo sua mãe, no hospital tem acordado às 4 horas da manhã para tomar a medicação³⁶. Um dos primeiros desafios das crianças internadas e seus acompanhantes é se adaptar ao cotidiano hospitalar, marcado pela divisão dos espaços e normatização do cotidiano (REDONDEIRO, 2003). Nas palavras da A., mãe da criança, depois de receber a medicação:

Ela fica acordada um pouco, depois volta a dormir. Daí 07h30min a gente levanta e vai tomar banho... (olha para a A. e diz: "daí A., o que a gente

³⁵ Durante o período de observação de campo vimos que é comum as crianças que possuem cirurgias marcadas para a tarde chegaram pela manhã na instituição e ficam lá aguardando o momento da entrevista. Essas crianças podem utilizar o parquinho ao ar livre e a videoteca/gibiteca.

³⁶ A mãe da A. informou, ao falar sobre a rotina das duas dentro da instituição, que a filha acorda às 4 horas da manhã. Embora nos dados fornecidos pela equipe de enfermagem não conste esse horário, cabe lembrar que as informações são referências gerais, não detalhando casos específicos.

faz?” e continua) toma banho, daí toma café, daí o papai vem ver você né... assistimos um pouco de TV e daí a gente vem para a recreação né? (fala animada olhando para a filha). (A., caixa de posto de gasolina e mãe da A.L.).

Fatores como o horário que acordam, noites mal dormidas, efeitos da medicalização, entre outros, fazem com que muitas crianças estejam dormindo no momento em que a terapeuta ocupacional passa no quarto avisando que às 10 horas da manhã a brinquedoteca será aberta. Nesses casos é solicitado a mãe que leve a criança no horário previsto até a brinquedoteca, caso ela acorde.

Ao chegar nas enfermarias, o primeiro contato é feito principalmente com a criança. A terapeuta sempre se apresenta e pergunta para a criança se ela deseja brincar e, para quem não conhece ainda a brinquedoteca, fala sobre um lugar de brincar que existe logo no fim do corredor. É comum algumas crianças, num primeiro momento, confundir a terapeuta ocupacional com outros membros da equipe de saúde (principalmente as crianças menores). Outra situação comum, principalmente para aquelas que estão internadas pela primeira vez, é o estranhamento de ter no hospital um espaço para brincar.

Na enfermaria 9 estavam o A., o S. e o J.. Entramos lá e a terapeuta ocupacional conversou primeiramente com o A., pois ele estava sozinho. Assim que nos viu ele disse “querem ver só uma coisa?” e então, tirou a meia e mostrou uma feridinha que ele tinha no pé. Por estarmos de avental, acredito que ele pensou que éramos médicas ou alguém da equipe de saúde. A G. olhou com atenção o machucado e disse a ele que nós não poderíamos dizer o que estava provocando aquele machucado, pois ela era “apenas médica de brinquedo, e não de criança”. Ele olhou para ela admirado e perguntou “tem brinquedo aqui?”. Ela disse que sim e o convidou para ir à brinquedoteca quando fossem 10 horas (DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO, 12 de dezembro de 2013).

As crianças que já estão internadas há algum tempo no hospital, ou que já ficaram internadas outras vezes, já sabem que a presença da terapeuta ocupacional na enfermaria, na parte da manhã, significa um convite para ir até a brinquedoteca.

As reações, na maioria dos casos, são muito semelhantes. Há algumas manifestações de contentamento, como a expressa pelo M., 8 anos de idade, que ao ver a terapeuta ocupacional entrando em sua enfermaria disse um “eba” muito animado e foi logo procurando seu crocs preto para ir até a brinquedoteca (DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO, 11 de novembro de 2013).

Realizados os convites, a terapeuta ocupacional vai até a brinquedoteca e organiza o lugar: abre as janelas, coloca as mesas e cadeiras no lugar (isso porque

sempre ao término das atividades as cadeiras e mesas são colocadas num canto para facilitar a limpeza do chão), organiza os brinquedos da casinha, coloca o tapetinho de E.V.A³⁷ no chão para que as mães com bebês possam sentar, escolhe algum CD com música (normalmente Patati Patatá e Galinha Pintadinha por serem os mais pedidos pelas crianças) abre o armário onde ficam os quebra-cabeças, deixa à mostra os desenhos caso alguma criança queira pintar, entre outras ações.

Realizado essa organização da brinquedoteca, e caso já seja o horário de abertura e nenhuma criança tenha ainda chegado ao local, ela realiza uma nova visita nas enfermarias chamando as crianças.

Em muitos casos, nem é necessário realizar o segundo convite, pois as crianças e os acompanhantes ficam circulando perto da brinquedoteca esperando a mesma abrir ou aguardam na porta da enfermaria como foi registrado no Diário de Observação de Campo do dia 10 de Dezembro de 2013.

3.3.2 O caminho até à brinquedoteca e o brincar nesse espaço

Morais e Paula (2010, p. 82) descrevem os aspectos positivos para a autoestima da criança hospitalizada que, a simples ida à brinquedoteca pode proporcionar. Nas palavras das autoras:

Na ida para a brinquedoteca, as crianças sentem vontade de se arrumar, pentear os cabelos, escovar os dentes, fazer higienização das mãos, muitas até passam perfume para se sentir melhor. É muito comum as crianças irem com pantufas infantis e se divertirem com as pantufas dos amigos.

Muitas vezes, a brincadeira tem início antes da chegada na brinquedoteca, começando mesmo no corredor. No dia 09 de Dezembro de 2013 o W. (10 anos) combinou com a terapeuta ocupacional que eles iriam brincar de “um grande acidente” e, para isso ele precisaria de luvas. Os dois caminhavam pelo corredor, indo em direção à brinquedoteca, enquanto o W. explicava para a terapeuta ocupacional a brincadeira.

Então, quando os dois passaram em frente a uma enfermaria de isolamento, onde havia uma caixa com luvas em cima de uma mesa, o menino esticou a mão e pegou um par colocando-os. Permaneceu com elas durante todo o tempo em que esteve na brinquedoteca (DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO, 09 de Dezembro de 2013).

³⁷ E.V.A é uma espécie de borracha, encontrada em diversas cores e texturas, muito utilizada em artesanatos, decorações e em trabalhos escolares, pois o material além de ser facilmente manuseável, além de ser facilmente limpo e é durável.

Em outros casos, o caminho até a brinquedoteca se caracteriza como um momento da criança conhecer outros espaços para além da sua enfermaria.

O L. andava bem devagar pelos corredores; não porque estava com dificuldade para andar, mas por curiosidade. Depois fui saber que ele havia chegado ao hospital ontem de madrugada e que receberia alta hoje mesmo. Durante o caminho até a brinquedoteca, ele parou por alguns instantes em frente a uma enfermaria, em que uma criança chorava, e então olhou espantado para a sua mãe. Ela fez um gesto para que ele seguisse em frente. Ele ficava olhando os desenhos que encontrava no corredor. Então, quando chegamos em frente a sala da brinquedoteca, eu disse ao L. que era ali. Ele estava a um passo na minha frente e a mãe dele atrás de nós. L. parou, procurou pela mãe e estendeu a mão para ela. Ouvi sua mãe dizer “não precisa ter medo”. Ela, então, estendeu a mão para ele e os dois entraram juntos de mãos dadas (DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO, 04 de Dezembro de 2014).

Tuan (1983) argumentava que o ato de se movimentar era uma das maneiras de tomarmos consciência do espaço. Movimentar-se pela instituição, observar seus corredores, postos de enfermagem, a brinquedoteca, entre outros é uma maneira de conhecer os vários espaços existentes dentro do hospital.

Além disso, ir até a brinquedoteca pode significar um estímulo para a realização de uma atividade que, naquele momento demanda um grande esforço devido às limitações físicas.

[...] encontrei uma mãe e sua filha, F. de 11 anos, indo para a brinquedoteca. Como a menina andava lentamente, pois havia passado por uma cirurgia, e a mãe estava com dificuldades para levá-la, pois tinha que ajudar a menina a andar e ainda carregar o suporte do soro, ofereci ajuda. No caminho encontramos um médico que gritou: “muito bem F., vamos caminhar um pouco porque faz bem!”. As duas deram risadas e continuaram andando. Antes de chegar na brinquedoteca encontramos um menino, e sua mãe, indo para o mesmo lugar. Eles andavam um pouco melhor que nós, mas também tinham dificuldades devido ao suporte de soro e remédio. Nisso, a mulher que acompanhava o menino disse: “F. vamos apostar corrida!? O primeiro que chegar na salinha sai do hospital!”. E assim foram conversando e dando risadas das dificuldades até chegarem à brinquedoteca (DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO, 05 de novembro de 2013).

Quando andar não é possível, devido ao esforço que tal ação demanda, a cadeira de rodas significa uma alternativa para que a criança possa ir até a brinquedoteca.

A mãe do A., na segunda vez que passamos na enfermaria para reforçar o convite, disse que a médica havia pedido para que ele não fizesse muito esforço, dando a entender que o menino não poderia ir até a brinquedoteca. Enquanto ela falava, o A. olhava para ela (que estava em pé atrás da poltrona em que ele estava sentado) e dizia “mas é só brincar mãe, mas é só brincar!”.

A terapeuta ocupacional foi até o posto da enfermagem para confirmar a história, até porque no censo ao que tudo indicava, não havia registrado nada que impedisse o menino de ir até a brinquedoteca. Após dialogar com uma enfermeira, as duas decidiram que ele poderia ir na brinquedoteca numa cadeira de rodas, pois assim, não faria esforço andando. Depois fiquei sabendo, através da psicóloga, que ele comentou todo animado com ela que havia andado de cadeira de rodas (DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO, 12 de Dezembro de 2013).

Embora a maior parte das crianças aceite o convite para brincar na brinquedoteca, há também aquelas que dizem não. No dia 03 de Dezembro de 2013 a terapeuta ocupacional passou na enfermaria em que estava o L. (6 anos de idade) para convidá-lo para brincar. Ele estava um tanto desanimado e disse que não queria sair do quarto. No dia seguinte ele aceitou o convite e foi para a brinquedoteca. Enquanto brincávamos ele disse que “ontem não estava a fim de brincar porque estava cansado” (DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO, 04 de Dezembro de 2013). Embora, num primeiro momento tal situação possa parecer banal, devemos lembrar que dentro da rotina hospitalar essa é um dos poucos momentos em que a criança tem a possibilidade de fazer uma escolha e, até mesmo dizer não. Se o brincar é a fala da criança (MEDRANO, 2004), o que nos leva a criarmos formas de possibilitar que a criança se expresse, devemos lembrar que tão importante quando o direito à palavra é o direito de nos silenciarmos quando isso nos faz bem.

Em outros casos, mesmo indo até a brinquedoteca a convite de um adulto, a criança pode relutar a entrar nesse espaço pelo fato de não conhece-lo e sentir medo. Durante a pesquisa de campo observamos duas situações como essas (com a J., 10 anos, a N., 5 anos). Nesses casos, dois fatores são essenciais: a postura do profissional que trabalha na brinquedoteca e a disposição espacial da mobília.

No primeiro caso, muitas vezes os pais e/ou a equipe de saúde por acreditarem que a brinquedoteca fará bem a criança podem, mesmo sem querer, não compreender os motivos que estão por trás da recusa da criança em entrar naquele ambiente e, por não entender, podem desrespeitar a vontade da criança.

Nesse sentido, relatamos o caso vivenciado pela N. (5 anos):

A N. chegou na brinquedoteca um pouco depois da abertura, acompanhada da mãe e de uma enfermeira. Reparei que ela não queria ir à brinquedoteca e que fazia cara de choro toda vez que a mãe ou a enfermeira pediam para ela entrar. Então, a terapeuta ocupacional foi até elas e disse para a menina que ali ela era livre para escolher entrar ou não. Disse que se ela não quisesse entrar, ela (terapeuta ocupacional) lhe emprestaria um brinquedo ou um livrinho para ela brincar no quarto. Depois, por observar que a

menina estava com medo de todas as pessoas vestidas de branco, incluindo eu, a G. disse que ali ela não faria nenhum exame. Então, N. resolveu entrar. Primeiro ela pegou um livrinho na prateleira, que fica perto da porta, depois foi brincar com o salãozinho, que fica um pouco mais longe da entrada da brinquedoteca (DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO, 26 de novembro de 2013).

Os livros e mesas colocados próximos à porta contribuem para que a criança gradativamente conheça o lugar, perca o medo, para enfim se sentir confiante para explorá-lo.

Na brinquedoteca, as crianças que não vão brincar na casinha, ou andar de motinha, sentam em mesas conforme a atividade que realiza: crianças que vão montar quebra-cabeças sentam em uma mesa, quem vai brincar com carrinhos em outras. Quando há a possibilidade, algumas crianças utilizam mesas individuais (apenas para elas e seu acompanhante) em outros, principalmente em casos em que as crianças estão na mesma enfermaria e estabeleceram algum laço de amizade, as mesas são colocadas uma ao lado da outra formando uma só para que seja possível as crianças brincarem juntas.

Enquanto as crianças brincam, a terapeuta ocupacional fica circulando pela brinquedoteca conversando com os pais, dando atenção para alguma criança que está sozinha, incentivando os pais a brincarem com as crianças, entre outros.

Ao falar do papel da brinquedoteca hospitalar, a terapeuta ocupacional informou que são muito comuns os pais, principalmente os que trabalham e não possuem muito tempo para brincarem com as crianças, descobrirem através da vivência na brinquedoteca, habilidades e gostos que desconheciam em seus filhos. Em suas palavras:

Muitas mães dizem assim pra mim “nossa, é ruim estar aqui no hospital, mas eu estou tendo tempo para brincar com meu filho!”, ou “eu nem sabia que ele sabia fazer isso”. Crianças pequenas que vêm e pedem quebra-cabeça, muitas vezes as mães não sabem que seu filho já sabe montar um quebra-cabeça [...] os pais também descobrem as crianças de uma outra forma, mas é uma pena que seja no ambiente hospitalar (G. terapeuta ocupacional).

Durante a nossa pesquisa de campo conhecemos o M (4 anos) que estava internado no hospital em decorrência de uma pneumonia. Na maior parte do tempo, o pai era a pessoa que lhe fazia companhia durante o dia e, à noite, sua mãe fica com ele.

Nos primeiros dias em que pai e filho começaram a frequentar a brinquedoteca, percebemos que os dois não conseguiam brincar juntos. Durante a

entrevista realizada com o M. (4 anos) e seu pai M. A, ao ser perguntado sobre com quem brincava quando estava em casa, o M. respondeu “brinco sozinho”. Alguns dias após a realização dessa entrevista, o M. e a sua mãe me disseram que em casa ela costuma “brincar sozinho no computador vendo vídeo, mas seu desenho favorito é Carros, o que explica porque um dos brinquedos que ele sempre brinca na brinquedoteca é o carrinho no formato do Mate” (DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO, 11 de dezembro de 2013). Tal questão ajuda a compreender a dificuldade que pai e filho tinham em brincar juntos nos primeiros dias em que foram à brinquedoteca.

Entretanto, com o passar dos dias, a comunicação com os dois começou acontecer de forma harmoniosa e a própria criança foi se tornando menos introspectiva. Lembramos aqui as palavras de Brougère (1998) que entende o brincar como algo aprendido socialmente. Esse ‘aprender a brincar’ não diz respeito apenas a entender o universo simbólico do brincar, mas também a se relacionar com o outro no momento da brincadeira, por isso uma das características do brincar é a socialização (FRIEDMANN, 1992).

