

Original

Pfeifer LI, Lorenzetti VMD, Nascimento LC, Panuncio-Pinto MP. Estados emocionais de crianças em ambiente hospitalar. *Temas sobre Desenvolvimento* 2013; 19(104):35-41.

Artigo recebido em 14/02/2012. Aceito para publicação em 06/07/2012.

# estados emocionais de crianças em ambiente hospitalar

luzia iara pfeifer<sup>1</sup>  
vanessa m. dinat e lorenzetti<sup>2</sup>  
lucila castanheira nascimento<sup>3</sup>  
maria paula panuncio-pinto<sup>4</sup>

(1) Terapeuta Ocupacional, Doutora em Educação pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Professora Doutora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, Divisão de Terapia Ocupacional, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, SP.

(2) Terapeuta Ocupacional pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, SP.

(3) Livre-docente pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, SP.

(4) Terapeuta Ocupacional, Doutora em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem pela USP, Professora Doutora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, Divisão de Terapia Ocupacional, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, SP.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, SP.

## CORRESPONDÊNCIA

Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto  
Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento  
A/C Luzia Iara Pfeifer  
Av Bandeirantes 3900 – 4º andar – 14.049-900 – Ribeirão Preto – SP  
luziara@fmrp.usp.br.

## RESUMO

**ESTADOS EMOCIONAIS DE CRIANÇAS EM AMBIENTE HOSPITALAR:** Este estudo buscou identificar os estados emocionais de crianças inseridas em ambiente hospitalar, onde ocorrem diversas ações de humanização na atenção à saúde, privilegiando o brincar. Participaram da pesquisa 28 crianças, de 4 a 12 anos, as quais se encontravam em situação de hospitalização, seja em enfermarias pediátricas ou em hospital-dia, em um hospital público universitário no interior do estado de São Paulo. A coleta de dados foi realizada com a utilização de figuras de faces que representam as emoções "Muito Alegre", "Alegre", "Triste" e "Muito Triste". Após confirmação de que a criança entendia o significado e a diferença entre os estados emocionais, foi perguntado em qual estado emocional se encontrava naquele momento. Identificou-se que 91,5% das crianças afirmaram estar em estado emocional positivo ("Alegre" e "Muito Alegre"), destacando-se o brincar e o sair do hospital como justificativas para esses sentimentos. O brincar se mostrou como auxílio positivo para o enfrentamento do processo de hospitalização infantil.

**Descritores:** Criança, Hospitalização, Emoções, Jogos e brinquedos.

## ABSTRACT

**EMOTIONAL STATE OF CHILDREN IN HOSPITAL SETTING:** Considering the effects of hospitalization on child development, this study aimed at identifying the emotional state of children in a hospital where there are several humanization actions in health care focusing on playing. 28 children aged between 4 and 12 years, hospitalized either in pediatric wards or in day-hospital, in a public hospital in the state of São Paulo, participated in this study. For data collection, pictures of faces representing emotions such as "Very Happy", "Happy", "Sad" and "Very Sad" were used. After confirmation that the children understood the meaning and the difference between emotional states, they were asked to identify their own emotional state at that moment. A total of 91.5% of the children reported positive emotional states ("Happy" or "Very happy"). "Having been able to play" and "leaving the hospital" were the main justifications for such feelings. Playing helped children to emotionally cope with the hospitalization.

**Keywords:** Child, Hospitalization, Emotions, Play and toys.

A hospitalização infantil ocorre principalmente em situações de crise, causada pelo agravamento de doença crônica, por um quadro agudo ou por complicações de outras patologias<sup>1</sup>, e, em menor número, ocorrem internações programadas para realização de determinados procedimentos clínicos ou cirúrgicos<sup>2</sup>. Ainda que o adoeci-

mento seja um processo vivenciado singularmente por cada criança e seus familiares, o impacto gerado pela hospitalização pode ser comum a todos<sup>3</sup>.

A hospitalização oferece importantes benefícios ao estado de saúde; entretanto, não se deve desconsiderar suas consequências para a criança, tais como estresse,

traumas e comprometimento do desenvolvimento<sup>4</sup>, visto que o adoecimento gera consequências e limitações que extrapolam os sinais e sintomas físicos<sup>2</sup>.

Em geral, a hospitalização gera rupturas no cotidiano das crianças, pois modifica sua rotina de cuidados pessoais e de lazer; elas passam a conviver com pessoas até então desconhecidas, a receber procedimentos dolorosos e invasivos, a permanecer restritas ao ambiente de seu quarto e, muitas vezes, privadas de atividades lúdicas e escolares<sup>5</sup>. Portanto, o hospital não é um ambiente totalmente adequado ao desenvolvimento infantil. Além disso, a doença pode deixar a criança debilitada e desanimada e, se esse espaço não for estimulante, poderá privá-la de desenvolver as habilidades psicomotoras e socioafetivas esperadas em sua faixa etária<sup>6</sup>.

