UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

A INFLUÊNCIA DAS ATIVIDADES EXPRESSIVAS E RECREATIVAS EM
CRIANÇAS HOSPITALIZADAS COM FISSURA LABIOPALATINA: A VISÃO
DOS FAMILIARES.

MÁRCIA CRISTINA ALMENDROS FERNANDES MORAES

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, para a obtenção de título de MESTRE em Ciências da Reabilitação.
Área de Concentração: Distúrbios da Comunicação Humana.

BAURU – SP

2007

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

**A INFLUÊNCIA DAS ATIVIDADES EXPRESSIVAS E RECREATIVAS EM
CRIANÇAS HOSPITALIZADAS COM FISSURA LABIOPALATINA: A VISÃO
DOS FAMILIARES.**

MÁRCIA CRISTINA ALMENDROS FERNANDES MORAES

Orientador: Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, para a obtenção de título de MESTRE em Ciências da Reabilitação.
Área de Concentração: Distúrbios da Comunicação Humana.

BAURU - SP

2007

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

Rua Silvio Marchione, 3-20
caixa postal: 1501
17012-900 Bauru/SP - Brasil
(14) 3235-8000

Profa. Dra. Suely Vilela - Reitora USP

Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas - Superintendente HRAC/USP

Autorizo, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial deste trabalho.

Nome/ assinatura

Bauru, ____ de ____ de ____.

Moraes, Márcia Cristina Almendros Fernandes

A influência das atividades expressivas e recreativas em crianças hospitalizadas com fissura labiopalatina: a visão dos familiares. Márcia Cristina Almendros Fernandes Moraes, Bauru, 2007.

83f.: il.; 29,7 cm

Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação- Área de Concentração: Distúrbios da Comunicação Humana) - HRAC/USP.

Cópia revisada em ____/ ____/ ____

Orientador: Prof Dr José Alberto de Souza Freitas

Descritores: 1. crianças hospitalizadas 2. brincar 3. fissura labiopalatina 4. terapia ocupacional

FOLHA DE APROVAÇÃO

Dissertação apresentada e defendida por

Márcia Cristina Almendros Fernandes Moraes

e aprovada pela Comissão Julgadora em ____ / ____ / ____

Prof.(a) Dr.(a):
Instituição:

Prof.(a) Dr.(a):
Instituição:

Prof.(a) Dr.(a):
Instituição:

Profa. Dra. Inge Elly Kiemle Trindade
Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP

Data de depósito da dissertação junto à CPG: ____ / ____ / ____

Márcia Cristina Almendros Fernandes Moraes

14 de Dezembro de 1967 Nascimento
Bauru-SP

1988 – 1990	Graduação em História Licenciatura Plena - Universidade do Sagrado Coração (USC).
1989 – 2006	Contratação no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo - HRAC/USP como Técnico de Apoio Educativo.
1990 – 1990	Graduação em Pedagogia - Complementação Pedagógica. Universidade de Marília (UNIMAR).
1996 – 1996	Especialização em Psicopedagogia (USC).
1997 – 2007	Supervisora suplente do Programa de Aprimoramento Profissional em Reabilitação de Malformações Congênitas – Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP), na área de Pedagogia do HRAC/USP.
1997 – 2007	Supervisora suplente das atividades de estagiários do Curso de Pedagogia (USC).
1997 – 2007	Supervisora das atividades desenvolvidas no Serviço de Educação e Terapia Ocupacional (SETO) do HRAC/USP.
1997 – 2007	Supervisora suplente dos estágios no HRAC dos alunos de Pedagogia da (USC).
1999 – 2003	Graduação em Terapia Ocupacional (USC).
1999 – 2007	Supervisora no HRAC do projeto “Universitários do Sorriso” dos alunos da disciplina Programas de Cidadania da (USC).
2004– 2007	Membro do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) do Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar (PNHAH) do Sistema Único de Saúde (SUS).
2005 – 2007	Curso de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação na área dos Distúrbios da Comunicação Humana, em nível de Mestrado, no HRAC/USP.
2006 – 2007	Contratação no HRAC/USP como Terapeuta Ocupacional.

DEDICATÓRIA

*Dedico este estudo a minha co-orientadora **Maria José Monteiro Benjamin Buffa**, minha amiga **Zezé**, que foi a grande responsável pela criação da Recreação no Centrinho, uma idealizadora, uma mulher que enfrenta qualquer desafio em busca de um ideal, uma grande amiga e companheira, uma irmã de coração, que tem me ensinado muito, e grande responsável pela construção e concretização desse estudo. Meu eterno agradecimento pela confiança, amizade e incentivo. Obrigada por me ajudar enquanto profissional e pessoa!*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas, tio Gastão, por acreditar no meu potencial e no meu trabalho e por me incentivar nos estudos. Sua estratégia como orientador me fez crescer e aumentou minha responsabilidade. Meus sinceros agradecimentos por esta oportunidade. Que Deus continue abençoando-o nesta trajetória tão nobre. Minha admiração e meu respeito a sua pessoa. Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

A Nossa Senhora e Jesus que sempre me acolheram em todos os momentos de minha vida, conduzindo-me para o caminho de Deus.

*Ao meu marido **Douglas**, meu eterno companheiro, meu grande amigo e meu amor, agradeço pela compreensão, carinho e incentivo.*

*As minhas filhas **Anna Carolina e Júlia**, meus tesouros, minha vida.*

*Aos meus pais **Miguel e Leide**, exemplos de vida e dedicação, meus grandes incentivadores, meus eternos amores.*

*A minha sogra **Elza**, uma grande companheira e solidária.*

*A minha família: **Marcos, Edna e Marcellus, Marlyn, Karla e Ana Laura** e todos os meus familiares, grandes torcedores por mim.*

OBRIGADA ESPECIALMENTE....

*A Dra. **Lílian D'Aquino Tavano**, minha grande amiga, uma irmã de coração, companheira, meu eterno agradecimento pelo grande incentivo profissional, por me ajudar a crescer enquanto ser humano e pela contribuição na elaboração deste estudo.*

*À Profa. Dra. **Carla Cilene Baptista da Silva**, pela valiosa contribuição no início deste estudo, pelas sugestões na qualificação e pela grande contribuição na construção do meu conhecimento.*

*À Profa. Dra. **Daniela Maria Cury Ferreira Ruiz** pela amizade, confiança e disponibilidades em contribuir com sugestões neste estudo.*

*À Profa. Dra. **Maria Inês Gândara Graciano**, meu eterno agradecimento pela dedicação e atenção dispensada para a construção deste estudo e pelas valiosas sugestões.*

*À Profa. Dra. **Dionísia Aparecida Cusin Lamônica**, pela atenção e pela colaboração no início deste trabalho, não mediu esforços para me auxiliar. Muito obrigada, você realmente é uma pessoa admirável!*

*Ao Prof. Dr. **José Roberto Pereira Lauris** pelas orientações estatísticas no início do projeto, meus sinceros agradecimentos.*