O estabelecimento de laços de amizades também ocorre nesse espaço, pois mesmo que as crianças em sua grande maioria prefiram brincar com seus pais, há a possibilidade destas brincarem com outras crianças ou outros adultos que estão ali naquele espaço:

Como a T. usa óculos a terapeuta ocupacional comentou que ela e eu também usávamos. Eu disse a T. que “pessoas bonitas usam óculos” e ela deu risada balançando a cabeça fazendo sinal de sim. A T. me disse que estava com vontade de brincar na casinha. Como havia duas crianças lá, a convidei para ir até lá para eu apresenta-la as meninas. Feito as apresentações, as três brincaram juntas até dar o horário de encerramento das atividades (DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO, 13 de dezembro de 2013).

Teve um momento que a G. foi até a mesa em que o M. estava e perguntou ao menino se ele estava precisando de alguma coisa. Eu estava sentada numa mesinha próxima da estante de livros, ou seja, estava atrás da mesa dele. Quando a G. perguntou isso, ele virou o rosto para trás e olhou para mim com uma cara de “vamos brincar?”, mas não disse nada. A G. brincou e disse “Bruna, acho que você vai ter que dar um tempinho aí” (se referindo as anotações). Perguntei então ao M. se ele aceitava brincar comigo e ele fez um sinal positivo com a cabeça, além de abrir um sorriso. Sentei então ao lado dele e começamos a brincar (DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO, 11 de Dezembro de 2013).

Yasui (2010) em seu trabalho sobre a reforma psiquiátrica brasileira apresenta ao leitor uma noção de encontro, inspirado em Espinosa, que acredito possuir total relação com a proposta da brinquedoteca hospitalar. Para o autor

[...] tudo na natureza participa de uma ordem comum de encontros, e os seres podem ser definidos pelo seu poder de 'afetar' e de serem 'afetados' por outros seres. Trata-se sempre de um encontro de corpos e, também, de ideias, que pode ser considerado bom ou mau. Um bom encontro é como um alimento, ou um ser amado, que se compõe com o nosso corpo e aumenta nossa potência de existir, de agir e de pensar (p. 122).

Este “bom encontro” que pode ocorrer na brinquedoteca hospitalar não é restrito apenas à criança e seu acompanhante, mas também entre estes e quem trabalha na instituição ou mesmo um lugar de encontro entre o sujeito e ele mesmo. Nos primeiros dias de observação das atividades na brinquedoteca ocorreu a seguinte situação:

Eu observava os livros que estavam numa prateleira, para verificar quais eram os exemplares disponíveis para a leitura das crianças, quando percebi que uma mãe entregou um papel para a terapeuta. Ela começou a ler o texto, que estava escrito em espanhol, em voz alta; pois na brinquedoteca só estavam a mãe, a menina, a terapeuta e eu. Não me recordo exatamente o que estava escrito, mas era um agradecimento pela cordialidade, respeito e a oportunidade de brincar no hospital. Enquanto a G. lia, a mãe olhou para a filha com um sorriso e disse “olha, ela está entendendo!”. Quando a G. terminou de ler, a mãe que até então permanecia sentada numa cadeira, se levantou, agradeceu por tudo que fizeram por ela e deu um abraço na terapeuta. Disse que era argentina e que eram raros os momentos em que ela falava ou escrevia em espanhol (DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO, 04 de novembro de 2013).



Foto 7 – Cartão de Natal feito pela A.L para a terapeuta ocupacional da instituição. Durante as observações de campo verificamos que eram com crianças e pais entregarem desenhos, cartões e

cartas (principalmente quando recebiam alta médica) para os profissionais da saúde, em especial a terapeuta ocupacional, como forma de agradecimento ao acolhimento durante o momento de permanência no hospital.

Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora.

Lembramos aqui a concepção de Tuan (1983) sobre o conceito de lugar, compreendido pelo geógrafo como um espaço dotado de valor afetivo. A brinquedoteca poderia ser apenas mais um espaço dentro da instituição, mas na medida em que ela estimula e proporciona a elaboração de vínculos entre as pessoas, além de contribuir para que essas se expressem como, por exemplo, a mãe que raramente fala em espanhol (sua língua materna), há a atribuição de significados que outros espaços embora semelhantes não podem preencher. Se o brincar é uma ação que envolve vínculo e união, como nos lembram Medrano (2004) e Fortuna (2004), o espaço em que se brinca tenderá a se transformar em um lugar.

Em relação ao acesso ao brinquedo, normalmente, a criança pede para a terapeuta ocupacional, e ela entrega o brinquedo pedido pela criança. Tal situação chama a atenção num primeiro momento, afinal a falta de acesso direto ao brinquedo poderia de alguma maneira, interferir no exercício do livre brincar.

A partir das observações de campo, e das análises das entrevistas com a terapeuta ocupacional e com a assistente social, levantamos algumas questões que podem contribuir para esclarecer o porquê de estabelecer esta 'ponte' entre a criança e o brinquedo. Em primeiro lugar, acreditamos que um dos principais fatores que auxiliam para que tal prática aconteça é o que podemos chamar de 'medo da perda do acesso venoso' e o segundo ponto está relacionado com a falta de pessoas para trabalhar no lugar.

3.4 O Funcionamento da brinquedoteca: profissionais, tempo, acervo e manutenção

Villela e Marcos ao falarem das possíveis maneiras de uma instituição burlar a lei de brinquedotecas, mencionam as seguintes formas que apresentaremos resumidamente: a) apenas criando um espaço com brinquedos sem que haja uma preocupação efetiva-lo em realmente; b) falta de recursos para a manutenção do lugar; c) limitação no tempo de abertura da brinquedoteca; d) falta de pessoas capacitadas para trabalhar no ambiente. Excetuando o primeiro item, as

observações de campo nos levaram a concluir que as demais questões apresentadas são cabíveis à brinquedoteca aqui analisada.

Houve, e isso desde 2003, grupos interessados em fazer com que a brinquedoteca da instituição funcionasse, atingindo assim seu objetivo principal, a humanização do atendimento infantil através do brincar, mas as limitações institucionais acabaram, em certa medida, minando esse propósito.

Ao que diz respeito à falta de pessoas capacitadas a trabalhar na brinquedoteca, os autores fazem referencia principalmente a funcionários da instituição que complementam horas na brinquedoteca e a dependência de voluntários para desenvolver o serviço. Entre outros problemas,

[...] o risco adicional é de haver funcionários pouco especializados e pouco preparados para o desempenho de uma atividade que parece simples, mas não é e que exige conhecimento teórico sobre a criança, dedicação e constante aprimoramento profissional (VILLELA, MARCOS, 2009, p. 14).

Embora a presença de uma terapeuta ocupacional possa a princípio demonstrar uma situação diferente dessa exposta pelos autores, esta vinculação da coordenadora da brinquedoteca com a instituição se tratou muito mais de um 'acaso' do que uma preocupação em manter no local um profissional especializado e capacitado para este tipo de trabalho.

É significativa a fala da terapeuta ocupacional sobre sua chegada no Hospital da Criança. Esta profissional, que até hoje é responsável pela organização e manutenção da brinquedoteca, chegou à instituição em decorrência de uma transferência. Em suas palavras:

[...] caí no Hospital da Criança de paraquedas, assim, puff! Estava trabalhando com terceira idade e, de repente, "oh, você não fica mais na ação social, volta pra saúde" e na saúde me mandaram para o Hospital da Criança. Porque na verdade eu não quis voltar para a saúde mental, então eu tive duas opções: ou eu ia para a saúde mental ou eu vinha para o Hospital da Criança. Então eu disse "vou para o Hospital da Criança". Por uma questão até de ser mais fácil para mim. Bom, estava do lado da minha casa, não tinha porque não vir para o hospital da Criança né? Na verdade assim, não foi uma opção, não foi uma escolha minha, foi uma questão (breve pausa) como se diz... funcional, digamos assim (G. terapeuta ocupacional).

Desta maneira, observamos que a chegada da terapeuta ocupacional na instituição não foi uma medida visando o funcionamento da brinquedoteca, mas, sem sua presença, muito do que foi e é realizado até hoje dificilmente seria concretizado.

Importante ressaltar que desde 2007 está em vigor a resolução nº 324 do COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) dispondo sobre a atuação de profissionais da terapia ocupacional nas brinquedotecas ou outros serviços que utilizem o brinquedo como objeto terapêutico-ocupacional.

Neste sentido cabe ao terapeuta ocupacional, segundo a resolução, desenvolver a atividade do brincar e usar o brinquedo como recurso terapêutico-ocupacional em todos os níveis da atenção à saúde, o que inclui o ambiente hospitalar. Nos artigos 3º e 4º da referida resolução é mencionado:

Artigo 3º – A composição da equipe multidisciplinar da brinquedoteca ou dos serviços inerentes ao desenvolvimento da atividade do brincar e utilização do brinquedo terapêutico-ocupacionais deverá contar com profissional Terapeuta Ocupacional em número que comprovadamente permita o atendimento com qualidade no estabelecimento assistencial público ou privado, competindo apenas a este desempenhar esses serviços.

Artigo 4º – Recomendar que os serviços inerentes ao desenvolvimento da atividade do brincar e utilização do brinquedo como recurso terapêutico-ocupacionais na assistência ao ser humano, em brinquedotecas ou outros serviços, estejam sob a coordenação e responsabilidade técnica do Terapeuta Ocupacional.

Entretanto, mesmo a terapia ocupacional tendo como campo de atuação o ambiente hospitalar, entre outros espaços, e a referida resolução abordar o papel deste profissional nas brinquedotecas hospitalares, havia naquele momento na instituição um desconhecimento em relação ao ofício do terapeuta ocupacional, desconhecimento esse que certamente colaborou para que uma vez atuando nessa instituição, a terapeuta se dedicasse à brinquedoteca em detrimento de outras funções que também poderia desenvolver tendo em vista sua formação. Nas palavras da terapeuta ocupacional:

Bem, eu cheguei aqui e... fui conversar com a administradora da época e, enfim, “ Meu Deus o que que é ... o que você veio fazer aqui?: uma terapeuta ocupacional dentro do hospital!”. É... nem sabia o que era uma terapeuta ocupacional e a gente foi conversando para ver onde é que eu poderia me encaixar . Quando ela falou assim: “olha a brinquedoteca aqui do hospital está desativada”, então eu disse “é pra lá que eu vou”. Porque eu estava bem assustada com o fato de trabalhar com crianças internadas né? Uma coisa que eu não esperava para mim, não tinha preparo emocional ... então quando ela disse que a brinquedoteca estava desativa eu disse “ então vou ativar a brinquedoteca (G. terapeuta ocupacional).

Neste processo, a terapeuta ocupacional ao mesmo tempo em que entrou em contato com os grupos que atuavam no mesmo período na instituição, também procurou se capacitar para o trabalho que desenvolvia, através da realização de

cursos, em especial um ocorrido em Curitiba-PR nesse mesmo ano.³⁸ Embora tal medida tenha sido importante, tratou-se mais de uma vontade individual do que uma ação visando à qualidade no atendimento por parte da instituição. Em outras palavras, os custos referentes ao valor do curso de capacitação, e as demais despesas para se manter na cidade sede do evento, foram custeados pela terapeuta ocupacional. Coube a instituição apenas abonar os dias de falta. Podemos considerar tal questão como uma tensão, na medida em que há dois interesses distintos: de um lado o da terapia ocupacional desejando, a partir de seus saberes, fazer a brinquedoteca funcionar da melhor maneira possível, o que no caso significaria investir em qualificação profissional. Do outro a administração hospitalar que, mesmo considerando válidas as intensões da terapeuta ocupacional, não precisava fazer, entre aspas, nada a mais, pois em termos legais a instituição já contava com uma brinquedoteca.

Ao que diz respeito ao número de profissionais atendendo na brinquedoteca da instituição, achamos pertinente mencionar que segundo a resolução nº 418/12 do COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) um terapeuta ocupacional deve cumprir seis horas diárias somando um total de 30 horas semanais. Ao que diz respeito à forma de atendimento prestado (no caso da brinquedoteca e seguindo a classificação estabelecida pelo COFFITO seria atendimento grupal/ grupo de atividades/ grupo de humanização hospitalar) o número máximo de atendimento por grupo é de 10 pessoas, contando usuário e acompanhante por sessão (que dura em torno de 1 hora).

Durante a pesquisa de campo pôde-se observar que, ao que diz respeito à carga horaria de trabalho, a terapeuta ocupacional da instituição cumpre com o previsto na resolução citada. Entretanto, a demanda da instituição faz com que o número de atendimentos na brinquedoteca muitas vezes seja maior que o previsto pela resolução. Apenas para citar um exemplo, no dia 13 de dezembro de 2013 (último dia de observação de campo) ao todo estavam na brinquedoteca 14 crianças, além de seus acompanhantes. Neste dia foi relatado no diário de campo:

[...] vi que a terapeuta ocupacional passava por apuros, afinal era tanto 'tia, tia, tia' que ela mal conseguia atender as crianças e, volta e meia, era

³⁸ O curso realizado, provavelmente, foi I Curso de Brinquedoteca Hospitalar em Curitiba realizado através de uma parceria entre o SERPIÁ, a Associação Nacional de Brinquedotecas (ABBri) e o Hospital Pequeno Príncipe. O curso foi realizado entre os dias 26 a 29 de agosto de 2009. Disponível em: <<http://brinquedoteca.net.br/?p=2183>>. Acesso 28/02/2014.

possível ver uma mãozinha estendida durante um bom tempo, ou uma vizinha gritando 'tia quero aquele' (DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO, 13 de dezembro de 2013).



Foto 8 – Imagem feita no dia no dia 13 de dezembro de 2013. Apesar da imagem não mostrar todos os que estavam presentes na brinquedoteca, verificamos que em muitos momentos o número de profissionais trabalhando na brinquedoteca é menor que a demanda, além de o espaço ficar aberto somente durante uma hora por dia. Vemos nas imagens que montar quebra-cabeça é uma das atividades mais pedidas pelas crianças, entretanto, devido ao tempo, nem sempre elas conseguem terminar a atividade antes de terem que retornar às enfermarias.

Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora.

Discorrendo sobre a lei 11.104/2005 e as brechas que dão margem para a não realização deste serviço nos hospitais pediátricos, Villela e Marcos (2009) irão nos dizer que:

Reunindo o pior dos mundos, o hospital pode entender que uma sala com brinquedos com alguém para distribuí-los e recolhê-los uma vez por semana durante os meses letivos é suficiente para configurar a existência de uma brinquedoteca hospitalar (p. 17).

Essa situação extrema, não é a vivência na instituição estudada, visto que a brinquedoteca do hospital abre de segunda a sexta durante o período de uma hora. Entretanto, isso não significa que o seu funcionamento atenda a demanda de seus usuários. Durante a pesquisa de campo, e mesmo no momento da realização das entrevistas com os pais, em vários momentos a questão referente ao tempo de abertura da brinquedoteca se fez presente.

Nesse sentido, A. mãe da A. L. (5 anos) que estava internada há 12 dias em decorrência de uma infecção urinária disse o seguinte:

Poderia abrir de manhã e a tarde né? Não só de manhã, ou não só de tarde, por uma ou duas horas. Acho que duas horas é muito cansativo também, mas uma hora de manhã e uma a tarde... No final de semana não fica estressante porque vem o pessoal da AMA e o pessoal do S.O.S que vem brincar com as crianças, dá uma brincadeira e não fica tão pesado, mas seria bom também (abrir a brinquedoteca).

O pai de M. (4 anos de idade) também compartilha o posicionamento de A. sobre o tempo de abertura da brinquedoteca. Em suas palavras ele nos diz: “Eu acho que é pouco [o tempo em que a brinquedoteca fica aberta]. Poderia abrir de manhã e a tarde. E... sábado e domingo não abre... Eu acho que deveria abrir porque as crianças sentem falta”.