Buscando viabilizar uma atenção digna à saúde, o Ministério da Saúde apresentou, em 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que consiste em oferecer atendimento de qualidade, integrando os avanços tecnológicos ao acolhimento humanizado, por meio da identificação das necessidades sociais de saúde e da efetivação dos direitos dos usuários<sup>7</sup>. Sob esse novo paradigma, os profissionais de saúde devem favorecer condições de crescimento, desenvolvimento e equilíbrio emocional à criança hospitalizada<sup>8</sup>, contribuindo, assim, para a melhora de seu estado físico e emocional<sup>9</sup>.

Nesse sentido, diversas ações têm sido implantadas com o objetivo de proporcionar a humanização hospitalar por meio do desenvolvimento de atividades lúdicas, tais como “Doutores da Alegria”<sup>10</sup>, “Companhia do Riso”<sup>11,12</sup>, “Associação Viva e Deixe Viver”<sup>13</sup> e “Caixa de Histórias”<sup>14-16</sup>, as quais utilizam a arte ou histórias infantis como recursos terapêuticos. Há ainda a obrigatoriedade da instalação de brinquedotecas em todas as unidades de saúde que oferecem serviço pediátrico em regime de internação, segundo a Lei 11.104, de 21 de março de 2005<sup>17</sup>.

A literatura evidencia resultados positivos em crianças hospitalizadas que tiveram contato com o lúdico, por meio de jogos, brincadeiras, músicas, desenhos, entre outros<sup>3,18-21</sup>. As crianças cooperam mais durante os procedimentos médicos e de enfermagem quando estão mais alegres e envolvidas com ocupações significativas e quando têm conhecimento dos procedimentos a serem realizados<sup>22</sup>.

Buscando melhor compreender como se sentem as crianças hospitalizadas, esta pesquisa teve como objetivo identificar seus estados emocionais e os fatores que os influenciaram para traçar estratégias terapêuticas para estimular estados emocionais positivos (alegre e muito alegre) e minimizar aqueles negativos (triste e muito triste).

## Método

Participaram da pesquisa 28 crianças (19 meninos e nove meninas), na faixa etária de 4 a 12 anos, que se encontravam em situação de hospitalização, seja em enfermarias pediátricas ou em hospital-dia, em um hospital público universitário localizado no interior do estado de São Paulo, no qual são desenvolvidas ações de humanização de atenção à saúde. Todos os sujeitos participaram das atividades do Programa “Caixa de Histórias”. As crianças frequentadoras do hospital-dia foram consideradas participantes deste estudo, pois, embora não estivessem, de fato, internadas, sua presença era frequente no local, com acentuada dependência do serviço, seja para receber medicações ou procedimentos clínicos, fisioterapêuticos, terapêutico-ocupacionais, fonoaudiológicos, entre outros, o que demandava retorno diário ou semanal ao hospital. No Quadro 1 se encontra o detalhamento dos participantes desta pesquisa.