*Ao **Marcel Frederico de Lima Taga** pelas valiosas orientações estatísticas durante este estudo, obrigada pela atenção, paciência e respeito.*

*À Profa. Dra. **Inge Elly Kiemle Trindade**, uma grande admiradora do nosso trabalho, obrigada pela confiança e respeito.*

*Ao Prof. Dr. **Alceu Sérgio Trindade Júnior**, pelo carinho e respeito pelo trabalho desenvolvido na recreação e principalmente pelo incentivo na construção deste estudo.*

*A toda **equipe do Serviço de Educação e Terapia Ocupacional** pelo apoio, incentivo e grande colaboração.*

*Agradeço especialmente a **Viviane Pereira Martins Gasparoto, Takeme Fugiwara e Regina Aparecida Correia de Oliveira**, que, com muita dedicação, participaram da coleta de dados.*

*Ao **Edenilson Antonio Raimundo**, pela grande contribuição durante várias etapas deste estudo.*

*A minha grande amiga **Márcia Zavaski Sabatella**, eterna companheira e irmã de coração, que muito me ajudou no início desse estudo e no meu crescimento profissional.*

*A **Cláudia Fialho Balíco, Elaine Luiz Massarotto e Lucas Ribeiro de Aguiar** pela disponibilidade e colaboração na realização deste estudo.*

*A **Vilma de Almeida Rosa Oliveira** pela autorização do meu ingresso na pós-graduação, muito obrigada, pela confiança e respeito.*

*A **Helen Maria Silva Santos**, uma amiga sincera. Obrigada por me ajudar em todas as fases deste estudo.*

*A **Elaine de Souza**, uma amiga de todas as horas, verdadeira e única. Obrigada pelas sugestões e correções de português.*

*A **Dona Léa Sílvia Braga de Castro Sá**, agradeço pela gentil colaboração na correção deste estudo.*

*Às bibliotecárias, **Ana Aparecida Gomes Grigoli e Denise Giacheti** pela colaboração no levantamento bibliográfico e aos **demais funcionários** da Unidade de Ensino e Pesquisa pela atenção, educação, respeito e ética.*

*A toda **equipe de Pós-Graduação** pela atenção, respeito e companheirismo.*

*A toda **equipe da Central de Agendamentos, Arquivo, Centro de Processamento de Dados**, pela atenção, disponibilidade e dedicação. Muito obrigada!*

*A **Ana Beatriz Cardoso Domingues** uma companheira durante o mestrado, muito obrigada por abraçar esta causa comigo.*

*A **Fúlvia de Sousa Veronez** meus sinceros agradecimentos pelas valiosas sugestões.*

*Aos integrantes do **grupo “TO na Arte”**, que me motivaram na concretização deste estudo.*

*Aos meus amigos da **Comunidade Santa Clara**, por compartilharem comigo todas as alegrias e tristezas, obrigada pelas orações.*

*A todos os meus **amigos** que sempre estão presentes tanto nos momentos tristes como felizes de minha vida, muito obrigada.*

*A todos os **familiares dos pacientes** que, com muito respeito, carinho e disposição, participaram deste estudo. Obrigada pela confiança.*

*A todos os **pacientes** deste estudo, meus sinceros agradecimentos. Obrigada por me ensinarem a cada dia e me motivarem a estudar e contribuir para a reabilitação da fissura labiopalatina. Que Deus os abençoe!*

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	xii
LISTA DE TABELAS.....	xiii
LISTA DE FIGURAS.....	xvi
RESUMO.....	xvii
ABSTRACT.....	xviii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	4
2.1 Humanização hospitalar.....	5
2.2 Hospitalização e o sistema de mãe acompanhante.....	6
2.3 Considerações sobre a fissura labiopalatina.....	9
2.4 Hospitalização no HRAC e o sistema de mãe participante.....	10
2.5 As atividades recreativas no contexto hospitalar.....	11
2.6 As atividades expressivas no contexto hospitalar.....	22
2.7 O Serviço de Educação e Recreação.....	27
2.8 O Serviço de Educação e Terapia Ocupacional.....	32
3. OBJETIVO.....	35
4. MATERIAL E MÉTODO.....	37
4.1 Casuística.....	38
4.2 Material.....	38
4.3 Local.....	40
4.4 Procedimentos.....	40
4.5 Análise dos dados.....	42
5. RESULTADOS.....	43

6. DISCUSSÃO.....	57
7. CONCLUSÃO.....	68
8. REFERÊNCIAS.....	70
ANEXOS	

LISTA DE SIGLAS

ABRINQ - Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos

COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CREFITO - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

FUNDAP- Fundação do Desenvolvimento Administrativo

HRAC - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais.

InCor- Instituto do Coração

PNHAH - Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar

PROFIS - Sociedade de Promoção Social do Fissurado Lábio-Palatal

SER - Serviço de Educação e Recreação

SES - Secretaria de Estado da Saúde

SETO- Serviço de Educação e Terapia Ocupacional

SUS - Sistema Único de Saúde

TO - Terapia Ocupacional ou Terapeuta Ocupacional

USP - Universidade de São Paulo.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Grau de parentesco dos familiares

TABELA 2 - Região de origem dos familiares

TABELA 3 - Gênero das crianças

TABELA 4 - Classificação da fissura das crianças

TABELA 5 - Número de vezes que a criança internou no Centrinho (HRAC/USP)

TABELA 6 - Número de familiares que já conheciam o Serviço de Educação e Terapia Ocupacional (SETO).

TABELA 7 - Opinião dos familiares relativa ao que prefere fazer com a criança no período pré-operatório

TABELA 8 - Sentimentos dos familiares relativos ao período pré-operatório

TABELA 9 – Atividades em que os familiares participaram junto com a criança no Serviço de Educação e Terapia Ocupacional no período pré-operatório

TABELA 10 - Opinião dos familiares relativa à atividade que a criança mais gostou durante todo o período de internação

TABELA 11 - Observação dos familiares relativa a condição emocional da criança quando participam juntos nas atividades

TABELA 12 - Opinião dos familiares em relação à importância das atividades do Serviço de Educação e Terapia Ocupacional no período pré-operatório

TABELA 13 - Observação dos familiares em relação ao estado emocional da criança quando participa das atividades expressivas e recreativas no período pré-operatório no Serviço de Educação e Terapia Ocupacional

TABELA 14 – Preferência dos familiares quanto à participação nas atividades expressivas e recreativas

TABELA 15 - Opinião dos familiares no que se refere às dificuldades ou facilidades da criança em participar de atividades em diferentes locais

TABELA 16 - Opinião dos familiares relativa à aprendizagem da criança ao participar das atividades

TABELA 17 - Opinião dos familiares relativa à participação da criança nas atividades de expressão corporal, musical e dramática

TABELA 18 - Opinião dos familiares relativa à contribuição das atividades expressivas e recreativas na recuperação cirúrgica da criança

TABELA 19 - Opinião dos familiares quanto às atividades expressivas e recreativas estarem presentes em todos os atendimentos

TABELA 20 - Opinião dos familiares relativa ao relacionamento interpessoal da criança

TABELA 21 – Opinião dos familiares em relação à influência das atividades expressivas e recreativas na amenização dos efeitos negativos da hospitalização

TABELA 22 – Opinião dos familiares a respeito da contribuição das atividades do Serviço de Educação e Terapia Ocupacional para o crescimento e desenvolvimento da criança

TABELA 23- Número de dias que a criança ficou internada no HRAC

TABELA 24 - Número de dias que a criança foi ao Serviço de Educação e Terapia Ocupacional

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Sentimentos dos familiares relativos ao período pré-operatório.