Durante nossa pesquisa de observação de campo, a mãe do M. (4 anos de idade) relatou que o I. (também com 4 anos de idade e que dividia a mesma enfermaria que o M.) “passava o dia pedindo para ir até a brinquedoteca e que a mãe dele tinha que leva-lo até lá para que ele observasse que a sala estava fechada e então se conformasse” (DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO, 11 de dezembro, 2013).

O que leva uma pessoa a entender que uma hora para brincar na brinquedoteca é pouco?

Nas palavras de Whitrow (1993, p. 17):

Se o que estamos fazendo interessa, o tempo parece curto, e, quanto mais atenção dedicamos ao próprio tempo, isto é, à sua duração, mais ele parece longe. Nunca um minuto parece tão longo como quando olhamos o movimento do ponteiro dos segundos no mostrador de um relógio.

Em outras palavras, “nossa experiência direta do tempo é sempre do presente, e nossa ideia dele surge da reflexão sobre essa experiência” (WHITROW, 1993, p. 17). A experiência de duração é construída pelo indivíduo numa relação entre algo vivenciado no presente e sua comparação com algum acontecimento vivido no passado ou projetado para o futuro (WHITROW, 1993).

O autor também aponta que o estado físico do sujeito tem impacto significativo sobre a maneira como este compreenderá o tempo, pois, apenas para citar um exemplo, “à medida que ficamos mais velhos, o tempo, tal como o registram o relógio e o calendário, parece passar cada vez mais depressa” (WHITROW, 1993, p. 17). Além disso, nos lembra o autor que alguns elementos, ou situações, podem

alterar nossa percepção do tempo como, à guisa de exemplo, o uso de drogas ou o confinamento em instituições.

O internamento da criança no hospital, associado à vivência da doença, pode influenciar significativamente na maneira como esta, e seu acompanhante, vivenciam o seu tempo. Bayés (2002) argumenta que a partir da percepção do tempo dos pacientes é possível visualizar seu grau de bem – estar ou mal-estar.

No ambiente hospitalar, o paciente pode vivenciar tanto um alargamento do tempo associado normalmente a sentimentos (como, por exemplo, tristeza ou medo) a sensações físicas (dor), situações desagradáveis (ruídos, iluminação, falta de privacidade) e o tempo de espera tanto para o paciente, como para seus acompanhantes ou familiares (seja o fim de um procedimento desagradável, de uma cirurgia ou de um exame).

Nas palavras do autor “quanto mais importante seja para ele a notícia, a pessoa, o acontecimento que espera e quanto mais incertos sejam sua aparição e tempo para ocorrer, mais provável será que o mal estar se traduza em sofrimento” (BAYÉS, 2002, p. 103) ³⁹.

O autor aponta que a sensação de que o tempo está passando de maneira rápida, em especial para aqueles que estão no ambiente hospitalar, está relacionado à realização de atividades que demandam a atenção daqueles que a praticam, ou que são por eles considerados como prazerosas.

Lembramos aqui a fala da A. (mãe da A.L) sobre a brinquedoteca e as atividades que, tanto ela, como a filha, realizavam nesse espaço:

A gente não vê a hora de vir pra cá, porque daí a gente sai do quarto né, daquele clima fechado, tudo quieto.. aqui é mais descontração ... igual aquele dia que nós fizemos aquele negócio (aponta para a porta da brinquedoteca onde está uma árvore de natal feito por ela em conjunto com outras acompanhantes e crianças que estavam internadas) nossa, para mim aquilo foi uma terapia! Foi muito bom! Para a A.L também, que sente falta da escola, né? (A. Caixa de posto de gasolina, mãe da A. L).

Nesse sentido, como destaca Bayés (2002) embora o tempo do relógio e do calendário seja o mesmo para todos, pacientes, familiares e profissionais da saúde o vivenciaram de maneira distinta; tal apontamento leva o autor falar sobre a importância de estes últimos olharem com sensibilidade o tempo subjetivo dos

³⁹ Quanto más importante sea para él, la noticia, persona o acontecimiento que espera y cuanto más inciertos sean su aparición o el momento en el que tendrá lugar, más probable será que el malestar se traduzca en sufrimiento (BAYÉS, 2002, p.103). (Tradução livre do espanhol).

doentes e seus familiares, criando medidas para amenizar o sofrimento e os estados emocionais negativos dos pacientes e acompanhantes.

Roucoux e Brougère (1999) inspirados no trabalho da escritora inglesa Virginia Woolf, *Um Teto Todo Seu*, argumentam que invariavelmente reivindicar um ‘espaço para si’ – no caso de Woolf um espaço para a produção intelectual feminina, no caso dos autores citados um espaço para brincar – significa também lutar pela conquista de um ‘tempo para si’.

Se pensarmos no caso analisado nesse trabalho, a existência de um espaço físico em que há uma determinada quantia de brinquedos não torna tal local ‘um espaço para si’; ao menos não no período em que a sala está fechada. Compreendemos que da mesma maneira que o brinquedo só existe no momento da brincadeira, antes disso ele não passa de um simples objeto inanimado, a brinquedoteca só existe no momento em que as pessoas têm a possibilidade de apropriar-se desse espaço para torná-lo um lugar.

A interdição, ou melhor, a limitação do tempo de acesso à brinquedoteca (no caso estudado, permitindo seu funcionamento durante uma hora) é também uma interdição do uso do espaço.

Controlar o tempo e o espaço é uma das formas do exercício do poder disciplinar, poder esse que afeta a experiência do sujeito. Brougère (2005) nos lembra que em nossa sociedade o brincar possui um ‘determinado tempo’. O tempo da criança, como bem ressalta o autor, é controlado tanto na família, como nas demais instituições que fazem parte de seu cotidiano.

Em contraponto as outras maneiras de vivenciar o tempo, o tempo do brincar é entendido como um tempo destinado para si; tempo este em que não há imposições, sendo, portanto um tempo de liberdade, mesmo que este tempo livre esteja inserido na lógica do tempo das obrigações sociais. A partir de tais questões, podemos entender a fala da E., mãe da M.V (4 anos):

Ah! É bom pras crianças né? Só ficar no quarto e... é... não passa o tempo. E é bom aqui porque é um momento deles, que eles brincam, pintam, rebolam, fazem o que querem. É muito bom. (E. mãe da M.V).

Para Brougère (2005) a vivência do tempo livre experimentada através do brincar proporciona outra maneira de vivenciar o tempo, pois se trata do resultado de uma escolha. Neste sentido, o brincar altera a percepção da duração. Mesmo que a brinquedoteca através da prática do livre brincar, tenham um caráter terapêutico (no

caso da brinquedoteca hospitalar) ou educativo (brinquedotecas em escolas, ou universidades, para citar alguns exemplos) Roucous e Brougère (1999) nos lembram que não são essas funções que atraem crianças e adultos para tais espaços, mas sim a possibilidade de brincar sem o compromisso de atingir determinado fim. Nesse sentido, o brincar é subversão ao poder disciplinar pois, como nos diz Foucault (1987), se o tempo disciplinar é dividido com o objetivo de melhor alcançar um determinado fim (no caso do hospital, oferecer o tratamento necessário e a cura quando possível), no tempo do brincar não há objetivos para além da brincadeira.

Duas questões são essenciais para entendermos porque a brinquedoteca da instituição possui um horário tão limitado. Em primeiro lugar, devemos lembrar que este horário das 10 às 11 horas da manhã foi determinado pela equipe de enfermagem levando em consideração a rotina hospitalar.

Carapinheiro (2005) aponta a autonomia, entendida pela autora como o poder de controlar seu próprio trabalho, podendo, se for o caso, responder pelas ações praticadas, importante para o exercício e análise de práticas num espaço marcado por relações de poder como é o caso do hospital. Desta forma, destacam-se nesse ambiente duas formas de poder: o administrativo e o médico, entretanto, nos lembra a autora, esta última é a única que além de ser verdadeiramente autônoma, consegue restringir e delimitar dos outros profissionais.

Esta falta de autonomia gerada pela própria lógica das relações de poder existente na instituição tende a gerar no cotidiano hospitalar tensões e conflitos, principalmente quando uma nova prática ameaça, ou é entendida como tal, as relações de poder já estabelecidas.

Negociar é então o principal instrumento disponível tanto para os demais profissionais, como para as pessoas que estão internadas. Entretanto, nem sempre a negociação ocorre de forma amena, fazendo com que aquilo que a princípio era uma tensão se transforme em conflito.

A assistente nos relata que em 2003 algumas pessoas da equipe de saúde se mostraram resistentes em relação à brinquedoteca. Em suas palavras:

Inicialmente demonstraram resistência em função da preocupação que a criança perdesse o acesso venoso. Em seguida se acostumaram e perceberam os benefícios deste momento lúdico para a criança e para a mãe (e/ou acompanhante) (A.L. assistente social).

Entretanto, se houve uma aceitação da proposta da brinquedoteca no decorrer de 2003, no momento de reabertura deste espaço os problemas parecem ter retornado em 2009:

Bom, foi bem complicado Bruna, começando pela questão do horário né? Limitando o horário da brinquedoteca, de 1 hora, e... foi bem complicado. De início eu tinha que, muitas vezes, disputar a criança com os demais técnicos (até esse momento ela está escolhendo as palavras, quando fala isso ela dá ênfase). Sabe, eu ia e muitas vezes encontrava até barreira física para não entrar na enfermaria, para não pegar a criança porque iam perder o acesso, é... não era pra brincar e eu disputava mesmo, só faltava sair no braço, disputava mesmo! Eu dizia: “mãe é pra levar, seu filho tem o direito de brincar e se perder o acesso a gente vai ver o que faz!” Né, eu tive durante o ano, durante muito tempo eu tive que disputar criança. É incrível, porque eu acho até que eu acabei adquirindo uma cultura de que eu vou todos os dias de enfermaria em enfermaria chamando as crianças para vir brincar (bate da mesa). Aviso que a brinquedoteca vai abrir, me apresento, falo para as mães que ainda não sabem que tem uma brinquedoteca, eu falo que onde que é, digo que é importante ir... As mães perguntam “ah! Mas o médico vêm e eu vou perder a consulta?” Não, não vai. (G. terapeuta ocupacional).

Senhoras (2007) ao estudar a cultura na gestão hospitalar, argumenta que esta rejeição de tudo o que é considerado novo e que ameaça valores já estabelecidos, é algo comum, visto que novas práticas exigem a busca de novas maneiras de lidar e resolver problemas, tanto os já existentes como aqueles que serão ocasionados a partir do estabelecimento de novos costumes.

Para se protegerem dessa ameaça, em muitos casos, os médicos e enfermeiros desenvolvem resistências às mudanças em razão do medo do que é desconhecido, preferindo, assim, continuar com seus próprios canais de comunicação e padrões de conduta, a fim de realizarem suas atividades como sempre fizeram (SENHORAS, 2007, p. 47).

O medo da ‘perca do acesso venoso’, apresentado nos dois relatos como um dos fatores que justificavam a rejeição quanto ao funcionamento da brinquedoteca é, em certa medida, um elemento que possui impacto nas práticas na brinquedoteca até os dias de hoje.

Se levarmos em consideração que a brinquedoteca é um espaço em que as crianças “brincam, pintam, rebolam, fazem o que querem” (para recordarmos os termos utilizados pela E.) a criança ao brincar abandona, ainda que muitas vezes momentaneamente, o papel de paciente – que segundo Soar Filho (1998, p. 35) “traz implícita a ideia de uma passividade e de uma posição hierarquicamente inferior” – sendo que, ao adotar uma postura ativa, a criança pode esquecer os

cuidados necessários com o braço, ou região, em que está o chamado ‘acesso venoso’.

A terapia intravenosa é um dos recursos mais utilizados na saúde, sendo adotado em várias situações distintas como “correção de distúrbios hidroeletrólíticos, reposição de sangue e derivados, administração de nutrição parenteral total ou parcial ou para a administração de medicamentos” (GUIMARÃES, 2008, p. 61). Pertelini, Chaud e Pedreira (2003, p. 89), ao falarem de suas pesquisas sobre os cuidados em enfermagem e a importância da terapia intravenosa, nos explicam que “dois terços das atividades diárias eram destinadas à realização de atribuições relacionadas à terapia intravenosa, que abrangiam desde o planejamento da administração até a retirada de cateteres intravenosos”.

Gomes, Nascimento, Silva e Santana (2013, p. 884) complementam tal informação ao nos dizer que um dos principais desafios no campo da enfermagem é “a obtenção de um acesso venoso seguro, a fim de garantir a eficácia do seu tratamento, a qualidade da assistência, além de minorar a sua exposição à dor, ao estresse, e aos efeitos adversos de origem mecânica e infecciosa”.

Guarise, et al (2010, p. 16) ao discorrerem sobre a punção intravenosa em crianças hospitalizadas nos informam que este é um dos procedimentos que mais causam medos na criança, pois se trata de um procedimento invasivo e doloroso. Além disso, as singularidade das crianças “como as características anatômicas e fisiológicas, podem dificultar o sucesso na obtenção de um acesso intravenoso periférico, independente da habilidade da enfermeira”; sendo muitas vezes necessário a realização de várias tentativas até que o profissional consiga obter o acesso venoso.

Tais dificuldades, aliados ao estresse provocado tanto no profissional, como na criança, geram uma série de receios e cuidados que, mesmo que não sejam verbalizados, se fazem presentes no cotidiano na brinquedoteca.

O que observamos aqui, inspirados em Foucault (1987) e Carapinheiro (2005), são saberes/ poderes que se confrontam: de um lado temos a terapia ocupacional e do outro a enfermagem. Embora as duas tenham como objetivo, cada uma à sua maneira, cuidar da saúde e do bem-estar do paciente, observamos que a enfermagem possui mais autonomia que a terapia ocupacional. Desta forma, para fazer a brinquedoteca da instituição funcionar, além de negociar, o cotidiano da terapia ocupacional é feito também de resistências. Isso contribuiu para que no

hospital o direito ao brincar e os cuidados com o acesso venoso não fossem vistos como opostos.

No decorrer da pesquisa de campo observamos que um dos principais conselhos dados às crianças na brinquedoteca é para que essas cuidem dos braços em que está o equipo deixando, sempre que possível imóvel. Então, era comum ouvir um “olhe esse bracinho”, “cuidado com o braço” ou ainda “mantenha a mão abaixada”, sendo que um movimento brusco por parte da criança pode gerar tensão para o adulto que a acompanha, como foi o caso relatado no Diário de observação de campo do dia 10 de dezembro de 2013:

Algumas crianças já estavam em frente a suas enfermarias aguardando a G. ir chama-las para ir até a brinquedoteca. Então, ela me pediu para que eu acompanhasse essas crianças, enquanto ela chamava as outras. Como a porta estava fechada, ficamos esperando a G. voltar. Eu ajudava o M. a carregar o suporte do soro. Quando a porta da brinquedoteca abriu, o M. movimentou-se rápido para entrar na brinquedoteca, passando na minha frente e logo em seguida, a E. e a V. também me “atropelaram” entrando antes de mim. Pedi, um tanto assustada, para que o M. esperasse, pois fiquei com medo que ele perdesse o acesso. A mãe da V. e a G. deram risada e fizeram piadas sobre a pressa das crianças.

Desde 2009 o serviço prestado na brinquedoteca conquistou a aceitação dos demais profissionais que trabalham na instituição. Se, anteriormente, havia até mesmo ‘barreiras físicas’ para impedir a criança de ir até a brinquedoteca, durante as observações de campo vimos que em muitos momentos as crianças iam até a brinquedoteca acompanhada de um técnico em enfermagem ou de uma enfermeira.

Em muitos casos, os próprios profissionais incentivavam as crianças a irem até a brinquedoteca.

Enquanto eu estava no corredor uma enfermeira veio confirmar comigo se a brinquedoteca seria aberta. Disse que sim, depois eu a vi em frente à brinquedoteca dizendo para um menino de 2 anos que “quando essa porta (se referindo à porta da brinquedoteca) abrir, você pode vir aqui brincar” (DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO, 18 de novembro de 2013).