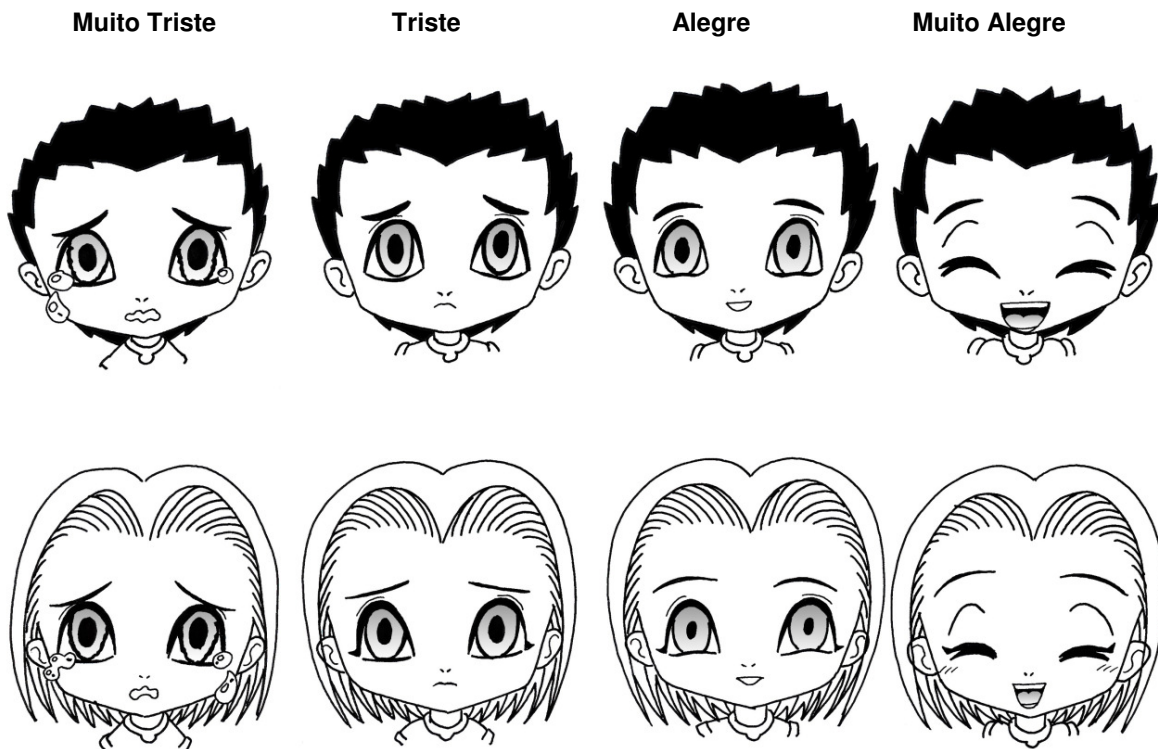
O Programa de Extensão “Caixa de Histórias” vem sendo desenvolvido de forma sistemática, desde 2005, nas enfermarias de pediatria do referido hospital. Graduandos de Terapia Ocupacional, após um processo de capacitação inicial de 25 horas de aulas teóricas e oficinas e de supervisões semanais com os coordenadores do programa para troca de informações e discussões das vivências, passam a contar histórias infantis, utilizando, como recursos, bonecos e outros elementos lúdicos que se encontram em uma caixa (a qual, muitas vezes, também faz parte do cenário); daí o nome do programa. Após a contação das histórias, os personagens e os elementos da caixa são manipulados pelas crianças, e são realizadas atividades de acordo com o tema da história<sup>15</sup>.

Baseados nas quatro faces da Escala AUQEI, *Auto-questionnaire Qualité de Vie Enfant Image*<sup>23</sup>, os pesquisadores propuseram uma nova versão, que contém as representações de ambos os gêneros (masculino e feminino) e que exprimem as emoções “Muito Alegre”, “Alegre”, “Triste” e “Muito Triste”. Essas representações foram desenhadas por Marcelo Matsuhiro Okama, por meio da técnica do Mangá, que tem por característica os traços intensos e fortes que enaltecem as expressões (Figura 1).

Após autorização dos pais ou responsáveis e do aceite das crianças em participar da pesquisa, os pesquisadores apresentavam a cada uma o instrumento com as figuras dos quatro estados emocionais, de acordo com seu gênero. Nesse momento, era explicitado à criança que cada face representava um estado emocional (“Muito Alegre”, “Alegre”, “Triste” e “Muito Triste”) e, em seguida, era perguntado a ela que situação a deixava em cada um daqueles estados emocionais, buscando verificar se compreendia as diferenças entre os estados avaliados para, assim,

**Quadro 1.**  
**Descrição dos participantes da pesquisa.**

Participante	Sigla	Gênero	Idade (anos)	Tempo de Internação	Motivo da internação
P1	R.	Feminino	4	2 dias	Infecção
P2	G.	Feminino	5	5 dias	Diabetes
P3	S.	Masculino	6	2 dias	Asma
P4	F.	Masculino	6	3 dias	Meningite Bacteriana
P5	L.	Masculino	6	Hospital-dia	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)
P6	G.N.	Masculino	7	7 dias	Pós-cirurgia
P7	V.	Masculino	7	2 dias	Apendicectomia
P8	G.	Masculino	8	2 dias	Brida Poplítea
P9	L.M.	Feminino	8	10 dias	AIDS / Hepatite C
P10	M.	Masculino	8	7 dias	Retração de quelóide
P11	R.A.	Masculino	8	Hospital-dia	AIDS
P12	K.	Feminino	8	4 dias	Infecção urinária
P13	A.L.	Masculino	8	8 dias	Crise asmática moderada / grave
P14	K.	Masculino	8	Hospital-dia	AIDS / Pneumonia intensa
P15	B.J.	Feminino	8	2 dias	Drenagem íngua
P16	J.	Masculino	9	8 dias	Queimadura de 2º grau
P17	M.	Feminino	9	4 dias	Adenite / celulite cervical
P18	F.W.	Masculino	10	9 dias	Picada de Escorpião
P19	L.F.	Masculino	10	4 dias	Apendicectomia
P20	L.	Feminino	10	4 dias	Sequela de escapelamento
P21	An.	Masculino	10	1 dia	Apendicite / Apendicectomia
P22	R.	Masculino	10	Hospital-dia	AIDS
P23	A.P.	Feminino	11	10 dias	AIDS / Hepatite B
P24	V.C.	Masculino	11	4 dias	Trauma no joelho
P25	B.	Feminino	11	2 dias	Apendicite Aguda
P26	A.S.	Masculino	11	14 dias	AVC
P27	W.	Masculino	12	2 dias	Cirurgia reparadora
P28	Ai.	Masculino	12	6 dias	AIDS / Pneumonia e derrame pleural