FIGURA 2 - Participação dos familiares junto com a criança nas atividades.

RESUMO

Moraes, MCAF. A influência das atividades expressivas e recreativas em crianças hospitalizadas com fissura labiopalatina: a visão dos familiares. [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2007.

O presente estudo enfoca as atividades expressivas e recreativas no contexto hospitalar e, sendo os familiares um elemento importante nesse processo, objetiva-se verificar a visão dos familiares a respeito da influência dessas atividades na hospitalização de crianças com fissura labiopalatina, procurando identificar os benefícios dessas atividades no período pré e pós-operatório, a influência no processo de recuperação cirúrgica, a atividade preferencial das crianças e a importância da participação dos familiares nas atividades. Participaram, deste estudo, 138 familiares de crianças com fissura labiopalatina, na faixa etária de 07 a 12 anos, hospitalizados no HRAC, e que freqüentaram o Serviço de Educação e Terapia Ocupacional. Realizou-se um estudo descritivo por meio de aplicação de formulário de entrevista, abordando questões referentes ao tema estudado, envolvendo familiares de crianças, em condição pré e pós-operatória. Dos 138 familiares questionados, 135 (97,83%) acham que as atividades expressivas e recreativas no período pré-operatório deixam a criança mais calma. Todos 138 (100%) responderam que as atividades expressivas e recreativas aceleram o processo de recuperação cirúrgica. Dentre as atividades das quais participaram com a criança, 127 (92,03%) dos participantes referiram-se a brinquedoteca e, na opinião de 103 (74,64%) dos familiares questionados, esta participação contribui para melhorar o estado emocional da criança, favorecendo, na opinião de 125 (90,58%) familiares, seu relacionamento interpessoal e 137 (99,27%), acham que as atividades contribuem para o crescimento e desenvolvimento das crianças hospitalizadas. Concluiu-se que, na visão da maioria dos familiares, 136 (98,55%), as atividades expressivas e recreativas amenizam os efeitos negativos advindos da hospitalização.

Descritores: crianças hospitalizadas, brincar, fissura labiopalatina e terapia ocupacional.

ABSTRACT

Moraes, MCAF. *The influence of expressive and recreational activities in inpatient children with cleft lip and palate: standpoint of the family*. [dissertation]. Bauru: Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies, University of São Paulo, 2007.

This study addresses the expressive and recreational activities within a hospital context; since the family is an important element in this process, this study investigated the standpoint of the family on the influence of these activities on the hospitalization of children with cleft lip and palate, to identify the benefits of these activities both pre- and postoperatively, their influence on postoperative recovery, preferential activities of the children, and the importance of family participation in the activities. The study was conducted on 138 relatives of inpatient children with cleft lip and palate at HRAC, aged 7 to 12 years, attending the Education and Occupational Therapy Service. A descriptive study was conducted by application of an interview comprising questions related to the subject, involving families of children both pre- and postoperatively. Among the 138 relatives, 135 (97.83%) consider that expressive and recreational activities performed at the preoperative period reassure the child. All 138 interviewees (100%) stated that the expressive and recreational activities accelerate the process of postoperative recovery. Among the activities in which they participated with the child, 127 participants (92.03%) mentioned the toy room; according to 103 relatives (74.64%), this participation contributes to improve the emotional status of the child, favoring their interpersonal relationships according to 125 relatives (90.58%); 137 interviewees (99.27%) stated that the activities contribute to the growth and development of inpatient children. In conclusion, according to the standpoint of the family, 136 relatives (98.55%) believe that expressive and recreational activities reduce the negative effects of hospitalization.

Descriptors: inpatient children, playing, cleft lip, cleft palate, occupational therapy.

Introdução

1. INTRODUÇÃO

A atividade de brincar, no Hospital, sempre foi um tema polêmico entre os profissionais da saúde e, considerando que, atualmente, o referido tema está em evidência, devido à política nacional de saúde que prioriza a humanização nos hospitais, podemos enfatizar que o tema ainda não foi suficientemente estudado.

O interesse em desenvolver este estudo, é decorrente da autora ter atuado, desde 1989, como técnico de apoio educativo e, atualmente, como terapeuta ocupacional, no Serviço de Educação e Terapia Ocupacional, do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP-BAURU), conhecido carinhosamente como Centrinho.

O Centrinho oferece um atendimento especializado às pessoas com fissuras labiopalatinas e, em toda a sua história, sempre houve uma preocupação com a reabilitação física, social e emocional do paciente. Sendo assim, as atividades recreativas e expressivas sempre estiveram presentes no contexto da hospitalização, oferecendo dessa forma um atendimento humanizado aos pacientes e respectivos familiares.

A hospitalização é uma experiência que provoca desestabilidade emocional e conseqüentemente o estresse e envolve a adaptação da criança e do adolescente ao ambiente, mas pode ser suavizada com a provisão de certas situações: disponibilidade afetiva dos profissionais da saúde, atividades recreativas e expressivas e, principalmente, a presença dos familiares, entre outros.

No HRAC, os pacientes infantis, adolescentes e adultos, em condições pré ou pós-cirúrgica, e seus respectivos familiares, participam de atividades recreativas e expressivas envolvendo expressão corporal, expressão dramática, expressão plástica e visual, dinâmicas de grupo, jogos, brinquedos, brincadeiras e mediação de leituras e atividades correlatas.

Pelo fato de os pais acompanharem seus filhos em todas as atividades e, permanentemente, relatarem a satisfação que sentem e os benefícios que tais atividades trazem para os seus filhos e, inclusive, para eles, justifica-se um maior aprofundamento sobre o tema, realizando uma revisão seletiva e de maior relevância à compreensão da

importância dessas atividades no contexto hospitalar e a influência dessas atividades no período de hospitalização de pacientes com fissuras lábiopalatinas, na visão dos familiares.

Durante este estudo procurou-se fazer uma revisão sobre em que consiste a humanização hospitalar e as leis que asseguram o direito dos pacientes; as conseqüências da hospitalização e a importância da adoção do sistema de mãe acompanhante; o sistema de mãe participante no HRAC; considerações sobre a fissura labiopalatina; as atividades recreativas e as atividades expressivas no contexto hospitalar; um breve histórico do Serviço de Educação e Recreação e o Serviço de Educação e Terapia Ocupacional.

É importante a realização de estudos e pesquisas, como o que se apresenta, a fim de oferecer contribuições aos profissionais da saúde, na aquisição de conhecimentos em relação à influência das atividades recreativas e expressivas no contexto hospitalar, de forma a garantir uma assistência hospitalar humanizada aos pacientes e familiares, no cenário nacional.