Em outros, técnicos em enfermagem, estagiários entre outros, aproveitavam a ida até a brinquedoteca (para observar alguma criança, aplicar algum remédio, etc.) para pedir a terapeuta ocupacional algum brinquedo ou desenho para alguma criança que não poderia ir até a brinquedoteca.

Cabe ressaltar que as dificuldades e tensões, ocorridas principalmente em 2009, não estavam relacionadas apenas à equipe de saúde, mas também aos voluntários que no período utilizavam a brinquedoteca. Ao falar sobre o trabalho dos

voluntários, apesar de ressaltar como positivas as ações de grupos como as do grupo S.O.S Doutores Palhaços, existiram problemas relacionados aos voluntários, por não compreenderem a dinâmica da instituição:

No início eu tive dificuldades com um grupo, sim, que queria ocupar o espaço, mas não tinha uma visão do brinquedo. Simplesmente era uma coisa voltada até para passar uma mensagem religiosa [...] Levavam as crianças, sentavam e começavam a fazer atividades com cunho mais religioso do que lúdico [...] eles usavam a brinquedoteca às vezes até pra fazer lanche e, quando eu chegava na segunda, estava tudo sujo de comida, garrafas de refrigerantes... enfim, imagina o que aconteceu! (G. Terapeuta Ocupacional).

Um dos fatores que pode ter contribuído para essa situação é a inexistência de um projeto para a brinquedoteca. Neste relato podemos ver duas formas distintas de compreender o espaço: a primeira, a dos voluntários, que o viam como um lugar de divulgação de uma mensagem religiosa, o segundo o da terapia ocupacional em que o brincar, espontâneo, é visto como um recurso terapêutico. Novamente, inspirados em Foucault (1987) podemos falar em saberes/poderes que se opõem: de um lado o saber religioso e sua visão de que aquele poderia ser um espaço de divulgação de uma mensagem religiosa, do outro o saber da terapia ocupacional que observa a brinquedoteca como um espaço terapêutico.

Como resolução para tal embate, o setor de Terapia Ocupacional e o Serviço de Assistência Social da instituição, no decorrer do ano de 2009, se reuniram para pedir que os voluntários que atuam no hospital tivessem uma sala onde pudessem se trocar, caso necessário, além de guardar seus pertences. Algum tempo depois o hospital atendeu a reivindicação. Além disso, a postura do grupo citado mudou, realizando o trabalho nas enfermarias.

Tendo em vista tais questões, podemos dizer que apesar de algumas limitações, principalmente em relação ao horário de funcionamento da brinquedoteca e ao número reduzido de profissionais atuando no espaço em relação à demanda, a brinquedoteca da instituição conseguiu se estabelecer enquanto espaço importante para as crianças, ganhando inclusive um respeito que anteriormente não existia.

3.4.1 Acervo

Segundo a portaria nº 2.261/2005, que estabelece as diretrizes para instalação e funcionamento das brinquedotecas instaladas em hospitais com atendimento pediátrico em regime de internação, em seu capítulo VI, artigo 8º, que

discorre sobre a questão do financiamento, “o financiamento para a criação das brinquedotecas contarão com subsídios do próprio estabelecimento hospitalar pediátrico ou com subsídios externos nacionais ou estrangeiros, recursos públicos ou privados”.

Ao que se refere ao acervo lúdico da brinquedoteca do Hospital da Criança, como dito anteriormente, tanto no momento de abertura da brinquedoteca em 2003, como a reabertura em 2009, contou com a colaboração de pessoas e/ou empresas dispostas a ajudar a equipar o espaço.

Foltran, et. al. (2007) ao discorrerem sobre a função da brinquedoteca e do acervo nesses espaços nos informam que:

As brinquedotecas devem conter um acervo variável de brinquedo para que possa atender todas as faixas etárias e as necessidades que os usuários apresentam. Eles devem estimular a curiosidade, a imaginação, desenvolver as capacidades que as crianças podem apresentar e explorar seus sentidos (p. 1404).

Além disso, a mobília da brinquedoteca, brinquedos e demais objetos que ajudam a compor o espaço devem ser de fácil higienização, pois sempre após o uso tais objetos devem ser limpos com água e sabão ou álcool 70% para evitar contaminações. Assim, objetos que não podem ser limpos com facilidade (como ursinhos feitos de pelúcia ou demais brinquedos que não podem ser lavados) não devem fazer parte do acervo lúdico da brinquedoteca⁴⁰ (FOLTRAN; et. al., 2007).

Todos os objetos e brinquedos da brinquedoteca (desde os lápis de cor a carrinhos, bonecas e motinhas) devem ser limpos após o uso. Na brinquedoteca analisada neste trabalho, em média o tempo que duas pessoas levam para realizarem a higienização dos brinquedos, e demais objetos, é de uma hora. Entretanto, normalmente este trabalho é realizado apenas pela terapeuta ocupacional, o que indica que o tempo para limpar os brinquedos, para que seja possível que os mesmos sejam usados posteriormente, é maior.

⁴⁰ Quando há doações de brinquedos feitos de pano ou pelúcia para a brinquedoteca do hospital da criança, normalmente (depois de verificado pela terapeuta ocupacional se o mesmo tem condições de uso) ele é guardado na sala da terapia ocupacional e quando há alguma data especial, como aniversário ou situação semelhante, ele é doado de presente para uma criança.



Foto 9 – O acervo da brinquedoteca melhorou significativamente desde que o lugar foi reinaugurado em 2009. Alguns brinquedos, como o escorregador, apesar de ainda permanecerem na instituição, ajudam a compor um novo espaço – a pracinha ao ar livre. Outros continuam na brinquedoteca, como é o caso das motinhas.

Fonte: Site da prefeitura municipal de Ponta Grossa. Disponível em: <<http://brinquedotecahospitalar.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 02/07/2013.



Foto 10 – Imagem da brinquedoteca do Hospital da Criança feita em novembro de 2013. Se compararmos esta imagem com a anterior verificaremos que o acervo da instituição foi ampliado. A aquisição e manutenção do acervo são feito a partir de doações.

Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora.

Brinquedos, aparelhos eletrônicos, e todos os demais itens que ajudam a compor a brinquedoteca, são produtos perecíveis que – mesmo que os devidos cuidados sejam tomados para que o tempo de utilização desses materiais seja longo – em algum momento um brinquedo pode se desgastar devido ao uso e quebrar, um aparelho pode apresentar defeitos, lápis de cor e tintas chegarão ao fim.

A falta de recursos para a reposição do acervo, mesmo que existam pessoas e grupos que façam doações (principalmente em datas comemorativas), tem impacto significativamente no cotidiano vivido na brinquedoteca: em primeiro lugar porque a incerteza em relação à reposição do acervo gera estresse na profissional que trabalha nesse ambiente, pois a falta de material afeta significativamente a maneira como seu trabalho é desenvolvido.

Enquanto estávamos na brinquedoteca arrumando-a para a chegada das crianças, a G. me contou que o aparelho de DVD da cinemateca/ gibiteca estragou. Como havia um aparelho reserva, ela colocou no lugar do que havia estragado. Enquanto falávamos disso, a G. foi ligar a televisão da brinquedoteca para colocar o DVD da Galinha Pintadinha. Não obteve sucesso porque nem a televisão, nem o aparelho funcionou. Mais tarde vimos que, felizmente, o problema não eram os aparelhos eletrônicos, mas com a extensão em que tais aparelhos eram ligados (DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO, 18 de novembro).

Como todo o acervo é composto por doações, e a maioria das doações é realizada a partir de objetos e materiais que o doador tem à sua disposição e que não as necessidades da instituição naquele momento, muitas vezes uma determinada demanda não é atendida. Observamos que uma ausência de brinquedos destinados às crianças com até dois anos de idade. Toda vez que um bebê vai até a brinquedoteca, a terapeuta ocupacional precisa improvisar, fazendo ‘chocalhos’ colocando brinquedos pequenos dentro de outros maiores de modo que, seja seguro para a criança e ao mesmo tempo seja atraente para a mesma.

Mesmo que o objetivo principal da brinquedoteca não seja o brinquedo em si, mas o estímulo ao livre brincar, não devemos desconsiderar o papel que tais objetos, afinal ele é:

[...] acima de tudo, um dos meios de desencadear a brincadeira. Porém, a brincadeira escapa, em parte, ao brinquedo. Este tem, em contrapartida, funções sociais relativas à maneira como ele é colocado à disposição da criança (BROUGÈRE, 1997, p. 21).

Complementando a afirmação acima, o autor irá nos dizer que “o brinquedo tem por característica essencial ser uma imagem num objeto e num volume”

(BROUGÈRE, 1997, p. 22). O brinquedo é, portanto uma sugestão, uma imagem, que a criança no brincar manipula.

[...] não chegaríamos certamente à realidade ou ao conceito do brinquedo se tentássemos explicá-lo tão-somente a partir do espírito infantil. Pois se a criança não é nenhum Robinson Crusoé, assim também as crianças não constituem nenhuma comunidade isolada. Da mesma forma, os seus brinquedos não dão testemunho de uma vida autônoma e segregada, mas são um mudo diálogo de sinais entre a criança e o povo (BENJAMIN, 2002, p. 94).

Neste “mudo diálogo de sinais” com a criança hospitalizada, a mensagem é clara, embora pronunciada de maneira muito tímida e camuflada: o brincar no hospital, mesmo que considerado como algo essencial na visão de alguns grupos e inserida dentro das políticas de humanização do atendimento a saúde, é visto como algo secundário. Por ter tais características, é mais fácil remover as barreiras físicas que impedem uma criança em ir até a brinquedoteca do que conseguir recursos para manter e organizar o espaço.

Sempre em que há um desejo em propor algo diferente para as crianças e os pais, como foi o caso da elaboração de enfeites de natal feito do dia 27 de novembro de 2013, muitas vezes a terapeuta ocupacional acaba arcando com os custos.

Apesar de ter na brinquedoteca alguns materiais como E.V.A, cartolina, algodão, cola glitter foram comprados fitas, papel crepom e alguns enfeites natalinos para as crianças e as mães utilizarem. Como não há verba para a aquisição desse tipo de material, a G. bancou tudo. (DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO, 27 de novembro de 2013).

Não por acaso, ao pedirmos para a terapeuta ocupacional relatar alguma história relacionada à brinquedoteca, o tema principal do relato está relacionado com a questão do acervo.

Internaram dois meninos: o primeiro menino ele estava bem, bem ruizinho assim, veio aqui pro hospital por uma coisa emergente e ele estava no isolamento. E daí eu cheguei e, nossa, dei oi, já conhecia a criança, a mãe e tal... e como ele estava no isolamento ele não podia sair. Então ele me disse “tia você lembra daquele hominho que eu gostava de brincar? Você ainda tem ele?” daí ele me descreveu o hominho. Eu sabia qual era, então eu disse “ainda tem sim!” e fui na sala, busquei, e quando fui no isolamento levando o hominho ele ficou numa alegria só e aquilo me emocionou sabe? [...] Isso me marcou bastante porque fala da questão do cuidado né com os brinquedos e em seguida aconteceu um outro caso que era um menino que veio também e ele pediu o dragão que ele brincou aqui um tempo atrás e o dragão ‘tava lá e o dragão foi fazer a alegria dele na enfermaria de isolamento [...]. E eram crianças que tinham passado aqui há muito tempo (estrala dos dedos) que já havia feito dois ou três anos e eles lembravam dos brinquedos (G. Terapeuta Ocupacional)

O brinquedo, nesses casos, acabam se tornando uma referência com dimensão afetiva. Nesse sentido, era comum observamos algumas crianças brincando sempre com os mesmos brinquedos, como era o caso do M. (4 anos) que sempre pedia a pista de carros, carrinhos e dois tratores para brincar.

A falta de recursos para manter o acervo, associado com a incerteza sobre as doações, empréstimos sem controle (por não ter sido realizado pela terapeuta ocupacional, nem ter sido a ela avisado) além de doações de brinquedos que compõem o acervo da brinquedoteca, acabam sobrecarregando a coordenadora da brinquedoteca, atribuindo à profissional algo além daquilo que deveria ser sua função. No decorrer da entrevista com a terapeuta ocupacional ela nos relatou o seguinte:

[...] o pessoal da enfermagem tem essa chave (da brinquedoteca), então às vezes eu chego e já foi algum brinquedo para empréstimo, sem tá no meu controle. Eu também faço empréstimo de brinquedo, mas eu sempre resgato no outro dia. Às vezes também acontece de alguma criança pegar um brinquedo e, mesmo que eu não tenha outro pra repor, eu acabo fazendo a doação. Porque também eu não vou deixar uma criança sair da sala chorando ou ficar na enfermaria chorando porque tá com vontade de ficar com aquele brinquedo da brinquedoteca. Eu acabo fazendo a doação porque acho importante a criança ... já que está em sofrimento aqui no hospital, e muitas vezes ela não tem um brinquedo, eu não vejo porque não dá. (G. terapeuta ocupacional).

Segundo o dicionário Houaiss, o termo ‘resgatar’ significa tanto “recuperar (algo cedido a outrem) mediante pagamento” ou ainda “conseguir (algo) à custa de esforço e sacrifício”. Na maioria dos casos, quando o empréstimo de brinquedos, ou livros, é realizado pela terapeuta ocupacional, sempre é dito para a criança e seu acompanhante que aquele é ‘um empréstimo da brinquedoteca’ e que no dia seguinte seria necessário devolver para que ‘outras crianças também pudessem brincar’.

Paula (2008, p. 3) descreve as brinquedotecas como “espaços de construção da cidadania, uma vez que trabalham com a preservação do acervo dos brinquedos como bens públicos”. Fortuna (2011) nos lembra que para uma brinquedoteca funcionar, além da existência de uma sala com brinquedos, se faz necessário organização, manutenção e reposição do acervo o que requer a existência de “tempo e recursos materiais e humanos especialmente qualificados para esse fim” (p. 163). Importante ressaltar tal questão, afinal mesmo que haja boa vontade em emprestar um brinquedo para a criança numa enfermaria, sempre é

necessário explicar que é um empréstimo para que situações constrangedoras sejam evitadas.

A falta de recursos pode gerar, mesmo não sendo o objetivo, uma supervalorização do objeto gerando estresse tanto para a profissional que coordena a brinquedoteca pois ‘ela é responsável pela organização e manutenção do acervo’ como para os usuários que ficam a mercê de doações para que seu direito a um espaço que o estimule a brincar seja garantido, afinal:

[...] você pede brinquedo para a prefeitura... pode esquecer, material pedagógico, como a gente precisa, do apoio desse material como lápis, borracha, apontador, tinta, enfim essas coisas que são necessárias não tem esse apoio. Então, o que eu tenho é porque eu cuido e vou aos poucos fazendo a reposição na brinquedoteca (G. terapeuta ocupacional).

Além da questão do acervo, a limpeza da brinquedoteca é um outro problema que gera tensões na vivência cotidiana. Embora brinquedos e mesinhas sejam limpos pela terapeuta ocupacional, o chão da brinquedoteca é de responsabilidade da equipe de limpeza da instituição.

No decorrer da pesquisa de campo não foram raros os dias em que ao chegar à brinquedoteca víamos que a mesma não tinha sido limpa.

Para citarmos um exemplo, no dia 02 de dezembro de 2013 foi registrado a seguinte situação:

O cantinho do giz estava todo bagunçado, as mesas muito sujas e cheia de papéis, pontas de lápis... Vi que a G. ficou bastante incomodada, até porque a brinquedoteca também não havia sido limpa. Ela disse que iria pedir para limparem o local para, só então, deixar os desenhos e o giz de cera (DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO, 02 de dezembro de 2013).