**Figura 1.**  
**Representação de faces dos gêneros masculino e feminino que exprimem emoções.**

ser considerada ou não eletiva para a pesquisa. Mediante a verificação de que a criança compreendia o significado e as diferenças entre os estados emocionais, o instrumento era novamente apresentado, solicitando-se que a criança apontasse em que estado emocional se encontrava naquele momento e justificasse sua resposta, que era anotada em ficha individual.

As respostas foram separadas por estado emocional, totalizando, assim, quatro categorias de respostas: “Muito Alegre”, “Alegre” (estados emocionais positivos), “Triste” e “Muito Triste” (estados emocionais negativos). A partir da análise das categorias de respostas foram estabelecidas subcategorias por semelhanças de conteúdo. Nas categorias “Muito Alegre” e “Alegre”, as subcategorias foram: “Brincar”, “Não hospitalização” e “Outros”; na categoria “Triste”, estabeleceu-se a subcategoria “Hospitalização e dor”. Não houve qualquer resposta em relação ao estado emocional “Muito Triste” entre as crianças entrevistadas.

## Resultados

Os resultados demonstram que, das crianças entrevistadas, 91,5% afirmaram estar em estado emocional positivo, sendo que a maioria se encontrava em estado emocional “Muito Alegre”, seguido do estado emocional “Alegre”. A minoria se encontrava em estado emocional “Triste”. Nenhuma criança afirmou se encontrar no estado emocional “Muito Triste”.

### 1. Categoria “Muito Alegre”

No momento da entrevista, 54,1% das crianças afirmaram estar **muito alegres**, e as justificativas para esse estado emocional foram agrupadas em três subcategorias: “Brincar”, “Não hospitalização e melhora do quadro clínico” e “Outros”.

Para justificar esse estado emocional, 20,8% das crianças apresentaram relatos relacionados ao “Brincar”, tais como “Porque a gente brinca e pula” (P1), “Empinei pipa e joguei bola com um amigo ontem” (P22), e “Estou brincando” (P24). Justificativas referentes à não hospitalização foram apontadas por 20,8% das crianças, ao relatarem melhora do quadro clínico e proximidade da alta hospitalar, tais como “Porque estou melhorando” (P28), “Porque eu melhorei e vou embora no sábado” (P6), e “Porque vou embora hoje” (P23), ou relacionadas à alta hospitalar e ao brincar: “Porque quando eu sair daqui vou pra um lugar que eu gosto muito, brincar com minha tia” (P2), “Porque vou sair do hospital e ir para casa brincar” (P19).

Outras justificativas (12,5%) estavam relacionadas ao caráter religioso e moral: “Porque Jesus me deu a vida”

(P11), “Porque a gente não pode ficar triste” (P10), ou à presença de pais e familiares: “Porque a minha mãe e o meu pai ficam junto de mim... e o meu avô e meus irmãos também” (P8).

### 2. Categoria “Alegre”

Afirmaram estar “Alegres” 37,4% das crianças, e as justificativas foram agrupadas em três subcategorias: “Não hospitalização”, “Brincar” e “Outros”.

Das justificativas apresentadas referentes à não hospitalização, 16,6% estavam relacionadas à proximidade da alta hospitalar, tais como “Daqui a alguns dias eu vou ter alta” (P16), “Daqui a alguns dias eu vou embora do hospital” (P25). Outros 12,5% das respostas estavam relacionadas a “Brincar”, tais como “Porque eu vou escutar uma história” (P20), “Porque eu brinco” (P3) e “Porque eu estou assistindo desenho” (P13).

Alguns participantes (8,3%) justificaram com respostas que não se encaixaram nas categorias anteriores: “Porque meu pai vai me dar um celular” (P12), “Porque estou perto de um amigo” (P26).

### 3. Categoria “Triste”

Afirmaram estar “Tristes”, no momento em que foram entrevistadas, 8,3% das crianças, e todas as justificativas atribuídas a esse estado emocional estavam relacionadas a “Hospitalização e dor”: “Sinto dor no bracinho” (P14), “Quero ir embora” (P7).

### 4. Categoria “Muito Triste”

Nenhuma criança apontou o estado emocional “Muito Triste”.