Revisão de Literatura

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Humanização hospitalar.

A humanização em hospitais tem sido muito discutida nos últimos tempos, principalmente a partir da Portaria nº 881, de 19/06/2001, do Ministério da Saúde que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (Brasil 2007c). O objetivo foi criar uma nova cultura de relação entre trabalhadores da saúde e usuários, na busca da humanização que valorize a vida humana (Mezzomo 2005).

A humanização do tratamento consiste na valorização do ambiente hospitalar, ou seja, na melhoria das condições de trabalho e atendimento; na maior interação entre os usuários e profissionais e entre os próprios profissionais da saúde, buscando o respeito e a qualidade nos serviços prestados; fomento da autonomia dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); identificação das necessidades sociais de saúde; efetivação e respeito aos direitos dos usuários, conforme a Política Nacional de Humanização (Brasil 2007a).

A assistência humanizada não é apenas uma condição técnica, mas preferencialmente a solidariedade, o amor e o respeito pelo ser humano, visto que o paciente hospitalizado, especialmente a criança, encontra-se em uma condição de desestabilidade emocional e procura, no ambiente em que está inserido, apoio, compreensão e carinho. Os profissionais da saúde devem ter como meta favorecer condições de crescimento, desenvolvimento normal e equilíbrio emocional do paciente, preocupando-se com uma assistência sistematizada e individualizada, vendo a criança como um todo e em plena interação com o ambiente hospitalar (Pinheiro e Lopes 1993).

Os mesmos autores consideraram que a assistência humanizada ocorre com o trabalho em equipe aliado às boas condições do ambiente hospitalar e equipe treinada e qualificada, na promoção do cuidado biopsicossocial completo para a criança e para a família. A interação entre equipe-criança-família é a condição básica para resolução dos problemas, para atender as necessidades da criança, contribuindo não só para sua melhora física como também emocional.

O processo de humanização hospitalar tem impactos múltiplos na instituição hospitalar, pois transformam a cultura organizacional, promovem uma maior

valorização e comprometimento de todos os profissionais envolvidos, permite aos colaboradores a lembrança do princípio básico da organização: o amor (Política 2007).

De acordo com Azeredo et al (2004) humanizar não significa apenas chamar o paciente pelo nome, ou estar sempre sorrindo; mas, compreender seus anseios, medos e dar-lhe apoio e atenção permanente. A humanização no atendimento deve prestigiar a melhoria na vida de relação entre pessoas em geral. É compreender o paciente em sua totalidade como um ser biopsicossocial.

Lima et al (1999) ressaltaram que a hospitalização é uma experiência estressante e envolve adaptação da criança ao ambiente, mas pode ser amenizada com o fornecimento de certas condições: presença dos familiares, disponibilidade afetiva dos profissionais da saúde, atividades recreativas, informações, entre outras.

2.2. Hospitalização e o sistema de mãe acompanhante.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8069 de 13/07/1990, Artigo 12, dispõe que os locais de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente (Brasil 2007 b).

O governo do Estado de São Paulo junto à Secretaria de Estado da Saúde lançou uma cartilha com os direitos do paciente e no item 27 dispõe: “O paciente tem direito a acompanhante, se desejar, tanto nas consultas, como nas internações...” (São Paulo 1995 p. 12).

A Lei estadual nº10.241/1999 dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no estado e no Artigo 2º, item I, garante um atendimento digno, atencioso e respeitoso. No item XV define o direito de ter acompanhante, nas consultas e internações (São Paulo 2007).

A carta dos direitos dos usuários da saúde no terceiro princípio “assegura ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável”. No item IV dispõe: “o direito ao acompanhante por pessoa de sua livre escolha nas consultas, exames e internações, no momento do pré-parto, parto e pós-parto e em todas as situações previstas em lei (criança, adolescentes, pessoas vivendo com deficiências ou idosos)...” (Brasil 2006 b p. 4- 5).

A família é peça fundamental para a adaptação da criança ao ambiente hospitalar, trazendo-lhe segurança e colaborando para que ela enfrente as adversidades das experiências de hospitalização, promovendo melhor aceitação da sua condição, do tratamento e alívio de tensões (Lima et al 1999).

Segundo Aquino (1984) a atuação da família no plano terapêutico e assistencial contribuirá para minimização dos problemas e prevenção de carências.

Whaley e Wong (1989) afirmaram que através de uma assistência hospitalar que considere, não apenas o tratamento clínico e/ou o cuidado físico, os efeitos da hospitalização podem ser bastante minimizados. E algumas medidas que podem ser tomadas para humanizar a assistência à criança são: permanência da mãe no hospital; participação dos familiares nos cuidados com o filho; preparar a criança para todos os procedimentos; adaptar o ambiente de acordo com as necessidades da criança; utilizar brinquedos como parte integrante de toda a assistência.

A assistência hospitalar quando está centrada nas necessidades da criança, em seu todo, e não apenas na doença, quando é permitida a presença da mãe e/ou familiar para ajudar nos cuidados com a criança, contribui para que os pais fiquem mais confiantes e tranquilos e esse processo é importante para a assistência integral (Lima et al 1999).

Soares e Zamberlan (2001) descreveram que as intervenções no contexto hospitalar devem ser planejadas, visando promover condições favoráveis à restituição de efeitos de experiências adversas ao desenvolvimento da criança. O atendimento à criança deve envolver seus aspectos psicológicos, pedagógicos e sociológicos e de sua família. Os autores relataram, ainda, que o papel da família tem sido considerado um elemento essencial para a saúde física e psíquica da criança no ambiente hospitalar. Os pais devem participar de maneira mais ativa, resgatando seu papel de cuidador e recuperando a confiança em sua capacidade para lidar com o filho. Mitre (1997) considerou em seus estudos que a criança dispõe de poucos recursos internos para lidar com situações de estresse. Ela necessita de um suporte emocional dos adultos, principalmente da mãe.

De acordo com Winnicott (1994) o ambiente proveitoso fornecido pela mãe permite à criança uma experiência de confiança que pode ser designada pelo termo *holding*. No início, o *holding* significa o segurar físico do bebê: ele se sente sustentado pela mãe. À medida que o bebê cresce, isso deixa de ser apenas um aspecto físico,

passando a ser a forma total de relacionamento mãe-filho, em que este se sente amparado e protegido.

O mesmo autor apresentou a idéia do brincar como espaço potencial e relatou: “A interação da mãe com seu bebê resulta em uma área que poderíamos chamar de território comum, a terra de ninguém que na verdade é de cada um, o local onde se oculta o mistério, o espaço potencial que pode se transformar em objeto transicional, o símbolo da confiança e da união entre o bebê e a mãe, uma união que não envolve a interpretação. Portanto, não se pode esquecer das brincadeiras, onde nascem à afeição e o prazer pela experiência” (p. 89).