No dia seguinte, a brinquedoteca novamente não estava limpa e “eu ouvi alguns funcionários no corredor conversando, eles falaram que ontem só havia uma zeladora para limpar um hospital inteiro⁴¹” (DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO, 03 de dezembro de 2013). Na quarta-feira, dia 04 de dezembro, no hospital havia até folhas secas na recepção; nem seria preciso mencionar que o chão da brinquedoteca estava sujo.

Fortuna (2011, p. 169) ao discorrer sobre os problemas enfrentados pelas brinquedotecas hospitalares, aponta que “o status rebaixado do brincar em nossa cultura interfere negativamente no status daqueles que se ocupam disto no hospital”.

⁴¹ O Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira possui ao todo 9.000 m², contando com estacionamento e área livre, sendo deste total 5.600 m² de área construída.

Tal diferenciação, segundo a autora, pode gerar até discriminação, isolamento deste profissional ou tratamento prejudicial na carreira.

Observamos que os problemas referentes a falta de recursos humanos, manutenção do acervo, tempo de funcionamento da brinquedoteca e a limpeza do espaço, além de uma possível falta de reconhecimento do trabalho desenvolvido, acabam gerando falta de estímulo para o desenvolvimento das atividades. Ao falar dos meninos que lembraram dos brinquedos com os quais brincaram a anos atrás, a coordenadora da brinquedoteca nos diz que:

Isso pra mim foi muito importante porque dá uma gratificação, afinal né a gente cuida, cuida e ninguém valoriza o seu trabalho. Ninguém vem e diz “nossa, como a brinquedoteca tá legal” é...“como que você consegue manter tudo, ainda assim cuidando e tal ?...” As crianças lembrarem, isso pra mim foi muito legal! (ela se emociona um pouco, o olho começa a querer lacrimejar). Foi gratificante e eu continuo cuidando dos brinquedos (faz uma voz mais firme e nós duas damos risada). (G. terapeuta ocupacional).

Nesse sentido, fazer a brinquedoteca funcionar, dia após dia observar o acervo disponível para dividir, por exemplo, lápis de cor e giz de cera entre a brinquedoteca, cantinho do giz e empréstimos nos quartos, ir atrás do responsável pela limpeza, mesmo sabendo que o número de profissionais disponíveis para aquele dia é limitado.

CONCLUSÕES

Desde 2005 a brinquedoteca hospitalar passou a ser obrigatória para todos os hospitais com atendimento pediátrico que prestam serviços em regime de internação. Passado o momento de entusiasmo com a conquista no campo legal, e o estranhamento de muitos sobre o que seria esse espaço, torna-se necessário avaliarmos a função que a brinquedoteca possui no ambiente hospitalar e o cotidiano desses espaços no ambiente hospitalar. Para a realização deste trabalho, optamos fazer um estudo de caso num hospital pediátrico público localizado no município de Ponta Grossa/PR.

Entretanto, como analisar tal questão sem que conheçamos – ainda que vagamente – a história da instituição a qual essa brinquedoteca está vinculada e que ajudará a traçar tanto sua singularidade como sua funcionalidade?

O exercício de olhar para trás é muito mais que simplesmente traçar uma cronologia, um quadro evolutivo, resgatar um passado ou ainda vislumbrar uma origem de algo que seria totalmente inovador, sem nenhuma vinculação com o que teria existido anteriormente.

Ao escrevermos sobre a construção do hospital como um espaço de cura, procuramos desnaturalizar o olhar acostumado com esse hospital em que “[...] a medicina é praticada no que ela tem de mais avançado, especializado, inovador e complexo – e caro!” (PORTER, 2004, p. 165).

No primeiro capítulo desta dissertação, vimos a partir de Foucault (1977; 1990) que a instituição hospitalar tal como atualmente a conhecemos surge a partir do século XVIII. Antes desse momento, a medicina não necessitava do hospital para a sua prática e ensino, sendo que tais espaços eram utilizados para o exercício da caridade e para a exclusão de pessoas indesejadas socialmente.

Com as mudanças ocorridas na maneira como a Medicina era compreendida e praticada, as estruturas físicas dos hospitais também passaram por transformações para que estes pudessem se caracterizar como um ‘suporte das práticas médicas’ (TOLEDO, 2008).

Nesse sentido, só é possível que pensemos em brinquedoteca hospitalar no momento em que o hospital se torna um espaço voltado para o cuidado, o ensino e a garantia do atendimento integral. Tais questões virão à tona com maior intensidade a partir dos estudos da Psicologia e da Psicanálise no decorrer do

século XX; considerado por Marcilio (1998) o século da valorização e defesa da criança, pois neste período que se formulam os seus direitos básicos, sendo também o século que irá reconhecer a criança como um ser humano especial, possuindo características peculiares e, portanto que necessitariam de direitos próprios.

Ao que diz respeito aos cuidados com a criança hospitalizada, os estudos sobre a relação mãe-bebê e as descobertas referentes aos problemas psicológicos que a hospitalização pode provocar na criança estimularam várias medidas visando o bem-estar das crianças no período da hospitalização, principalmente a partir da década de 1950.

Entre as ações e medidas criadas no decorrer desse século, a nível internacional, mencionamos a elaboração, na Grã-Bretanha, do relatório Platt elaborado a pedido do Ministério da Saúde da Inglaterra. Tal relatório visava, entre outras questões, a inserção dos pais no ambiente hospitalar acompanhando a criança hospitalizada em tempo integral, além da inserção de atividades recreativas para as crianças hospitalizadas. Tais questões nos levam a compreender que, apesar de existirem ações envolvendo o brincar nos hospitais em períodos anteriores, a existência de brinquedotecas hospitalares só é possível a partir da segunda metade do século XX, pois é nesse momento que a singularidade da criança é posta em evidência, auxiliado pelas pesquisas sobre as consequências da hospitalização para a criança, elaborando medidas visando o seu bem-estar. O brincar entra no ambiente hospitalar no momento em que há a compreensão de que ele contém efeitos terapêuticos. Lembramos aqui as ideias de Winicott (1975) que entendia que a saúde psíquica estava relacionada com a capacidade de criar que, por sua vez, é exercida no brincar.

Ao que diz respeito à brinquedoteca hospitalar, no final da década de 1950 a enfermeira Ivonny Lindquist deu início ao desenvolvimento de trabalhos com brinquedos no hospital em que trabalhava. O sucesso do trabalho desenvolvido resultou na elaboração do livro *A criança no hospital: terapia pelo brinquedo*, publicado inicialmente na década de 1970, além de inspirar a Secretaria Nacional de Saúde e Bem-Estar Social a elaborar, após um intenso debate sobre a importância do brincar no hospital, a aprovação na Suécia de uma lei obrigando os hospitais do país a contarem com uma brinquedoteca em suas instituições.

Tal experiência servirá de exemplo para vários países do mundo, incluindo o Brasil. No projeto lei elaborado em 1999 pela deputada Luíza Erundina e encaminhado à Câmara dos Deputados embasa sua argumentação sobre a relevância do projeto mencionando a experiência da Suécia, além de citar o trabalho desenvolvido na Escola de Indianópolis, São Paulo, por Nylse Cunha que “afirmava a necessidade de brinquedoteca em trabalho com crianças autistas e portadoras de doenças mentais” (BRASIL, 1999, p. 2).

Sobre o Projeto lei nº 2.087-A de 1999 e sua comparação com a lei nº 11.104, de 2005, observamos que, se por um lado houve uma ampliação do texto referente a instalação das brinquedotecas (que a princípio estava previsto apenas para os hospitais da rede pública de saúde e, na versão final ficou sancionado que todos os hospitais que possuem atendimento pediátrico com regime de internação devem contar com uma brinquedoteca, independentemente se são vinculados à rede pública de saúde ou não); não podemos deixar de destacar que na versão final o art. 3º e 4º do Projeto Lei, mencionando que a responsabilidade da instalação das brinquedotecas seria do Ministério da Saúde foram suprimidos, tendo impacto na forma como a brinquedoteca hospitalar analisada neste trabalho funciona.

Procuramos ressaltar, ao longo do trabalho, que tão importante quanto acompanhar as mudanças e conquistas realizadas no campo legal é observar como a brinquedoteca tem sido incorporada e rejeitada dentro do cotidiano hospitalar. Tal questão nos levou a ressaltar o cotidiano como categoria de análise, compreendido como o espaço em que os micropoderes são ao mesmo tempo exercidos e burlados (FOUCAULT, 1987 e CERTEAU, 1994).

Para respondermos qual a função da brinquedoteca no Hospital Da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira, optamos em olhar ainda que brevemente para a história desta instituição para compreendermos os fatores que contribuíram para a implantação de uma brinquedoteca neste hospital, visto que a primeira tentativa foi realizada em 2003, sua desativação e reabertura em 2009.

A primeira tentativa de abertura da brinquedoteca na instituição aconteceu em 2003, ou seja, dois anos antes da sanção da lei 11. 104/2005. A iniciativa veio do serviço social e da equipe de enfermagem da instituição. Lembramos que neste momento o projeto de extensão Pedagogia Hospitalar, vinculado à Universidade Estadual de Ponta Grossa, atuava na instituição, colaborando para a viabilização da proposta.

Reformas na instituição, fim da parceria com a universidade e o roubo do acervo lúdico da brinquedoteca contribuíram para que a mesma fosse fechada. Cabe lembrarmos que este foi um dos períodos mais conturbados da história recente da instituição que, inclusive, correu o risco de ter suas portas fechadas. A reabertura, em 2009, ocorreu num momento em que a humanização do atendimento foi colocado em pauta na instituição. Observamos que nos dois momentos (2003 e 2009) a colaboração de empresas e voluntários foi essencial para a aquisição e manutenção do acervo lúdico. Mesmo que nenhum recurso financeiro tenha sido destinado para a implantação do espaço, em seu site a Prefeitura Municipal de Ponta Grossa noticiou a brinquedoteca como ‘mais uma medida’ de humanização do atendimento no Hospital da Criança.

No decorrer do trabalho de observação de campo confirmamos os apontamentos realizados por Morais e Paula (2010) que argumentam que a simples ida à brinquedoteca traz benefícios para as crianças. Observamos que muitas vezes a brincadeira tem início no decorrer do caminho até a brinquedoteca, além de ser um momento em que a criança pode conhecer outros espaços dentro da instituição ampliando sua visão da mesma. Ressaltamos também que, nem sempre, a criança aceita o convite para ir até a brinquedoteca, sendo que essa rejeição deve ser respeitada, pois vários fatores podem contribuir para isso (como o cansaço, por exemplo), além do fato deste ser um dos poucos momentos em que a criança, no hospital, pode dizer não.

Muitas vezes, o brincar no hospital, é um momento em que os pais têm a possibilidade de brincar com a criança e descobrir algumas de suas habilidades e preferências que até então desconheciam. Além desse estreitamente dos laços familiares, brincar na brinquedoteca pode possibilitar a realização de novas amizades. Nesse sentido, a brinquedoteca pode ser um lugar de ‘bons encontros’, assim como a expressão é utilizada por Yasui (2010), seja do sujeito com ele mesmo ou com outras pessoas. Tais situações, colaboram para que os sujeitos que frequentam o espaço atribuam ao mesmo uma dimensão afetiva, pois, mesmo que crianças e adultos possam brincar e conversar (por exemplo) em outros espaços do hospital, como é o caso das enfermarias, ir até a brinquedoteca significa sair de um ambiente marcado pela espera (dos médicos, exames, etc.), para vivenciar de outra forma a experiência da hospitalização. A realização de atividades prazerosas, a sensação de que o tempo passa rápido, a possibilidade de estimular a criatividade,

de criar e aumentar os vínculos sociais, a possibilidade de se expressar através do livre brincar contribuem para que a brinquedoteca da instituição possa ser considerada um lugar, assim como o conceito é apresentado por Tuan (1983, 2011).

Ao que diz respeito ao funcionamento da brinquedoteca, expomos que desde 2009, a instituição contar com uma terapeuta ocupacional para coordenar a brinquedoteca, situação diferente de quando a brinquedoteca da instituição abriu pela primeira vez, em 2003, com a ajuda de voluntários ligados à universidade tanto para implantar o espaço, como para fazer o serviço funcionar.

Villela e Marcos (2009) argumentam que a proximidade entre Universidade e hospital pode ser proveitosas para as duas instituições envolvidas, entretanto alguns problemas podem ocorrer alguns problemas caso o hospital não conte com uma pessoal para coordenar o espaço. Pensando na instituição aqui analisada, vimos que a parceria entre a Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) e o Hospital Prefeito João Vargas de Oliveira foi benéfico para as duas instituições envolvidas na medida em que proporcionou a abertura de campo de estágio e pesquisa para o primeiro e o auxílio na elaboração e viabilização de alguns projetos para a instituição hospitalar, entre eles a brinquedoteca. Entretanto, a total dependência do hospital em relação aos projetos extensionistas, ou de voluntários de um modo geral, pode colocar em xeque o próprio funcionamento da brinquedoteca. Lembramos que o fim do projeto Pedagogia Hospitalar foi um dos motivos que contribuíram para o fechamento da brinquedoteca em 2006, mas o fim das atividades do Projeto Brilhar: brinquedoteca, literatura e arte no ambiente hospitalar não proporcionou o mesmo resultado, pois entre outros fatores, a instituição contava com um profissional.

Ao que se refere ao trabalho na brinquedoteca, pôde-se observar que a carga horaria de trabalho da terapeuta ocupacional da instituição é respeitada conforme a orienta o COFFITO (resolução nº 418/12). Entretanto, a demanda da instituição faz com que o número de atendimentos na brinquedoteca muitas vezes seja maior que o previsto pela resolução (10 pessoas por sessão), além disso, a abertura da brinquedoteca por apenas uma hora por dia, no decorrer de cinco dias por semana, faz com que o número de pessoas trabalhando no espaço não seja o suficiente para suprir a demanda da instituição.

Durante as observações de campos, e nas entrevistas realizadas, observamos que os usuários da brinquedoteca consideram pouco o tempo de abertura do espaço. Tal posicionamento pode ser entendido se levarmos em

consideração que a noção de tempo é construída a partir da experiência, do significado que o sujeito atribui àquilo que está vivenciando. Se uma determinada ação é vista como prazerosa, o tempo tenderá a ser visto como ‘passando rápido’, caso ao contrário ‘lento’.

Tendo em vista que durante a internação a tendência é que a atenção do sujeito esteja voltada para a sua permanência na instituição, e para a expectativa do momento de sua saída, um dos poucos momentos em que esta atenção é desviada é no momento do brincar, pois tal ação é o resultado de uma escolha, o que ajuda a compreender o brincar altera a percepção do tempo (BROUGÈRE, 2005).

No hospital inserir o brincar significa alterar práticas que muitas vezes a instituição não está disposta a alterar, por isso o olhar sobre o cotidiano, e não sobre as leis ou algo que vise o macro, pois enquanto estes últimos observam o que deveria ser ou aquilo que esperamos que seja, o cotidiano colabora para observarmos como os sujeitos sociais interpretam e significam suas práticas cotidianas, como estes se sujeitam ao poder ao mesmo tempo em que também o burlam e rejeitam.

O ‘medo da perca do acesso venoso’ foi durante muito tempo um dos principais motivos que levaram a equipe de saúde da instituição estudada a se posicionarem contra a implantação da brinquedoteca. Crepaldi (1995), ao discutir a inserção dos pais no ambiente hospitalar, argumenta que os motivos alegados até recentemente para que os pais não acompanhassem seus filhos no decorrer da hospitalização⁴² “parecessem camuflar as razões verdadeiras para que se evite a admissão dos pais. A participação deles requer mudanças estruturais radicais, que a instituição reluta em fazer” (CREPALDI, 1995, p. 3).