## Discussão

Neste estudo, procurou-se traçar um panorama sobre os estados emocionais durante a hospitalização, sob a ótica de crianças hospitalizadas, com idades de 4 a 12 anos. Os resultados demonstraram que a maioria das crianças se encontra em estado emocional positivo, o que sugere que a estrutura ambiental e as estratégias de humanização têm possibilitado que enfrentem, de forma positiva, o período de internação; as crianças deste estudo destacaram o brincar, a melhora do quadro clínico e a saída do hospital para justificar o estado de muita alegria ou de alegria em que se encontravam.

Em um primeiro momento, causa estranhamento o fato de haver crianças em estado emocional positivo em ambi-

ente hospitalar, e não crianças tristes, cabisbaixas e apáticas.

A literatura evidencia que algumas crianças criam seus próprios mecanismos de enfrentamento<sup>24</sup>. Aragão e Morsch<sup>25</sup> acreditam que a aprendizagem em lidar com situações específicas da doença consiste em esforço diário e essencial; acreditam, ainda, que, apesar das perdas (da autonomia e da liberdade) e dos procedimentos que resultam em dor, as crianças têm capacidade para reinventar a hospitalização, respondendo de modo positivo às propostas de brincar, aprender e de se relacionar.

Brunelli et al.<sup>26</sup> avaliaram a qualidade de vida de crianças com insuficiência renal crônica e verificaram que elas se sentem satisfeitas nas principais áreas do desenvolvimento (saúde, educação, situações familiares e sociais), comparadas àquelas sem histórico de doença crônica.

Segundo Motta e Enumo<sup>5</sup>, as crianças enfrentam situações adversas particulares por seus próprios repertórios comportamentais, os quais atuam de forma a promover um ambiente mais familiar e a torná-lo menos ameaçador.

A possibilidade de brincar, presente em diversos relatos, estimula a alegria e rompe com a visão estereotipada de que o ambiente hospitalar é voltado apenas para tratar doenças, e não pessoas que possuem uma doença. Como o brincar é o principal papel ocupacional da criança<sup>27</sup> e a mais importante atividade humana (desempenho ocupacional) infantil<sup>28</sup>, a criança desenvolve o autoconhecimento, exercita suas potencialidades por meio dessa ocupação e pode reviver circunstâncias que lhe causaram excitação, alegria, ansiedade, medo ou raiva<sup>29</sup>.

Inúmeros são os estudos que mencionam o brincar como propiciador de aspectos positivos para o desenvolvimento infantil, e também como eficaz estratégia no enfrentamento da hospitalização, de forma a promover bem-estar e favorecer qualidade de vida<sup>30-33</sup>.

Ao brincar, a criança sai temporariamente da situação de hospitalização, do estereótipo de doente, do estado de passividade, para exercitar-se na busca de sua própria identidade, amenizando a solidão e o isolamento. Além disso, o brincar é instrumento de seu domínio, facilitador de experiências positivas, meio pelo qual pode exprimir sentimentos e mediar contextos, tais como vida familiar e situações novas, como estar hospitalizada<sup>3</sup>. O efeito positivo do brincar no hospital em muito está relacionado ao fator transformador no ambiente<sup>5</sup>.

A vivência do simbólico é exercitada pela criança quando brinca, e as suas necessidades, vontades, intenções e angústias são expressas na brincadeira. Neste campo, integram-se diferentes aspectos: motores, psicológicos, perceptivos e cognitivos<sup>34</sup>.

Viabilizar o brincar é fundamental uma vez que, além

de ser propiciador de prazer e de bons estados emocionais, adquire real importância no desenvolvimento infantil por permitir o autoconhecimento, a comunicação com outras crianças e também a elaboração dos papéis sociais, internalização de regras e do ambiente ao seu redor<sup>35</sup>.

Os resultados desta pesquisa sinalizam que o brincar leva as crianças a se sentirem alegres ou muito alegres e, nesse sentido, Lima et al.<sup>11</sup> lembram que uma criança feliz e descontraída tem seu processo de desenvolvimento favorecido, o que torna mais fácil sua permanência no hospital.

Não há relatos sobre a relação entre a melhora do estado emocional e a aceleração da alta hospitalar; entretanto, os estudos de Garcia e Pfeifer<sup>22</sup> e de Valladares<sup>36</sup> confirmam que a utilização de atividades lúdicas, tais como arteterapia e caixas de histórias, propiciam que as crianças se adaptem mais facilmente à rotina hospitalar e restabeleçam seu equilíbrio emocional.

O tema hospitalização foi abordado neste estudo tanto para justificar estados emocionais positivos quanto negativos, sendo que os positivos eram referentes ao fato de sair em breve do hospital, e os negativos, relacionados à dor e ao fato de querer ir embora desse ambiente.