A relação entre mãe e filho vem sendo estudada há cerca de 50 anos, tendo sido exaustivamente constatado que a separação abrupta de ambos pode acarretar sérios prejuízos à saúde da criança (Siqueira et al 2002).

Bowlby (1990) após estudos realizados sobre a relação mãe e filho, concluiu que é essencial para a saúde mental das crianças um relacionamento íntimo, carinhoso e contínuo com sua mãe, por meio do qual ambos sintam prazer e satisfação.

A mãe, quando precisa acompanhar seu filho na hospitalização, sofre com sentimentos ambíguos. Por um lado sente a necessidade de acompanhá-lo e, por outro lado, ressenha-se de não poder dar assistência aos outros filhos que ficaram em casa, sentindo ser insubstituível para o filho; no entanto, as outras responsabilidades que tem em casa demandam sua atenção. Isto ocorre, provavelmente, pela própria cultura da sociedade que impõe tarefas que cabem às mulheres executarem, tais como: os trabalhos domésticos e os cuidados com os filhos. E, ao homem, cabe apenas o trabalho do sustento da família (Siqueira et al 2002).

A preocupação dos profissionais de saúde em dar uma maior assistência à criança e à família está cada vez mais em evidência, com o intuito de minimizar os efeitos negativos de um trauma devido à separação da família e do seu ambiente (Duarte et al 1987).

A adoção de um sistema de mãe acompanhante, em que a mãe ou um responsável possa acompanhar a criança durante a hospitalização, é um meio que possibilita a redução do estresse emocional, tanto da família como da criança, ajuda na recuperação da criança, diminui a permanência no hospital e reduz a incidência de infecção (Huerta 1984).

2.3. Considerações sobre a fissura labiopalatina.

A fissura labiopalatina é uma malformação resultante da falta de fusão entre os processos embrionários e os processos palatinos, ainda no primeiro trimestre de vida intra-uterina (Silva Filho et al 2000). A causa é multifatorial, ou seja, das interações entre as variantes genéticas e os fatores teratogênicos (Capelloza Filho e Silva Filho 1992 e Modolin e Cerqueira 1997).

Dentre as mais variadas formas de classificação da fissura labiopalatina, a utilizada pelo HRAC é a de Spina et al. (1972) que foi modificada por Silva Filho et al (1992). Esta classificação é dividida em quatro grupos:

- Grupo I - Fissura pré-forame incisiva, a qual se localiza à frente do forame incisivo, podendo abranger lábio e rebordo alveolar, podendo ser completa e incompleta, unilateral, bilateral ou mediana;
- Grupo II - Fissuras transforame incisivas, são fissuras totais, que rompem a maxila em toda a sua extensão, desde o lábio até a úvula, podendo ser unilateral ou bilateral.
- Grupo III - Fissuras pós-forame incisivas são as fissuras isoladas de palato, localizadas posteriormente ao forame incisivo, podendo ser completa ou incompleta.
- Grupo IV - Fissuras raras da face, que envolvem outras estruturas da face além do lábio e palato.

A maior incidência ocorre na fissura de lábio e no sexo masculino, sendo mais freqüente a fissura transforame incisiva unilateral e do lado esquerdo; as fissuras de palato têm maior incidência no sexo feminino (Frase 1960, Greene 1964, Greene 1968 et al, Abyholm 1978, Capelloza Filho 1988 e Modolin e Cerqueira 1997).

As malformações congênitas do lábio e palato provocam, no indivíduo, graves problemas funcionais, estéticos e psíquicos. Os problemas funcionais mais comumente são relacionados à deglutição, mastigação, audição, respiração, comprometimento da arcada dentária, e quando acomete o palato pode apresentar uma voz nasalizada (Souza-Freitas 1974). Além de todas essas implicações físicas e funcionais no que diz respeito às fissuras labiopalatinas, cabe ressaltar que as psicossociais são relevantes;

pois, a dificuldade de comunicação e a aparência física comprometida, tornam o indivíduo alvo de discriminação num grupo social (Pereira e Mota 1997). Portanto, vê-se a necessidade de uma equipe interdisciplinar, especializada, para iniciar o processo de reabilitação desde o nascimento da criança, com duração média de 20 anos, acompanhando todo o processo de crescimento, em virtude da complexidade de cada tipo de fissura. Deste modo, a criança que nasce com esta fissura, logo no início da vida já vivencia situação de hospitalização (Universidade de São Paulo 2001).

2.4. A hospitalização no HRAC e o sistema de mãe participante.

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC), da Universidade de São Paulo (USP), conhecido carinhosamente como “Centrinho”, desenvolve um trabalho de reabilitação em fissuras labiopalatinas desde 1967 e sempre teve como filosofia a humanização, tanto que, em 1974, foi criado um serviço de recreação, com o objetivo de tornar o ambiente hospitalar prazeroso por meio de atividades recreativas e educacionais, buscando preservar o lado saudável da criança e dos adolescentes com fissuras labiopalatinas durante o processo de hospitalização e demonstrando o respeito ao usuário e valorização da vida humana (Buffa 1990).

Por ser o hospital um ambiente desconhecido para a criança e para o adolescente afastados de sua família e amigos, as atividades lúdicas não impediam que vivenciassem momentos angustiantes e sofridos. Assim, em 1988, um grupo de profissionais do HRAC iniciou uma pesquisa sobre a participação da mãe no período de hospitalização. A partir desta investigação iniciou-se no HRAC “A Campanha Mãe Participante” que se fundamentava na firme convicção de que a presença da mãe junto à criança hospitalizada traz conforto psíquico-emocional ao paciente contribuindo de maneira positiva para a recuperação de seu estado de saúde (Buffa 1990).

Com a implantação do Programa mãe-participante, as crianças na faixa etária de 0 a 12 anos passaram a ter o direito de ficar internada junto com um acompanhante, que poderia ser a mãe ou o pai ou qualquer outra pessoa da família e, os acima desta idade, passaram a ter direito de ficar, o dia todo, em companhia de um familiar. A partir de 2005, a idade mínima para ter direito a ser internado com um acompanhante passou a ser de 14 anos.

Um aspecto relevante, que cabe destaque, observado pela experiência destas interações na “Campanha Mãe-Participante”, é que muitas vezes os pais não têm oportunidade ou tempo para brincar com seus filhos em casa e, durante a internação, isso ocorre de maneira natural e espontânea.

Os motivos citados pelos pais pela falta de tempo e condições para brincar com seus filhos, podem estar relacionados com as afirmações de Penteado et al (1996) de que a sociedade industrial tem modificado os papéis familiares, isto é, os momentos de convívio familiar estão cada vez mais escassos em decorrência da jornada de trabalho muito extensa, em função das atividades domésticas e dos problemas da violência urbana.

O brincar é uma ação aprendida na relação interpessoal, é a principal maneira de a criança agir sobre o mundo, tem uma função significativa no processo dinâmico de seu desenvolvimento, nos aspectos cognitivo, motor, social, emocional, cultural, afetivo, lingüístico, comunicativo, sensorial, entre outros. Neste processo o papel da família é o de interlocutor da criança, sendo o mediador nas relações desta com o mundo. A atividade de brincar tem sentidos diferentes de acordo com cada cultura. Cabe aos profissionais da saúde, auxiliar os pais em seu compromisso educativo com a criança (Penteado et al 1996).