Embasados em Senhoras (2007) apontamos que a resistência ao novo é comum na instituição hospitalar, pois a inserção de novas práticas além de significar o questionamento de valores já estabelecidos e, conseqüentemente, pode subverter as relações de poder ali estabelecidas.

O medo de transmissão de infecções, no caso da entrada dos pais no ambiente hospitalar foi no passado, não muito distante, o que o medo da perca do acesso venoso foi para a brinquedoteca aqui analisada, embora discurso mude de tonalidade, a raiz pode ser a mesma: a alteração na cultura institucional. Nesse

⁴² Entre os motivos estavam os riscos de transmissão de infecções e a falta de estrutura para acomodar os pais na instituição.

sentido, delimita-se o tempo, o acervo (visto que a doação é o único meio de adquiri-lo) e o número de profissionais trabalhando no espaço, sobrecarregando os que ali se encontram.

Vimos que ao ser suprimido do texto final da lei 11.104/2005 o artigo discorrendo sobre a origem dos recursos para a implantação e manutenção das brinquedotecas hospitalares, além da portaria nº 2.261/2005 também deixar tal questão em aberto, o impacto gerado no cotidiano da brinquedoteca do Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira foi a dependência de doações, o que significa muitas vezes trabalhar com poucos recursos, limitando o trabalho desenvolvido no espaço. Nesse sentido, cabe refletir até que ponto o direito ao brincar no ambiente hospitalar está garantido, pois este acaba sendo dependente de doações.

Neste sentido, os principais problemas enfrentados cotidianamente no funcionamento da brinquedoteca estão relacionados à falta de profissionais em, número suficiente, para desenvolver o trabalho na instituição, o tempo limitado destinado para a abertura do espaço (que está relacionado tanto com o número reduzido de profissionais trabalhando para o funcionamento da brinquedoteca, como aos horários impostos pela rotina hospitalar), a aquisição e manutenção do acervo lúdico, além da limpeza do lugar, que muitas vezes não é limpo devido à escassez de profissionais trabalhando na limpeza do hospital analisado.

Tais situações acabam demonstrando o caráter secundário que a brinquedoteca possui na instituição, apesar do espaço fazer parte das políticas de humanização do SUS. Para além de uma 'má vontade', podemos refletir tal questão olhando para a história do hospital enquanto instituição com seus objetivos à serem alcançados, e para a história da própria brinquedoteca. Por um lado, temos uma instituição cujo objetivo é contribuir para que o doente tenha condições, sejam elas físicas ou mentais, de deixar o hospital (CARAPINHEIRO, 2005). Na medida em que vários profissionais atuam nesses ambientes contribuindo para que a instituição atinja tais objetivos, vão se estabelecendo cotidianamente relações de poder, sendo que as categorias que melhor conseguem associar seus objetivos específicos ao objetivo geral da instituição possuirão maior autonomia que, por sua vez contribuirão para a geração de tensões e conflitos dentro da instituição, pois onde há exercício de poder há também resistência (CARAPINHEIRO, 2005; FOUCAULT, 1987).

Em contrapartida, a brinquedoteca, principalmente as implantadas no Brasil, apresentam-se como espaço do livre brincar. Neste sentido, como bem argumentam Medrano (2004) e Fortuna (2007) tais espaços podem ser considerados subversivos, pois se embasam no princípio de que o brincar é a fala da criança, o que já contribui para reverter à visão tradicional da criança, principalmente quando esta está hospitalizada, desta como um ser não falante. Além disso, o brincar é visto como um fim, e não um meio de atingir determinados objetivos. Tais questões nos ajudam a compreender o caráter secundário da brinquedoteca dentro do hospital, afinal trata-se de uma lógica diferente daquela que faz a instituição funcionar, lógica essa em que tudo tem uma função, um tempo e um espaço.

Relembramos aqui as palavras de Medrano (2004) quando aponta a necessidade de refletirmos sobre os espaços de brincar para que estes não sejam utilizados pelos tradicionais dispositivos de poder existentes na instituição hospitalar. Nas palavras do autor, “os direitos das crianças não podem ser considerados em si o final do caminho: eles são estrelas norteadoras de uma infância por vir, mas também de uma sociedade a construir” (MEDRANO, 2004, p. 57).

Destacamos, para finalizar, o papel dos sujeitos no processo de transformações históricas. Foucault (2003), ao falar que o poder não pode ser visto apenas em seu caráter negativo, nos lembra que os sujeitos, tal como conhecemos atualmente, surgem a partir do contato do indivíduo com o poder. Neste sentido, o sujeito é uma construção tanto da história (geral, a história de sua comunidade, do espaço que habita), como também da construção ‘de si’, sendo que tais questões ajudam a construir tanto o lugar dos sujeitos nas relações de poder, como suas táticas de resistência.

No caso aqui estudado, vimos que o funcionamento da brinquedoteca da instituição deve-se muito mais à iniciativa da terapeuta ocupacional que coordena o funcionamento da brinquedoteca, que ao apoio e colaboração seja da instituição ao qual a brinquedoteca está vinculada, seja da prefeitura através de ajudas vindas da secretaria de saúde. O papel fundamental exercido pela terapeuta ocupacional deve-se a sua formação profissional e aos saberes e competências que a ajuda a negociar e adquirir apoio para o trabalho desenvolvido na brinquedoteca, situação distinta a de grupos de voluntários, por exemplo. Se os sujeitos não podem ser compreendidos como passivos ou inertes e o cotidiano é compreendido é o espaço em que o poder é exercido e ao mesmo tempo burlado (CERTEAU, 1994), o que

contribui para os processos de transformações. Neste sentido, ao mesmo tempo em que se negocia o horário de funcionamento da brinquedoteca, briga-se para que seja garantido o direito da criança ao brincar, seja enfrentando as barreiras físicas feitas nas portas das enfermarias, tentando conseguir e manter o acervo lúdico da brinquedoteca, organizando o espaço, convidando as crianças a irem brincar, procurando funcionários para limparem o espaço para que as crianças possam brincar, enfim fazendo o que é possível – apesar de todas as limitações – para que a brinquedoteca continue sendo funcionando como um espaço do livre brincar.

REFERÊNCIAS

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. *Sociologia da doença e da medicina*. Tradução de Laureano Pelegrin. Bauru: EDUSC, 2001.

ANDRÉ, Marli Eliza Dalmazo Afonso de. Estudo de Caso: seu potencial na educação. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, nº 49, p. 51-54, maio, 1984.

_____. *Estudo de Caso em pesquisa e avaliação educacional*. Brasília: Líber Livro, 2008.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Hospital: instituição e história social*. São Paulo: Letras & Letras, 1991.

BARRETO, Maria Renilda Nery. A Santa Casa da Misericórdia da Bahia e a assistência aos doentes no século XIX. In: BARRETO, Maria Renilda Nery; SOUZA, Christiane Maria Cruz de (Orgs.). *História da Saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri: Minha Editora, 2011.

BENJAMIN, Walter. *Reflexões sobre a criança, o brinquedo e a educação*. São Paulo: 34, 2002.

BAYÉS, Ramón. *Tiempo y enfermedad. Estudios de Psicología*, 2002, p. 101-110. Disponível em <http://cmapserver.unavarra.es/rid=1HF3W15PK-Q0KHKM-1X8/tiempo%20y%20enfermedad-Bayes.pdf>. Acesso em 08 abr. 2014.

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. *A Construção Social da Realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Tradução de Floriano de Souza Fernandes. Petrópolis: Vozes, 1985.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. RESOLUÇÃO Nº. 324, DE 25 DE ABRIL DE 2007. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1406&psecao=9. Acesso em: 08 /04/2014.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. RESOLUÇÃO Nº 418 DE 04 DE JUNHO DE 2012. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2279&psecao=9 . Acesso em: 10/04/2014.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. *Resolução nº 41, de Outubro de 1995*. Diário Oficial da União, 17/10/95 – Seção I, p. 16319-16320, Brasília/DF, 1995. Disponível em <<http://www.mp.rs.gov.br/infancia/legislacao/id2178.htm>>. Acesso em: 03/07/2013.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990*. Brasília/DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 03/07/2013.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei nº 2.087-A, de 1999*. Brasília/DF, 1999. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/MostraIntegralImagem.asp?strSiglaProp=PL&intProp=2087&intAnoProp=1999&intParteProp=1>. Acesso em: 03/07/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.261, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2005. Aprova o Regulamento que estabelece as diretrizes de instalação e funcionamento das brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2261_23_11_2005.html. Acesso em 08/08/2014.

BRASÍLIA. *Seminário Nacional Brinquedoteca: A importância do brincar na saúde e na educação*. Brasília/DF, 2005. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/clp/relatorios-de-atividades/brinquedoteca120307.pdf>. Acesso em: 03/07/2013.

Brougère, Gilles. A criança e a cultura lúdica. *Revista da Faculdade de Educação*, vol.24, nº2, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010225551998000200007&script=sci_arttext. Acesso em 08/04/2014.

_____. *Brinquedo e Cultura*. São Paulo, Cortez, 1997.

_____. Le temps du jeu. *34th International Ludobus Congress 8th National Meeting of Ludobus and Ludoteques*. Phoenix, Arizona, Setembro 2005. p. 1-11. Disponível em: http://www.univ-paris13.fr/experice/images/stories/MEMBRES/PUBLICATIONS/time_2play_turin.pdf. Acesso em 08/04/2014.

CARRICABURU, Danièle; MÉNORET, Marie. *Sociologie de la Santé: Institutions, professions et maladies*. Paris: Armand Colin, 2004.

CARDOSO, Ana Cristina de Almeida. *Experiência dos pais na hospitalização da criança com doença aguda*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto: Porto, 2010.

CARAPINHEIRO, Graças. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento Ltda, 2005.

CERIBELLI, Carina. *A mediação de leitura como recurso de comunicação com crianças e adolescentes hospitalizados: subsídios para a humanização do cuidado de enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP: Ribeirão Preto, 2007.

CERTEAU, Michael de. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 1994.

COHEN-SALMON, Didier; GALLAND, Françoise. Deux médecins d'enfants, retour de Stockholm, *Spirale*, 2005, p. 118-122. Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-spirale-2005-1-page-118.htm>. Acesso em: 08/04/2014.

COMPLEXO PEQUENO PRÍNCIPE. Brinquedoteca do hospital pequeno príncipe comemora 10 anos. Disponível em: <http://pequenoprincipe.org.br/noticia/brinquedoteca-do-hospital-pequeno-principe-comemora-10-anos/> . Acesso em 27/04/2014.

CORSINO, Patrícia. Pensando a infância e o direito de brincar. In: *Jogos e Brincadeiras: desafios e descobertas. Salto para o futuro*. Ano XVIII, boletim 07. Maio de 2008.

COTIDIANO. In: HOUAISS, Antônio. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

CUNHA, Nylse Helena Silva. Brinquedoteca: definição, histórico no Brasil e no mundo. In: FRIEDMANN, Adriana (Org). *O Direito de Brincar: a brinquedoteca*. São Paulo: Scritta: ABRINQ, 1992, p. 35-48.

_____. O significado da brinquedoteca hospitalar. In: VIEGAS, Drauzio (Org.). *Brinquedoteca Hospitalar: Isto é Humanização*. Rio de Janeiro: WAK Editora, 2007. p. 71-74.

DAVIS, Ruth. *Marking the 50th anniversary of the Platt Report: from exclusion, to toleration and parental participation in the care of the hospitalized child*. Journal of Child Health Care, 2010. Disponível em: <http://www.redavies.talktalk.net/New Folder/Platt JCHC 14 6 23.pdf> acesso em: 08/04/2014.

DELEUZE, Gilles. *Foucault*. Tradução: Claudia Sant'anna Martins. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DIÁRIO DOS CAMPOS. *Hospital da Criança pede doações*. Disponível em: <http://www.diariodoscamos.com.br/cidades/hospital-da-crianca-pede-doacoes-11756/>>. Publicado em: 18 mar. 2009. Acesso em: 02/07/2013.

DIVISÃO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA/SEÇÃO DE APAIO A SERVIÇOS EXTENSIONISTAS. *Pedagogia Hospitalar*, ano 2003. Acervo Universidade Estadual De Ponta Grossa Pró-Reitoria De Extensão E Assuntos Culturais.

DIVISÃO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA/SEÇÃO DE APAIO A SERVIÇOS EXTENSIONISTAS. *Pedagogia Hospitalar*, ano 2004. Acervo Universidade Estadual De Ponta Grossa Pró-Reitoria De Extensão E Assuntos Culturais.

DIVISÃO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA/SEÇÃO DE APAIO A SERVIÇOS EXTENSIONISTAS. *Projeto Brilhar: brinquedoteca, literatura e arte no ambiente hospitalar*, ano 2009. Acervo Universidade Estadual De Ponta Grossa Pró-Reitoria De Extensão E Assuntos Culturais.

DIVISÃO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA/SEÇÃO DE APAIO A SERVIÇOS EXTENSIONISTAS. Projeto Brilhar: brinquedoteca, literatura e arte no ambiente hospitalar, ano 2010. Acervo Universidade Estadual De Ponta Grossa Pró-Reitoria De Extensão E Assuntos Culturais.

FERNANDES, Liliane Alves. *As Santas Casas da Misericórdias na República Brasileira: 1922-1945*. Dissertação (mestrado). Mestrado em Políticas de bem-estar em perspectiva: evolução, conceitos e actores/PHOENIX ERASMUS MUNDUS DYNAMICS OF HEALTH AND WELFARE. 2009.

FRANCO JÚNIOR, Hilário. *A Idade Média: O nascimento do ocidente*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

FRANCO, Raquel Rodrigues; BATISTA, Cleide Vitor Mussini. *A criança e o direito de brincar como um direito de liberdade*. 2007, p. 1446-1458. Disponível em: <<http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2007/anaisEvento/arquivos/CI-200-12.pdf>>. Acesso em: 22/02/2013.

FRIEDMANN, Adriana. A evolução do brincar. In: FRIEDMANN, Adriana (Org). *O Direito de Brincar: a brinquedoteca*. São Paulo: Scritta/ABRINQ, 1992, p. 23-31.

FOLTRAN, Elenice Parise; PAULA, Ercília Maria Angeli Teixeira de; Evelyn de Moraes Nowiski; PORTO, P. S.; XAVIER, Renata Maitê. Brinquedoteca hospitalar: o direito de brincar, seu funcionamento e acervo. In: VII Congresso Nacional de Educação – EDUCERE Saberes Docentes e V Encontro Nacional sobre Atendimento Escolar Hospitalar, 2007, Curitiba. Anais do VII Congresso Nacional de Educação – EDUCERE, 2007, p. 1399-1411.

FONSECA, Cristina Maria Oliveira. Política e Saúde: diretrizes nacionais e assistência médica no Distrito Federal no pós-1930. In: PORTO, Ângela (org.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 89-116.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. *Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde*. Revista Saúde e Sociedade. v. 13, nº 3, p. 30-35, set./dez. 2004.

FORTUNA, Tânia Ramos. *Para um modelo de brinquedotecas para a América Latina*. 2008. Disponível em: <http://www.abrinquedoteca.com.br/integra/hacia_modelo_ludotecas_para_AL.pdf>. Acesso em: 22/02/2013.

_____. Vida e morte do brincar. In: ÁVILA, I. S. (org.) *Escola e sala de aula: mitos e ritos*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004, p. 47-59.

_____. Brincar, viver, e aprender: Educação e ludicidade no hospital. In: VIEGAS, Drauzio (Org.). *Brinquedoteca Hospitalar: isto é humanização*. Rio de Janeiro: Walk Ef, 2007, p. 33-44.