Quando hospitalizada, a criança é afastada de seu cotidiano, agora substituído pela rotina hospitalar que oferece outros afazeres diários, geralmente desagradáveis, que podem levá-la a sentir medo, insegurança, angústia; além disso, podem ocorrer diminuição da interatividade social e propensão à passividade diante de decisões. A criança fica inevitavelmente apartada de sua vida junto à família e isso contribui para o seu estado emocional negativo, segundo a autoavaliação das crianças entrevistadas.

Em se tratando de crianças com doença crônica (principalmente àquelas que frequentavam o hospital-dia neste estudo), a ruptura social é consequência da grande quantidade de horas despendidas no local, o que reduz o tempo restante para outras atividades que lhes possibilitariam estar com outras pessoas<sup>37</sup>.

Muito embora já conheça a dinâmica e o ambiente do hospital, a cada internação há um novo sofrimento; a criança entende e vivencia esse processo como uma injusta punição, passando, muitas vezes, a desacreditar nos tratamentos e na possibilidade de melhorar clinicamente<sup>38</sup>.

Na presente pesquisa, foi possível identificar, por meio dos relatos, que as crianças se encontravam esperançosas com os tratamentos e com a possibilidade de deixar o hospital ou com a interrupção de processos dolorosos. Importante ressaltar que, além de serem acompanhadas por uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros e auxiliares, psicólogos e terapeutas ocupacionais, as crianças dispunham também de outros recursos,

dentro dos modelos hospitalares estudados, por meio dos quais eram propiciadas atividades lúdicas a partir das caixas de história<sup>16</sup> (desenvolvido por graduandos de terapia ocupacional) e da companhia do riso<sup>11</sup> (desenvolvido por graduandos de enfermagem). Esses recursos podem se constituir em variável importante para o seu estado emocional. Nesse mesmo sentido, observa-se, nos últimos anos, que os gestores de instituições hospitalares têm, de modo geral, valorizado e percebido a importância do brincar na hospitalização infantil<sup>39</sup>.

A dor foi apontada como justificativa para a criança se encontrar triste naquele momento. A dor, em um processo de adoecimento e de hospitalização, age potencializando ainda mais o quadro de internação e, obviamente, interfere no estado emocional das crianças. Considerar e respeitar a dor envolve também outros aspectos, tais como ansiedade, medo e expectativa, gerados pelo processo de adoecimento ou por intervenções que podem exacerbá-la e ampliar a resposta ao estresse<sup>2</sup>.

Nesse sentido, no hospital em que esta pesquisa foi realizada, está sendo desenvolvido um projeto, denominado *Collaborative Program for Children's Pain Management in Brazil*, que já mapeou o reconhecimento, o conhecimento e a atenção atribuídos ao sentimento de dor infantil (por parte dos pais e da equipe de saúde), com a intenção de desenvolver protocolos de conduta que visam a minimizar a dor em ambiente hospitalar<sup>40</sup>.

É necessário que os profissionais de saúde estejam junto às crianças para ajudá-las na compreensão dos aspectos positivos da hospitalização, favorecendo, da forma mais saudável possível, a passagem por esse momento particular de suas histórias<sup>37</sup>.

Um olhar individualizado e personalizado para cada criança se faz necessário para atender às demandas de cada uma. As pesquisas mencionam o fator singularidade, considerando que cada criança apresenta uma reação particular diante da hospitalização<sup>31,41-43</sup>. Para conhecer e entender a condição de estar doente é necessário atentar para as necessidades e vontades de cada pessoa, criando mecanismos de escuta efetivos que respeitem sua fala, seu silêncio, dependendo do que se almejar. Assim, a preocupação com as necessidades próprias de cada ser humano é ponto de partida para qualquer profissional de saúde de forma a evitar a despersonalização / despersonalização no ambiente hospitalar.

Apesar da ampliação nos serviços primários (promoção e prevenção) de saúde, principalmente em grandes centros, ainda há situações em que a hospitalização infantil é inevitável. A atenção à saúde tem apresentado muitos avanços na realização de diagnósticos e de procedimentos terapêuticos, e essa tendência a avanços tem se expandido para o cuidado global da saúde, utilizando-se estraté-

gias não medicamentosas e invasivas na busca do bem-estar da criança hospitalizada.

Este estudo demonstrou que as crianças em situação de hospitalização se encontram, em sua maioria, em estado emocional positivo, o que sugere que o ambiente hospitalar onde se encontravam oferece um processo terapêutico de qualidade, preservando a saúde mental infantil.

É imprescindível a criação e/ou manutenção de mecanismos que promovam uma ambientação, estimulando comportamentos participativos da criança, de maneira a ajudá-la no enfrentamento das dificuldades decorrentes da hospitalização assim como da doença.