O brinquedo pode ajudar os pais a perceberem seus filhos com maior capacidade e potencial, influenciando na autoconfiança das crianças. Os pais devem ter oportunidade de observar seus filhos brincarem, podendo verificar que a criança é capaz de desenvolver repertório alternativo para se adaptar à hospitalização (Azevedo 1999).

A mãe quando brinca com a criança, além de reforçar o relacionamento entre ambos, também é fonte de lazer para a mãe que também se encontra numa situação de hospitalização (Furtado e Lima 1999).

2.5. Atividades recreativas no contexto hospitalar.

A Resolução do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) nº 41, de 17 de outubro de 1995, dispõe: A criança ou o adolescente, em casos de internação, deve ter continuidade de suas atividades escolares, como também desfrutar de alguma forma de recreação (Comitê 2007).

O brincar é uma atividade que tem sido muito estudada e também tema de várias pesquisas que a consideram uma atividade necessária à aprendizagem da criança (Bomtempo et al 1986, Whaley e Wong 1989, Lindquist 1992, Santos 1997 e Azevedo 1999).

A criança, mesmo hospitalizada, não deve ser privada de brincar. Este direito deve ser preservado, porque o brinquedo é considerado um meio para o desenvolvimento: intelectual, emocional e social da criança (Bomtempo et al 1986).

Soares e Zamberlan (2001) consideraram que o brincar é uma atividade que deve ser inserida no contexto hospitalar, contribuindo para a aprendizagem da criança e facilitando sua adaptação. É por meio do brincar que a criança passa a interagir melhor com o ambiente.

Penteado et al (1996) concluíram em seus estudos que a atividade de brincar exerce uma função significativa no processo dinâmico de desenvolvimento da criança, a partir da qual se dá a construção de linguagem, a interação com o outro, a atribuição de significados.

De acordo com Whaley e Wong (1989) as crianças hospitalizadas deveriam ter a oportunidade de brincar. Estas atividades favorecem o relaxamento, ajudam a criança a se sentir mais segura, promovem a expressão de seus sentimentos, contribuindo para o seu desenvolvimento e para o aprimoramento de suas relações.

Alessandrini (1949) citado por Primeau e Parham (2000) descreveu que a recreação é uma forma infantil de aprender e uma válvula de escape para a necessidade inata de atividade. É o trabalho da criança. Nela, a criança envolve-se com a mesma atitude e energia que nos engajamos em nosso trabalho. Para a criança, a recreação é uma tarefa séria e não deve ser confundida com o uso ocioso do tempo. Recreação é uma atividade intencional.

Alguns autores como Brooks (1970), Whaley e Wong (1989) e Ribeiro (1991), entre outros, afirmaram que o trabalho da criança é brincar. Esta atividade proporciona o seu bem-estar mental, emocional e social e, igualmente, atende as necessidades do desenvolvimento; portanto, a necessidade de brincar continua, mesmo quando a criança está hospitalizada.

Whaley e Wong (1989) referiram que a utilização de jogos/brinquedos faz parte integrante das relações com as crianças. As brincadeiras podem ser utilizadas no ensino para a expressão dos sentimentos ou como um método para facilitar uma terapia.

O brinquedo é uma importante atividade da infância e deve ser considerado não só como forma de diversão e entretenimento, mas também como o trabalho da criança, meio pelo qual ela se desenvolve emocionalmente, socialmente e intelectualmente, de forma natural. Em virtude disso, a criança hospitalizada continua sendo criança e deve continuar a se desenvolver, e o uso do brinquedo deve ser preconizado na assistência à criança hospitalizada, inclusive como brinquedo terapêutico (Ribeiro 1991).

O brinquedo terapêutico propicia à criança um meio seguro de expressar verbal, e não verbalmente, suas emoções, preocupações e percepções em relação à experiência de hospitalização (Huerta 1996).

Além do valor terapêutico, para as crianças hospitalizadas o brinquedo tem, também, forte influência no restabelecimento físico e emocional, tornando o processo de hospitalização mais alegre e menos traumatizante, fornecendo melhores condições para recuperação (Furtado e Lima 1999).

Ceccim e Carvalho (1997 p.35) mencionaram que “fica evidente que o brinquedo possui, no ambiente hospitalar, não só uma função recreativa, mas também terapêutica, ressaltando que Freud identificou uma razão pelo qual o brinquedo é terapêutico, baseando-se no fato de que, ao brincar, a criança passa de uma situação passiva frente à doença, a uma outra ativa, na qual controla imaginariamente o novo ambiente”. Assim, a recreação no ambiente hospitalar constitui-se num elemento privilegiado para a elaboração de ansiedades, decorrentes da situação de desconforto e estranheza. Além de ser um exercício físico e mental, a recreação favorece oportunidades que levam a criança a aceitar com naturalidade algumas dessas situações e é, pelo brincar, que a recreação se constitui em programação a ser oferecida como recurso de educação e de saúde.

O filme “Patch Adams – o amor é contagioso” demonstra bem como a brincadeira, a recreação e a alegria influenciam na hospitalização e até mesmo na recuperação. No filme, o ator Robbins Willians faz o papel de Hunter “Patch” Adams, um médico cujo procedimento terapêutico se caracterizava pela alegria e disposição. Vestido de palhaço, com sapatos enormes e um grande nariz vermelho, ele levava alegria a todos. Assim, fazia os pacientes esquecerem seus sofrimentos e dores (Adams 1999).

A recreação como proposta terapêutica busca, junto à criança enferma, resgatar o seu lado sadio, servindo como agenciamento de criatividade, das manifestações de alegria e do lazer, que recriam energia e vitalidade, muitas vezes superando barreiras e preconceitos de que a doença e a hospitalização são lugares de solidão, saudade e sentimentos dolorosos. A recreação é um elemento privilegiado para a elaboração de ansiedades decorrentes da situação de desconforto e estranheza, além de ser um exercício físico e mental, favorecendo oportunidades que levam a criança a aceitar com naturalidade algumas dessas situações (Ceccim e Carvalho 1997).

Romano (1994), Ceccim e Carvalho (1997) e Almeida (2005) em seus estudos relataram que o brincar pode contribuir muito com o período de hospitalização da criança; pois, por mais doloroso que seja este período, não deixa de ser uma oportunidade para aprendizagem e amadurecimento. Enquanto a criança brinca, além de lidar com seus sentimentos de uma forma segura, ao repetir procedimentos hospitalares, pode ainda treinar habilidades motoras ao manusear os equipamentos hospitalares. Contudo, a hospitalização pode ser uma forma de estimulação, se a criança recebe o apoio e atenção de um adulto.