_____. Por uma brinquedoteca “suficientemente boa”. Alguns Valores para que as brinquedotecas da América Latina nos encontrem no futuro. In: OLIVEIRA, Vera Barros (Org.). *Brinquedoteca: uma visão internacional*. Petrópolis: Vozes, 2011, p. 15-35.

FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária, 1977.

_____. O Nascimento do Hospital. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

_____. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. A vida dos homens infames. Tradução de Vera Lucia Avellar Ribeiro. In: _____. *Ditos e Escritos IV: estratégia poder-saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FUCHS, Renate. A experiência europeia das brinquedotecas. In: OLIVEIRA, Vera Barros (Org.). *Brinquedoteca: uma visão internacional*. Petrópolis: Vozes, 2011, p. 15-35.

GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: Por uma Teoria Interpretativa da Cultura. In: GEERTZ, Clifford. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2008, p. 3-25.

GIAMBI, Fábio. *Rompendo com a ruptura: o governo Lula*. Texto para Discussão nº 93. Rio de Janeiro: BNDES. Abr., 2003.

GIL, Antonio Carlos. *Estudo de Caso: fundamentação científica, subsídios para coleta e análise de dados como redigir o relatório*. São Paulo: Atlas, 2009.

GOHN, Maria da Glória Marcondes. Movimentos Sociais e a Construção da Cidadania. *Revista de Educação Pública*, Cuiabá, v. 19, p. 147-162, 2002.

GOMES, Aline Verônica de Oliveira; NASCIMENTO, Maria Aparecida de Luca; SILVA, Leila Rangel da; SANTANA, Keli de Cássia Luiz de. Efeitos adversos relacionados ao processo do cateterismo venoso central em unidade intensiva neonatal e pediátrica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2012 oct/dec; vol14, nº4, p. 883-892. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/14432>. Acesso em: 09/04/ 2014.

GOMES, Ilvana Lima Verde; CAETANO, Rosângela; JORGE, Maria Salete Bessa. *As crianças e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções*. Revista Brasileira de Enfermagem. Jan./fev. 2008, p. 61-65.

GUARISE, Vanessa; BEZERRA, Aline Rosalles; PETTENGIL, Myriam Aparecida; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves; PETERLINI Maria Angélica Sorgini. Aplicabilidade de um manual de preparo da criança para a punção intravenosa periférica segundo avaliação feita por enfermeiras. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*. Vol. 10, nº01, p. 15-21.

GUIMARÃES, Thaís. Considerações sobre o sistema de infusão de terapia intravenosa: aberto x fechado. *Revista Prática Hospitalar*. Ano X, nº 58, jul/ago 2008, p. 61-63.

HERCULANO, Selene. *A vida cotidiana sob o olhar sociológico*, 2010. Disponível em: www.professores.uff.br/seleneherculano/textos acesso em: 08/04/2014.

HORA NETO, José Avelino da; QUEIROZ, Jaqueline Rêgo. Espaço e lugar: estudos sobre a compreensão espacial de uma pessoa com deficiência visual. In: *V Congresso de Pesquisa e Inovação da Rede Norte Nordeste de Educação Tecnológica – CONNEPI 2010*, 2010, Maceió. CONNEPI 2010 – CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS, 2010. v. 1. Disponível em: <<http://congressos.ifal.edu.br/index.php/connepi/CONNEPI2010/paper/viewFile/693/419>>. Acesso em: 03/07/2013.

HOLZER, Werther. O lugar na Geografia Humanística. *Revista Território*: Rio de Janeiro, ano IV, nº 7, 1999, p. 67-78.

JORNAL DA MANHÃ. Empreiteira de PG vence licitação para Hospital. 20 de Janeiro de 1996.

_____. Prefeito assina nesta quarta o contrato do Hospital da Criança. 07 de Fevereiro de 1996.

KAILER, Priscila Gabriele da Luz; MIZUNUMA, Samanta. As Contribuições dos brinquedistas hospitalares nas concepções dos profissionais de saúde. In: *Anais do X Congresso Nacional de Educação – EDUCERE. III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia*. 26 a 29 de outubro de 2009. Curitiba, PUCPR, p. 4109 – 4111.

KERVASDOUÉ, Jean de. *L'Hôpital*. Paris: Presses Universitaires de France, 2011.

KISHIMOTO, Tizuko Morchida. A brinquedoteca no contexto brasileiro e internacional. In: OLIVEIRA, Vera Barros (Org.). *Brinquedoteca: uma visão internacional*. Petrópolis: Vozes, 2011, p. 15-35.

LANA, Lígia Campos de Cerqueira; FRANÇA, Renné Oliveira. Do cotidiano ao acontecimento, do acontecimento ao cotidiano. *Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação E–compôs*, Brasília, vol. 11, nº 3, set./dez. 2008.

LASCOUTES, Pierre. La Gouvernamentalité: de la critique de l'État aux technologies du pouvoir. *Le Portique Revue de philosophie et de sciences humaines*, 2004. Disponível em: <http://leportique.revues.org/625#text> acesso em 08/04/2014.

LEBRUN, François. Um em cada dois recém-nascidos. In: LE GOFF, Jacques (Org.). *As Doenças têm História*. Terramar: Lisboa, 1985, p. 221-229.

LEITE, Adriana Filgueira. *O lugar*: duas acepções geográficas. *Anuário do Instituto de Geociências-UFRJ*. vol. 21, 1998, p. 9-20.

LEITGEL-GILLE, Marluce. Prefácio. In: LEITGEL-GILLE, Marluce (Org.). *Boi da Cara Preta: crianças no hospital*. Salvador: EDUFBA: Ágalma, 2003, p. 11-15.

LINDQUIST, Ivonny. Brincar no hospital. In: FRIEDMANN, Adriana (Org.). *O Direito de Brincar: a brinquedoteca*. São Paulo: Scritta: ABRINQ, 1992, p. 125-133.

_____. *L'enfant à l'Hôpital: la thèrapie par le jeu*. Disponível em: <<http://www.apache-france.com/index.html?menu=56870&id=56866>>. Acesso em: 02 jul. 2013.

_____. Préface de l'auter. In: LINDQUIST, Ivonny. *L'enfant à l'Hôpital: la thèrapie par le jeu*. Disponível em: <<http://www.apache-france.com/index.html?menu=56870&id=56866>>. Acesso em: 02/07/2013.

LUCA, Tania Regina de. História dos, nos e por meio dos periódicos. In: PINSKY, C. B. (org.) *Fontes Históricas*. São Paulo: Contexto, 2005, p. 111-153.

MARQUES, Marília Bernardes. *Discursos Médicos sobre seres frágeis*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

MARQUES, Rita de Cássia. *A caridade criando hospitais em Minas Gerais (Brasil): séculos XVIII e XIX*. Dynamis, vol. 31, nº 01, 2011, p. 107-129.

MARTINS, Gilberto Andrade. Estudo de Caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. *Revista de Contabilidade e Organizações*, vol. 2, nº 2, p. 8-18. jan./abr. 2008.

MEDEIROS, Maria Alice Lopes. *Da colônia ao shopping: um estudo da evolução tipológica da arquitetura hospitalar em Natal*. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo. Natal, Rio Grande do Norte, 2005.

MEDRANO, Carlos Alberto; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; VAGHETTI, Helena Heidtmann. *Revista Mal-estar e subjetividade*. Fortaleza, vol. VIII. nº III. p. 705-728. set./2008.

MEDRANO, Carlos Alberto. *Do Silêncio ao brincar: História do presente da saúde pública, da psicanálise e da infância*. São Paulo: Vetor, 2004.

_____. *Saúde pública, psicanálise e infância, do silêncio ao brincar: história do presente dos espaços para o brincar no campo da saúde*. Florianópolis, 2003. Dissertação (Mestrado em saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina.

_____. *Entre o céu e o inferno: a governamentalização do brincar*. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

MELLO, Inaiá Monteiro. *Humanização da assistência hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais*. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf>. Acesso em: 18/07/2012.

MENEZES, Debora Holanda Leite. *A política de saúde brasileira: os impactos da década de 90 aos dias atuais*. V Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís/MA, ago./2011.

MENEZES, Marluci. Do espaço ao lugar. Do lugar às remodelações sócio-espaciais. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 6, nº 13, 2000, p. 155-175.

MESQUITA, Zilá. Espaço, território e lugar: estas palavras ciganas. *Revista Educação, Subjetividade e Poder*. n.5, vol.5, Jul/1998, p. 64-75.

MICHAUT, Elisabeth. Avant-propos. In: LINDQUIST, Ivonny. *L'enfant à l'Hôpital: la thérapie par le jeu*. Disponível em: <<http://www.apache-france.com/index.html?menu=56870&id=56866>>. Acesso em: 02 jul. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Sobre o humanismo e a humanização. In: ESLANDES, Suely Ferreira (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 23-30.

MINISTRY OF HEALTH. *The Welfare of Children in Hospital, Platt Report*. London: Her Majesty's Stationery Office. 1959.

MORAES, A. L. L. P.; SILVA, D. P.; TRENTINI, Fabiana Vosgerau. Hospital da Criança Pref. João Vargas. In: *VIII Jornada de Estágio de Serviço Social: Instrumentais Técnico-Operativos na prática do Assistente Social*, 2012, Ponta Grossa. VIII Jornada de Estágio de Serviço Social: Instrumentais Técnico-Operativos na prática do Assistente Social, 2012.

MORAIS, Juliane; PAULA, Ercília Maria Angeli Teixeira de. A brinquedoteca hospitalar como espaço de humanização e educação não formal. *Cadernos de Pedagogia*, São Carlos, ano 4, v.4, n.7, p. 75-85, jan./jun. 2010.

MUNIMOS, Aída Scharf. A Brinquedoteca na promoção da saúde (mesa de debate). In: *Seminário Nacional Brinquedoteca: A importância do brincar na saúde e na educação*. Brasília/DF, 2005. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/clp/relatorios-de-atividades/brinquedoteca120307.pdf>>. Acesso em: 02/07/2013.

_____. Relato de Experiência com Brinquedoteca Hospitalar: Hospital Regional Sul – São Paulo. In: VIEGAS, Drauzio (Org.). *Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização*. Associação Brasileira de Brinquedotecas – Rio de Janeiro: Walk, 2007.

MUSÉE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS. *L'hôpital et l'enfant: l'hôpital autrement? Dossier de presse de l'exposition*. Paris : Musée Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, jan./2005. 40 p.

ORLANDI, Eni Puccienelli. Discurso, imaginário social e conhecimento. *Revista Em Aberto*, ano 14, n.61, jan./mar, 1994.

OTTERO, Marília Bense; DE CARLO, Marysia Mara Rodrigues. *A família diante do adoecimento e da hospitalização infantil*. 2005. Disponível em: <<http://www.abrale.org.br/uploads/files/A%20Fam%C3%ADlia%20Diante%20do%20Adoecimento%20e%20da%20Hospitaliza%C3%A7%C3%A3o%20Infantil.pdf>>. Acesso em: 03/07/2013.

PAIS, José Machado. *Paradigmas sociológicos na análise da vida quotidiana*. *Análise Social*, vol. XXII, 1986, p. 7-57.

PAULA, Ercília Maria Angeli Teixeira De Paula. Educação Popular em uma brinquedoteca hospitalar: humanizando relações e construindo cidadania. In: *Anais da 31ª Reunião Anual ANPED – Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação*, 2008, p. 01-16.

PAULA, Ercília Maria Angeli Teixeira De Paula ; GIL, Juliana Dallarmi. *História da criação de brinquedotecas em hospitais no estado do Paraná: contribuições para a discussão da educação neste contexto*. *Anais II ANPED SUL*. Disponível em: [http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/1999/Educacao Infantil/Trabalho/123829 HISTORIA DA CRIACAO DE BRINQUEDOTECAS EM HOSPITAIS NO ESTADO DO PARANA CONTRIBUICOES PARA A DISCUSSAO DA EDUCACAO NESTECONTEXTO.pdf](http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/1999/Educacao%20Infantil/Trabalho/123829%20HISTORIA%20DA%20CRIACAO%20DE%20BRINQUEDOTECAS%20EM%20HOSPITAIS%20NO%20ESTADO%20DO%20PARANA%20CONTRIBUICOES%20PARA%20A%20DISCUSSAO%20DA%20EDUCACAO%20NESTE%20CONTEXTO.pdf). Acesso em 08/04/2014.

PEREIRA, Marília Amélia Pinho; CARVALHO, Ana Maria Almeida. Brincar, é preciso. In: CARVALHO, Ana Maria Almeida *et al* (org.). *Viajando pelo Brasil que brinca: brincadeiras de todos os tempos*, volume II. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 119-125.

PETERLINI, Maria Angélica; CHAUD, Sorgini Massae Noda Chaud; PEDREIRA, Mavilde da L.G. Órfãos de terapia medicamentosa: a administração de medicamentos por via intravenosa em crianças hospitalizadas. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 2003 jan/fev; vol11, nº1, p. 88-95.

PLANTÃO DA CIDADE. *Representante do CRM defende fechamento do Hospital da Criança*. Disponível em: <<http://www.plantaodacidade.com/Anteriores/quinta060907/uxi.htm>> Publicado em: 06 set. 2007. Acesso em: 02 jul. 2013.

PONTES, Felipe Simão; Silva, Gislene. Mídia Noticiosa como material de pesquisa: recursos para o estudo de produtos jornalísticos. In: BOURGUIGNON, Jussara Ayres; OLIVEIRA JUNIOR, Constantino Ribeiro (orgs). *Pesquisa em Ciências Sociais: interfaces, debates e metodologias*. Ponto Grossa: Todapalavra, 2012, p. 49-77.

PORTER, Roy. *Das tripas coração: uma breve história da medicina*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Record, 2004.

PREFEITURA DE PONTA GROSSA. *Hospital da Criança não fecha, garante Wosgrau*. Disponível em: <<http://www.pontagrossa.pr.gov.br/node/3214>>. Publicado em: 11/09/2007. Acesso em: 02/07/2013.

_____. *Prefeitura contrata equipes para UTI e Centros Cirúrgicos do Hospital da Criança*. Disponível em: <<http://pontagrossa.pr.gov.br/node/4530>>. Publicado em: 12/07/2008. Acesso em: 02/07/2013.

_____. *Hospital da Criança comemora o dia das mães*. Disponível em: <<http://pontagrossa.pr.gov.br/node/6336>>. Publicado em: 06/05/2009. Acesso em: 02/07/2013.

_____. *Mais de 60% dos usuários aprovam atendimento no Hospital da Criança*. Disponível em: <<http://www.pontagrossa.pr.gov.br/node/6753>>. Publicado em: 07/07/2009. Acesso em: 02/07/2013.

_____. *Arte Solidária leva alegria para pacientes do Hospital da Criança*. Disponível em: <<http://www.pontagrossa.pr.gov.br/node/6754>>. Publicado em: 07/07/2009. Acesso em: 02/07/2013.

_____. *Pacientes do Hospital da Criança tem festa julina*. Disponível em: <<http://www.pontagrossa.pr.gov.br/node/6770>>. Publicado em: 09/07/2009. Acesso em: 02/07/2013.

_____. *Semana da Criança: Comunidade leva música e alegria a crianças internadas*. Disponível em: <<http://www.pontagrossa.pr.gov.br/node/9656>>. Publicado em: 13/10/2010. Acesso em: 02/07/2013.

_____. *Hospital da Criança prepara semana especial para crianças internadas*. Disponível em: <<http://pontagrossa.pr.gov.br/node/11520>>. Publicado em: 10/10/2011. Acesso em: 02/07/2013.

_____. *Hospital da Criança recebe pratos térmicos*. Disponível em: <<http://pontagrossa.pr.gov.br/node/13121>>. Publicado em: 03/10/2012. Acesso em: 02/07/2013.