É importante romper com o enfoque restritivo, presente ainda na "cultura hospitalar", que enfatiza o papel subserviente da criança para com o hospital / profissionais de saúde; segundo esse modelo, a criança não pode sair do leito nem fazer barulho, assim como em momento algum lhe é permitido fazer escolhas em relação à sua rotina habitual e preferências, o que impossibilita que se estabeleça comunicação entre os promotores da saúde, acompanhantes e a própria criança, e a impede de ser agente de sua recuperação.

A política de humanização vem suscitar a discussão sobre o atual paradigma de atenção à saúde, de forma a priorizar um olhar cuidadoso e integral à saúde e ao desenvolvimento da criança, atentando para os aspectos fisiológicos, sem, entretanto, deixar de considerar fatores emocionais, familiares, seus desejos e necessidades.

Tornar a passagem hospitalar mais suave, permitindo à criança que esteja com seus familiares, e criar mecanismos que favoreçam a ludicidade, garantindo-lhes espaços próprios para brincar, possibilitam que apresentem estados emocionais positivos (alegre e muito alegre), o que contribui para uma melhor evolução de seu quadro clínico e menor rompimento com seu cotidiano infantil.

## Referências

1. Santa Roza E. Um desafio às regras do jogo. In: Santa Roza E, Reis E. Da análise na infância ao infantil na análise. Rio de Janeiro: Contra Capa; 1997.
2. Pfeifer LI, Mitre RMA. Terapia ocupacional: Dor e cuidados paliativos na atenção à infância. In: De Carlo MMRP, Queiroz MEG. Dor e cuidados paliativos: Terapia ocupacional e interdisciplinaridade. São Paulo: Roca; 2008.
3. Mitre RMA. A importância do brincar na produção de cuidados pediátricos. In: Deslandes SF [org]. Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
4. Domingues ACG, Martinez CMS. Hospitalização infantil: Buscando identificar e caracterizar experiências de terapia ocupacional com crianças internadas. Cad Ter Ocup UFSCar 2001; 9(1):16-28.
5. Motta AB, Enumo SRF. Brincar no hospital: Estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. Psicol Estud 2004; 9(1):19-28.
6. Santos CA, Marques EM, Pfeifer LI. A brinquedoteca sob a visão da terapia ocupacional: Diferentes contextos. Cad Ter Ocup UFSCar 2006; 14(2):91-102.

7. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de humanização: Humaniza SUS. Brasília (DF): Secretaria Executiva; 2004.
8. Moraes MCAF, Buffa MJMB, Motti TFG. As atividades expressivas e recreativas em crianças com fissura labiopalatina hospitalizadas: Visão dos familiares. *Rev Bras Educ Esp* 2009; 15(3):453-70.
9. Azeredo Z, Amado J, Silva HNA, Marques IG, Mendes MVC. A família da criança oncológica: Testemunhos. *Acta Med Port* 2004; 17(1):375-80.
10. Masetti, M. Doutores da ética da alegria. *Interface Comunic Saúde Educ* 2005; 9(17):453-8.
11. Lima RAG, Azevedo EF, Nascimento LC, Rocha SMM. A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas. *Revi Esc Enf USP* 2009; 43(1):186-93.
12. Françani GM, Zilioli D, Silva PRF, Sant'Ana RPM, Lima RAG. Prescrição do dia: Infusão de alegria - Utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. *Rev Latino-Am Enfermagem* 1998; 6(5):27-33.
13. Gouveia MH. Viva e deixe viver: Histórias de quem conta histórias. São Paulo: Globo; 2003.
14. Garcia NR, Pfeifer LI. O uso de caixas de histórias em uma enfermaria oncopediátrica: A visão de crianças internadas. In: 11º Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, 2009 out 13-16, Fortaleza, Ceará. Anais: Fortaleza; 2009.
15. Alves ALA, Pfeifer LI, Bezerra JR, Santos VMD. Caixa de histórias: Um recurso terapêutico ocupacional utilizado em enfermarias de um hospital terciário no interior de São Paulo. In: X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, 2007 mai 15-18, Goiânia, Goiás. Goiânia: Kelps; 2007.
16. Pfeifer LI, Delsim JC, Santos VMD, Martins YD. Contar história: Uma abordagem terapêutica ocupacional no auxílio à criança hospitalizada. In: 6º Congresso Norte Nordeste de Terapia Ocupacional, 2006 out 8-11, Maceió, Alagoas. Associação dos Terapeutas Ocupacionais de Alagoas: Maceió; 2006.
17. Brasil, Lei Federal nº 11.104, de 21 de março de 2005. Diário Oficial da União, Brasília (DF): Casa civil; 2005.
18. Goulart AMPL, Moraes SPG. O brincar como uma ação mediadora no trabalho desenvolvido com crianças hospitalizadas. In: Santos MP. *Brinquedoteca: A criança, o adulto e o lúdico*. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2000.
19. Mittemperqher RCR. O papel da brinquedoteca na aderência ao tratamento oncológico [online]. *Prática Hospitalar* 2005; 7(42). Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2042/pgs/materia%2005-42.html>.
20. Teixeira de Paula EMA, Gil JD, Marcon A. Brinquedotecas em hospitais: Uma conquista nova, para novos tempos. *Temas Desenvolv* 2002; 11(62):23-32.
21. Drummond I, Pinto JA, Santana WSB, Modena CMM, Schall VT. A inserção do lúdico no tratamento da SIDA pediátrica. *Aná Psicológica* 2009; 1(28):33-43.
22. Garcia NR, Pfeifer LI, Panuncio-Pinto MP. As caixas de histórias na visão de profissionais de saúde como estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. Artigo submetido (2010).
23. Assumpção Jr FR, Kuzynski E, Sprovieri MH, Aranha EMG. Escala de Avaliação da Qualidade de Vida (Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé): Validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 14 anos. *Arq Neuropsiquiatr* 2000; 58(1):119-27.
24. Oliveira SSG, Dias MGBB, Roazzi A. O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicol Refl Crít* 2003; 16(1):1-13.
25. Aragão PM, Morsch, DS. A criança, sua família e o hospital: Pensando processos de humanização. In: Deslandes SF [org]. *Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
26. Brunelli G, Koch P, Diniz DHMP. Avaliação da qualidade de vida de crianças portadoras de insuficiência renal crônica submetidas à diálise. In: X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, 2007 mai 15-18, Goiânia, Goiás. Goiânia: Kelps; 2007.
27. Stagnitti K. Understanding play: The implications for play assessment. *Aust Occup Ther* 2004; 51(1):3-12.
28. American Occupational Therapy Association (AOTA). *Occupational therapy practice framework: Domain and process*. 2. Ed. (Framework-II). *Am J Occup Ther* 2008; 62(6):625-83.
29. Pedro ICS, Nascimento LC, Poleti LC, Lima RAGL, Mello DF, Luiz FMR. O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil na perspectiva de crianças e seus acompanhantes. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2007; 15(2):290-7.
30. Pereira MACM, Amparo DM, Almeida SFC. O brincar e suas relações com o desenvolvimento. *Psicologia Argumento* 2006; 24(45):15-24.
31. Junqueira MFPS. A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: Um relato de experiência. *Estud Psicol* 2003; 8(1):93-7.
32. Amorim C., Júnior LP. O brincar e o desenvolvimento humano. *Psicologia Argumento* 2006; 24(46):91-4.
33. Carvalho AM, Begnis JG. Brincar em unidades de atendimento pediátrico: Aplicações e perspectivas. *Psicol Estud* 2006; 11(1):109-17.
34. Silva MB, Schwarzbach C, Feitosa JB. Desenvolvimento infantil e tecnologia: Um estudo psicológico. *Psicologia Argumento* 2003; 21(35):33-8.
35. Pfeifer LI, Carvalho CS, Santos VMD. A trajetória do brincar, da competição à criação. *Cad Ter Ocup UFSCar* 2004; 12(1):115-23.
36. Valladares ACA. *A arteterapia humanizando os espaços de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2009.
37. Takatori M, Oshiro M, Otashima C. O hospital e a assistência em terapia ocupacional com a população infantil. In: De Carlo MMRPC, Luzo MCM [org]. *Terapia ocupacional: Reabilitação física e contextos hospitalares*. São Paulo: Roca; 2004.
38. Kudo AM, Pierrri AS. *Terapia ocupacional com crianças hospitalizadas*. In: Kudo AM, Marcondes E, Lins L, Moriyama LT, Guimarães MLLG, Regina CTPJ et al. *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria*. São Paulo: Sarvier; 1994.
39. Mitre RMA, Gomes R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(1):147-54.
40. Linhares MM, Doca FN, Cassiano RG, Martinez FE, Carlotti AC, Funayama CA et al. Pain assessment in inpatient children of a developing country: The first step to apply childkind program. In: 13th World Congress on Pain, 2010 ago 29 - set 3, Montreal. 13th World Congress on Pain: Montreal; 2010.
41. Valladares ACA, Carvalho AMP. A arteterapia e o desenvolvimento do comportamento no contexto hospitalização. *Rev Esc Enf USP* 2006; 40(3):350-5.
42. Maar, T. O processo do ser adolescente hospitalizado com doença crônica sob a ótica da enfermagem [dissertação]. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.
43. Vieira MA, Lima RAG. Crianças e adolescentes com doença crônica: Convivendo com mudanças. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2002; 10(4):552-60.