Em seus estudos, Ângelo (1985) verificou que o brinquedo é um ótimo recurso para a equipe de saúde, pois ajuda a criança a lidar com experiências ameaçadoras e estranhas, ampliando seu campo de percepções e permitindo-lhe exteriorizar seus sentimentos e conflitos. O brinquedo é uma conquista de espaço pela criança; brincar é aprender, é estar no mundo.

Para facilitar a adaptação da criança hospitalizada, pais e profissionais devem propiciar o brincar. Deste modo, a criança poderá expressar seus sentimentos e, com isso, proporcionar uma melhora no enfrentamento de sua condição. A utilização de atividades lúdicas durante a hospitalização de crianças é um caminho para a diminuição do medo, estresse e da ansiedade (Azevedo 1999).

A atividade lúdica é um ótimo recurso a ser utilizado e contribui para que as crianças reconheçam seus sentimentos e assimilem uma nova situação (Oliveira et al 2001).

Castro et al (2000) desenvolveram um estudo para compreender o significado da cirurgia para a criança pré-escolar, por meio de reações emocionais manifestas em uma sessão de brinquedo terapêutico e concluíram que, por meio do brinquedo, a criança lida com seus medos, manifesta suas necessidades de amor e raiva, controla sua ansiedade e

adquire domínio de si e do ambiente. Além do que, a criança que vai passar por um processo cirúrgico, precisa ser ajudada e, privá-la do brincar, é negar ajuda e apoio num dos momentos em que mais precisa.

O brincar no contexto hospitalar permite à criança expressar seus sentimentos e aliviar a ansiedade. Contribui para a exploração de fantasias e interpretação da experiência vivenciada no hospital, além de possibilitar controle emocional sobre as experiências ameaçadoras, permitindo ainda a adaptação às novas incapacidades físicas. Por meio do brincar, o profissional da saúde pode entender melhor os sentimentos da criança e identificar alguns conceitos errados que a criança possa ter em relação a doença, a equipe de profissionais da saúde e ao ambiente hospitalar (Bomtempo 1997, Junqueira 1999, Almeida 2000 e Almeida e Bomtempo 2004).

Knox (2000) relatou que a forma pela qual as crianças brincam revela capacidades físicas, cognitivas, mecanismos de participação social, imaginação, independência e imitação. A análise de como a criança brinca fornece informações valiosas em relação às suas competências cognitivas, motoras e sociais.

Brincar deriva da palavra brinco, que vem do latim vínculo, cujo significado é fazer laços, ligar-se. Esta definição etimológica da palavra já demonstra o quanto a atividade lúdica é essencial ao desenvolvimento infantil. Brincando a criança se liga às pessoas e ao meio ambiente (Saboya 1985).

O brincar deve servir de ligação na relação do profissional com a criança. O foco deve estar não apenas na atividade a ser desenvolvida, mas nas relações estabelecidas entre a criança, a família e os profissionais, procurando, dessa forma, trabalhar as dificuldades de adaptação à situação hospitalar (Bomtempo et al 1986).

Estudos realizados com profissionais da saúde, para investigar suas opiniões sobre o brincar no contexto hospitalar, verificaram que o ato de brincar pode contribuir para se repensar o modelo tradicional e dos cuidados com a criança hospitalizada (Mitre e Gomes 2004).

Mello et al (1999) realizaram um estudo com cento e dezoito profissionais, que trabalhavam com crianças hospitalizadas, os quais foram entrevistados a respeito da concepção que tinham acerca do brincar no hospital. Os resultados obtidos foram que o brincar com outras crianças e ter a companhia da mãe foram os mais indicados, também relataram que o fato de a criança brincar no hospital ameniza o sofrimento, além de associar o ambiente hospitalar a um lugar bom e agradável e, também, que brincando a

criança desvia sua atenção a respeito da situação hospitalar, e isso seria um instrumento para amenizar o estresse e diminuir a dor física e psíquica presentes na hospitalização. Na questão relacionar-se, descreveram que por meio do brincar a criança expressa seus sentimentos, interage com outras crianças e com os adultos, envolvidos no seu tratamento hospitalar.

Gottfried e Brown (1986) descreveram que a criança hospitalizada, que tem a oportunidade de participar de atividades que envolvam o brincar, pode acelerar o seu processo de recuperação e, com isso, diminuir o custo da hospitalização.

O brincar é uma atividade importante na vida da criança colaborando efetivamente no seu desenvolvimento físico/motor, emocional, mental e social, além de ajudá-la a lidar com a experiência e dominar a realidade (Martins et al 2001).

Brougère (1995) referiu que o brincar para a criança é seu espaço de domínio, no qual ela tem a possibilidade de agir, controlar e exercitar situações.

De acordo com Ribeiro (1986) durante o brincar, a criança repete e elabora o que lhe causou grande impressão, no sentido de tornar-se senhora da situação.

Devido a essa possibilidade, os processos dolorosos, experimentados pelas crianças durante a hospitalização, tornam-se menos sofríveis, quando ela dramatiza a situação. Isso contribui para a criança não se sentir impotente diante desta realidade, pelo fato de poder realizar uma brincadeira e descarregar suas tensões (Ribeiro 1986 e Huerta 1996).

Os mesmos autores apontaram que as crianças, quando são manipuladas por vários membros de uma mesma equipe técnica, quando não são comunicadas sobre o que irá acontecer, são mais rebeldes, dificultando o estabelecimento de um novo padrão de relacionamento.

No que diz respeito à recreação em ambiente hospitalar, foram realizados estudos por Furtado e Lima (1999) que concluíram que as crianças, quando brincam, exercitam sua criatividade, transformam o real em fantasia, e isso independe da sua condição sócio-econômica, como também do estado físico, emocional e de saúde.

O desenvolvimento infantil está relacionado com o brincar. Brincando as crianças desenvolvem os aspectos cognitivos, motores e a socialização, sendo inclusive um instrumento de intervenção em saúde durante a infância (Junqueira 1999).

Takatori (2003) relatou que o brincar e os brinquedos sempre devem estar presentes nas ações de assistência à criança. O brincar faz parte do processo

neuroevolutivo e psicológico da criança, auxilia-a na organização das realidades internas e externas, favorece o processo de ensino e aprendizagem e introduz a criança no universo sócio-histórico-cultural. Brincando, o corpo da criança está em movimento, seus pensamentos são elaborados; além disso, a criança expressa sua afetividade no que está fazendo e desenvolve a sua capacidade de estabelecer relações.

A mesma autora afirmou que o brincar vai muito além das brincadeiras tradicionais ou uso de jogos e brinquedos. O brincar é entendido como um espaço e tempo, nos quais as atividades acontecem, possibilitando ao sujeito estabelecer contato com a realidade interna e externa de maneira criativa. Faz parte desta experiência, brincar com brinquedos, músicas, danças, teatros, desenhos, pinturas, conversas ou qualquer outra atividade que favoreça a entrada e a manutenção do sujeito na realidade social.