QUIMELLI, Gisele Alves de Sá. Considerações sobre o Estudo de Caso na pesquisa qualitativa. In: BOURGUIGNON, Jussara Ayres (Org.). *Pesquisa Social: reflexões teóricas e metodológicas*. Ponta Grossa: Todapalavra. 2009, p. 63-84.

REDONDEIRO, Maria Emília Firmino Ramos. *O cotidiano hospitalar da criança: constrangimento e possibilidades de desenvolvimento*. Dissertação (Mestrado em Sociologia da Infância). Universidade do Minho. Instituto de Estudos da Criança, Instituto de Ciências Sociais: Braga, 2003, 244 p.

REGO, Daniel Páscoa Soares do. *A arquitetura como elemento medicinal: o papel terapêutico dos espaços de saúde na sua missão de curar e cuidar*. Dissertação de Mestrado em Arquitetura. Lisboa, nov., 2012.

REZENDE, Deise de Oliveira. *O brincar livre de crianças na brinquedoteca: análise da frequência de ações motoras, tipos de brinquedos, brincadeiras e interações sociais*. Dissertação (mestrado) – escola de educação física e esporte da universidade de são Paulo.

RIOS, Isabel Cristina. *Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão*. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

ROSENBERG-REINER, Sylvie. O papel das associações para crianças hospitalizadas na França e na Europa. In: LEITGEL-GILLE, Marluce (Org.). *Boi da Cara Preta: crianças no hospital*. Salvador: EDUFBA: Ágalma, 2003. p. 16-45.

ROUCOUS, Nathalie; BROUGÈRE, Gilles. Loisir et education l'apport d'une nouvelle institution: la ludothèque. *Revue Française de Pédagogie*, nº 124, 1998, p. 91-98. Disponível em: http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfp_05567807_1998_num_124_1_1119. Acesso em 08/04/2014.

SANGLARD, Gisele; COSTA, Renato da Gama-Rosa. Direções e traçados da assistência hospitalar do Rio de Janeiro (1923 -1931). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 11, nº 1, jan./abr. 2004, p. 107-141.

SANGLARD, Gisele. A Construção dos espaços de cura no Brasil: Entre a caridade e a medicalização. *Revista Esboços*, vol.13, nº 16, UFSC, 2006.

_____. Hospitais: espaços de cura e lugares de memória da saúde. *Anais do Museu Paulista*. vol. 15, nº 2, p. 257-280. jul./dez. 2007.

_____. A primeira República e a Constituição de uma rede Hospitalar no Distrito Federal. In: PORTO, Ângela (Org.) et al. *História da Saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 59-87.

SALAÜN-RAMALHO, Françoise. Création du premier hôpital pour enfants: le rêve et la réalité. *La Revue du Praticien*, 2005, p. 341-345. Disponível em: <<http://www.larevuedupraticien.fr/histoire-de-la-medecine/creation-du-premier-hopital-pour-enfants-le-reve-et-la-realite>>. Acesso em: 03/07/2013.

SCHLEE, Andrey Rosenthal. Brinquedoteca: uma alternativa espacial. In: SANTOS, Santa Marli Pires dos (org). *Brinquedoteca: a criança, o adulto e o lúdico*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2000, p. 62-65.

SAUNIER, Annie. A vida quotidiana nos hospitais da Idade Média. In: LE GOFF, Jacques (Org.). *As doenças têm História*. Tradução de Laurinda Bom. Lisboa: TERRAMA, 1985.

SENHORAS, Elói Martins. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. *Revista Eletrônica de Comunicação & Inovação em Saúde*. Rio de Janeiro, vol. 1, nº 1, p. 45-55. jan./jun. 2007.

SILVA, Marcos Ruiz da. *Lazer nos clubes sociorrecreativos*. São Paulo: Factash, 2009.

SILVA, André Calil e; PAIVA, Ione Maria Ramos de; BARRA, Andréa de Oliveira. Lazer, recreação e jogos cooperativos. *EFDeportes.com, Revista Digital*, Buenos Aires, ano15, Nº 149, Outubro de 2010. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd149/lazer-recreacao-e-jogos-cooperativos.htm> acesso em 26/04/ 2014.

SILVA, Maria Alice Setúbial Souza; GARCIA, Maria Lima; FERRARI, Sônia Campaner Miguel. *Memórias e brincadeiras na cidade de São Paulo nas primeiras décadas do século XX*. São Paulo: Cortez/CENPEC, 1989.

SOAR FILHO. E. J. A interação médico-cliente. *Revista da Associação Médica Brasileira*, vol.44, n.1, São Paulo, Jan./Mar, 1998.

SOURNIA, Jean-Charles. *História da Medicina*. Instituto Piaget, 1992.

VIEGAS, Dráuzio. *Brinquedoteca Hospitalar: a importância pedagógica*.

VILLELA, Fábio Camargo Bandeira; MARCOS, Suelen Cristiane. *Brinquedoteca hospitalar: da obrigatoriedade legal ao desrespeito à lei – a Lei Federal de nº 11.104/2005 como caso emblemático envolvendo limites nas medidas de humanização hospitalar*. ETIC – ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, vol. 5, p. 1-20, 2009. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2205/2359>. Acesso em: 20/05/2013.

TOLEDO, Luiz Carlos. *Feitos para curar: arquitetura hospitalar e processo projetual no Brasil*. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, 2002.

_____. Do hospital terapêutico ao hospital tecnológico: encontros e desencontros na arquitetura hospitalar. In: Mauro Santos e Ivani Bursztyn. (Org.). *Saúde e arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares*. Rio de Janeiro: Senac Rio, 2005.

_____. *Feitos para cuidar: a arquitetura como um gesto médico e a humanização do edifício hospitalar*. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, 2008.

TUAN, Yi-Fu. *Espaço e lugar: A perspectiva da experiência*. São Paulo: DIFEL, 1983.

_____. Espaço, tempo, lugar: um arcabouço humanista. *Geograficidade*, vol.1, n.01, 2011.

WHITROW. G. J. *O tempo na história: concepções da pré-história aos nossos dias atuais*. Tradução de Maria Luíza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1993.

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

YASUI, Silvio. *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

YIN, Robert K. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

VENTURA, Magda Maria. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista SOCERJ*, nº 20, ano 5, set./out. 2007, p. 383-386.

APÊNDICE

Apêndice 1:

Roteiro de Observação de Campo

Tempo:

- funcionamento da brinquedoteca
- Como ocorrem as intervenções por parte dos profissionais e voluntários no espaço da brinquedoteca?

Espaço:

- Característica do local
- acesso

Acervo

- Aquisição
- Manutenção
- Uso
- higienização

Relação com as brincadeiras/ atividades:

- São atividades dirigidas, de livre escolha ou ambas?
- Desenvolvimento das atividades

Apêndice 2:

Roteiro de Entrevista Semiestruturada com Crianças:

- 1) Conte um pouco sobre você: seu nome, idade e com quem mora.
- 2) Como era o seu dia-a-dia antes ser internado?
- 3) Quando você está em casa, quais são suas atividades favoritas?
- 4) Como é seu dia-a-dia no hospital?
- 5) Você conheceu algum amigo aqui?
- 6) Do que você mais gostou?
- 7) O que menos gostou?
- 8) Do que você sente falta no hospital?
- 9) O que você achou da brinquedoteca?

Roteiro de Entrevista Semiestruturada com os Pais ou Acompanhantes:

- 1) Conte um pouco sobre você: seu nome, cidade onde mora, quantas pessoas moram com vocês, etc.
 - 2) Fale um pouco sobre como era a sua rotina, e a do seu filho (a), antes da internação.
 - 3) Desde quando a criança está internada?
 - 4) A internação modificou a rotina da família? Como?
 - 5) Como você descreveria o hospital?
 - 6) Como é seu dia-a-dia aqui dentro?
 - 7) O que mais te chamou a atenção nesse espaço?
 - 8) O que é para você a brinquedoteca?
 - 9) Quais as brincadeiras favoritas da criança antes da internação? E no hospital?
- Quando não está na brinquedoteca, a criança realiza alguma atividade lúdica ou recreativa?

Roteiro de Entrevista Semiestruturada com a Terapeuta Ocupacional Responsável pela Organização da Brinquedoteca:

- 1) Fale um pouco sobre você: seu nome, idade, trajetória acadêmica?
- 2) O que te motivou a trabalhar com crianças no ambiente hospitalar?
- 3) Conte-nos como surgiu a possibilidade de trabalhar na brinquedoteca da instituição?
- 4) Como é a sua rotina de trabalho na instituição?
- 5) A partir de sua experiência, qual o papel da brinquedoteca hospitalar para a criança hospitalizada?
- 6) Quais os meios utilizados pela instituição para arrecadar recursos para a aquisição de materiais didáticos e brinquedos?
- 7) Quais os maiores desafios em trabalhar com o brincar no ambiente hospitalar?

8) Desde sua chegada na instituição, quais foram – em sua opinião, os avanços no desenvolvimento das atividades da brinquedoteca? Quais são os projetos para o futuro?

Há alguma situação, ou história, que tenha ficado em sua memória envolvendo a brinquedoteca do Hospital da Criança? Poderia narrá-la?

Roteiro de Entrevista Semiestruturada com a assistente social da instituição

- 1) Você poderia falar sobre o processo de implantação da brinquedoteca no hospital em 2003?
- 2) Como funcionava a brinquedoteca nesse período?
- 3) Como a equipe de saúde recebeu a proposta da brinquedoteca?
- 4) Que fatores contribuíram para que a brinquedoteca ficasse fechada até 2009?
- 5) Qual o papel da comunidade para a reativação do espaço?

ANEXOS

Anexo 1: Autorização uso de imagem

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu, _____, nacionalidade _____, estado civil _____, portador da Cédula de identidade RG nº. _____, inscrito no CPF/MF sob nº _____, residente à Av/Rua _____, nº. _____, município de _____/Paraná. AUTORIZO o uso de minha imagem em todo e qualquer material entre fotos e documentos, para ser utilizado nos trabalhos acadêmicos resultantes da pesquisa de mestrado intitulado *“Um espaço de Brincar: o cotidiano hospitalar numa brinquedoteca hospitalar”*, realizada pela mestrandia Bruna Alves Lopes, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, sob a orientação do Professor Doutor Constantino Ribeiro de Oliveira Júnior. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em forma de dissertação e artigos acadêmicos. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

_____, dia ____ de _____ de _____.

(assinatura)

Nome:

Telefone p/ contato:

Anexo 2: Termo de Assentimento**TERMO DE ACEITE EM PESQUISA**

Srs. Pais e responsáveis,

Sou mestranda da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) e estou desenvolvendo uma pesquisa sobre os “Um espaço de brincar: cotidiano numa brinquedoteca hospitalar” sob a orientação do Prof. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior.

Trata-se de uma pesquisa para o Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas da UEPG. A pesquisa tem por objetivo analisar o cotidiano da brinquedoteca do Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira e as tensões geradas na vivência cotidiana desse espaço dentro do hospital. Ou seja, verificar o dia a dia da brinquedoteca dentro do hospital.

A pesquisa será realizada por meio da aplicação de entrevista em que serão feitas perguntas relacionadas ao seu cotidiano, e da criança hospitalizada, antes de depois da internação.

Estes procedimentos não oferecem nenhum risco.

Enfatizo que a sua participação, e a participação da criança, não é obrigatória, sendo que somente responderá as perguntas se espontaneamente concordar. Caso concorde em participar da pesquisa, você poderá retirar-se a qualquer momento. A recusa ou desistência em participar em hipótese alguma implicará em prejuízo ao pesquisado ou em qualquer outra penalização.

Os dados respondidos na entrevista servirão para essa pesquisa e haverá total preservação do anonimato dos participantes.

Quando da publicação dos resultados, a identificação dos participantes da pesquisa não será revelada em hipótese alguma.

Os pesquisadores estão à disposição para esclarecer qualquer dúvida, diretamente pelos telefones XXXXXXXX (Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior - coordenador da pesquisa) e XXXXXXXX (Bruna Alves Lopes – Mestranda, assistente de pesquisa), ou pela Coordenação do Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas (Campus de Uvaranas, CIPP 3220-3153).

Este documento é apresentado em duas vias.

Bruna Alves Lopes
Mestranda em Ciências Sociais Aplicadas - UEPG

Declaro, por meio deste, que eu, _____,
RG _____, responsável pai e/ou responsável por _____,

_____ com _____ endereço _____
tomei

conhecimento desta pesquisa e que concordo em participar juntamente _____ de quem sou o pai ou responsável. Entendi que, mesmo com minha autorização, a(s) criança(s) terá(ão) liberdade para concordar em participar ou não. Autorizo a utilização das informações obtidas através de publicações e/ou apresentações em eventos científicos, sem a identificação de meu nome.

Data: _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável _____

ATENÇÃO: A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com a Comissão de Ética em Pesquisa da UEPG. Endereço – Av. Carlos Cavalcanti, n.4748, Bloco M, Sala 12, CEP- 84030-900 – Ponta Grossa – PR. Fone: (42) 3220-3262. e-mail: seccoep@uepg.br

Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior
Coordenador da pesquisa

TERMO DE ACEITE EM PESQUISA

Srs. Coordenadores da Brinquedoteca Hospitalar.

Sou mestranda da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) e estou desenvolvendo uma pesquisa sobre os “Um espaço de brincar: cotidiano e suas tensões numa brinquedoteca hospitalar” sob a orientação do Prof. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior.

Trata-se de uma pesquisa para o Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas da UEPG. A pesquisa tem por objetivo analisar o cotidiano da brinquedoteca do Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira e as tensões geradas na vivência cotidiana desse espaço dentro do hospital.

A pesquisa será realizada por meio da aplicação de um roteiro de observação e entrevistas. A observação tem por objetivo descrever o funcionamento da brinquedoteca hospitalar da instituição e as possíveis tensões vivenciadas no dia a dia nesse espaço. A entrevista será realizada para conhecer a rotina de trabalho dos profissionais que atuam nesse espaço além de conhecer a função da brinquedoteca neste hospital.

Estes procedimentos não oferecem nenhum risco.

Enfatizo que a sua participação não é obrigatória, sendo que somente responderá as perguntas se espontaneamente concordar. Caso concorde em participar da pesquisa, você poderá retirar-se a qualquer momento. A recusa ou desistência em participar em hipótese alguma implicará em prejuízo ao pesquisado ou em qualquer outra penalização.

Os dados respondidos na entrevista servirão para essa pesquisa e haverá total preservação do anonimato dos participantes.

Quando da publicação dos resultados, a identificação dos participantes da pesquisa não será revelada em hipótese alguma.

Os pesquisadores estão à disposição para esclarecer qualquer dúvida, diretamente pelos telefones XXXXXXXX (Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior - coordenador da pesquisa) e XXXXXXXX (Bruna Alves Lopes – Mestranda, assistente de pesquisa), ou pela Coordenação do Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas (Campus de Uvaranas, CIPP 3220-3153).

Este documento é apresentado em duas vias.

Bruna Alves Lopes
Mestranda em Ciências Sociais Aplicadas - UEPG

Declaro, por meio deste, que eu, _____, RG _____, com _____ endereço _____ tomei

conhecimento desta pesquisa e que concordo em participar juntamente. Entendi que, mesmo com minha autorização, a(s) criança(s) terá(ão) liberdade para concordar em participar ou não. Autorizo a utilização das informações obtidas através de publicações e/ou apresentações em eventos científicos, sem a identificação de meu nome.

Data: _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável _____

ATENÇÃO: A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com a Comissão de Ética em Pesquisa da UEPG. Endereço – Av. Carlos Cavalcanti, n.4748, Bloco M, Sala 12, CEP- 84030-900 – Ponta Grossa – PR. Fone: (42) 3220-3262. e-mail: seccoep@uepg.br

Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior
Coordenador da pesquisa