É por meio do brincar que a criança inicia seu processo de auto-conhecimento, toma contato com a realidade externa, e a partir de relações vinculares, passa a se interagir com o mundo. O brinquedo passa a ser um instrumento de exploração e desenvolvimento da capacidade motora e cognitiva da criança. Brincando ela tem a oportunidade de exercitar suas funções, experimentar desafios, investigar e conhecer o mundo de maneira natural e espontânea (Kudo e Pierre 1990).

Whaley e Wong (1989) consideraram que as crianças podem desenvolver conceitos relacionados ao seu ambiente e estratégias para lidar com ele por meio do brincar. Elas transferem para os brinquedos as situações vivenciadas, comunicando-se e estabelecendo relações satisfatórias com outras pessoas, estimulando e aprimorando seu desenvolvimento social e suas relações interpessoais.

Kudo e Pierre (1990) enfatizaram que a atividade de brincar facilita o processo de socialização da criança, pois ela passa a brincar com outras crianças.

O brincar é essencial para a criança hospitalizada que, mesmo em situações estressantes pode beneficiar-se, inclusive acalmar-se e compreender melhor a sua situação (Ribeiro 1998).

Guimarães (1988) em seus estudos relatou que a falta de uma estrutura adequada para receber a criança, a falta de estímulos e atividades, contribuem para dificultar a adaptação da criança no contexto hospitalar.

A recreação no ambiente hospitalar auxilia na elaboração de ansiedades que são próprias da hospitalização. E os ambientes coloridos, com brinquedos, com decoração

infantil, com cores diferentes nas hastes de soro, grade da cama, pinturas nas paredes, entre outros, são altamente recomendáveis nos hospitais infantis (Ceccim e Carvalho 1997).

Em 2005 foi sancionada a Lei nº. 11.104 que dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas em unidades de saúde com atendimento pediátrico em regime de internação, e aprovada a Portaria nº. 2.261 2005/GM/MS que regulamenta as diretrizes de instalação e funcionamento das brinquedotecas (Brasil 2006 c).

Quando a criança encontra um local que favoreça o brincar, são criadas condições para que ela relaxe e para que seus pais fiquem menos ansiosos. As atividades lúdicas podem contribuir na preparação da criança e da família para a hospitalização e reduzir alterações emocionais, além de melhorar a adaptação à hospitalização e contribuir para uma melhor adequação social depois da alta (Soares e Zamberlan 2001).

A brinquedoteca dá a oportunidade de a criança experimentar o brinquedo antes de escolhê-lo. O brinquedo é o parceiro da criança na brincadeira. A manipulação de diversos brinquedos conduz a criança à ação e à representação, a imaginar e agir (Bomtempo 1992).

Abrão et al (2007) concluíram que as possibilidades de interação e expressão das crianças ampliam, na medida em que são disponibilizados os recursos lúdicos da brinquedoteca comprovando o efeito do brincar, como alívio de angústia e ansiedade da criança e isto reflete em seus pais que também diminuem a angústia.

Bomtempo (1992) relatou que a brinquedoteca contribui para a educação da criança na família; pois os pais, brincando com seus filhos, podem, não só fortalecer vínculos familiares, como conhecer melhor a preferência deles.

Friedmann (1992) em seus estudos apontou que, por meio dos brinquedos e das brincadeiras, a criança cria vínculo com outras crianças e esses vínculos tornam-se a motivação da criança dentro da brinquedoteca e, além dos laços afetivos que a criança cria, ela também aprende, ensina, ajuda, cresce e se desenvolve e tudo isso é possível em virtude das interações com o outro.

Friedmann et al (1998) também relataram que a brincadeira da criança no hospital deve estimulá-la para devolver-lhe a saúde e a sensação de segurança, e

estimular, ainda, o desenvolvimento das crianças atendidas no hospital durante longos períodos e ajudá-las a viver experiências que não são capazes de assimilar de forma normal. A brincadeira é essencial para o bem-estar mental, emocional e social da criança e é fundamental para o seu desenvolvimento.

No hospital, a maioria das decisões é tomada para a criança, enquanto que, ao brincar, elas fazem algumas decisões por conta própria. Quase todas as formas de brincadeiras podem ser utilizadas para diversão e recreação, mas a atividade deve ser escolhida de acordo com a idade, interesses e limitações da criança. Entre todas as instalações hospitalares, nenhuma traz mais alívio e descontração do que a área de lazer ou sala de atividades. Neste ambiente, as crianças podem expressar os seus sentimentos e esquecer-se, temporariamente, de seus medos de separação, de suas dores, entre outros (Whaley e Wong 1989).

Friedmann (1992) apontou que a brinquedoteca é um espaço privilegiado, pois apesar da criança ter obrigações e deveres, ela aprende de forma prazerosa e cooperativa. Na brinquedoteca a criança tem a oportunidade de descobrir-se e de externar suas capacidades e habilidades, perceber as outras crianças a sua volta e aprender a partilhar e cooperar.

Cunha (1992) relatou em seus estudos que a brinquedoteca é um espaço preparado para estimular a criança a brincar, possibilitando o acesso a uma grande variedade de brinquedos, dentro de um ambiente lúdico. É um lugar que atrai para explorar, sentir e experimentar.

Ainda de acordo com os estudos de Cunha (1992), os principais objetivos da brinquedoteca são:

- Valorizar o brinquedo e as atividades lúdicas e criativas.
- Possibilitar o acesso a uma grande diversidade de brinquedos.
- Orientar sobre a adequação e utilização de brinquedos.
- Enriquecer o relacionamento entre as crianças e suas famílias.
- Estimular o desenvolvimento global da criança.
- Desenvolver hábitos de responsabilidade.
- Dar oportunidade para que a criança brinque espontaneamente.
- Criar um espaço de convivência que propicie interações grupais, livres de preconceitos.

- Desvincular o valor lúdico do brinquedo do seu valor monetário ou afetivo, possibilitando à criança a aprendizagem de que não precisa possuir com exclusividade, pode usufruir compartilhando com outros.

- Oportunizar a descoberta de potencialidades.
- Valorizar sentimentos afetivos e cultivar a sensibilidade.
- Favorecer o equilíbrio emocional.

Em 25 de abril de 2007 foi aprovada, pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO 2007), a Resolução nº 324 (anexo1), que dispõe sobre a atuação do Terapeuta Ocupacional na brinquedoteca e outros serviços inerentes, e o uso dos Recursos Terapêutico-Ocupacionais do brincar e do brinquedo (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional 2007).

Clarisse Potasz, terapeuta ocupacional, está coordenando uma pesquisa no Hospital Infantil Cândido Fontoura, da Secretaria de Estado da Saúde – SES, para verificar se as crianças hospitalizadas, na faixa etária de 04 e 14 anos, que têm acesso à brinquedoteca, reduzem seu nível de estresse. A pesquisa avalia o estresse, no momento da coleta de sangue, medindo os níveis de cortisol sérico (substância do sangue que indica o nervosismo). Os resultados preliminares mostram que o nível médio de cortisol no grupo de crianças que tiveram acesso à brinquedoteca foi de 11,20 ug/dl (microgramas por decilitro de sangue), enquanto que a média do grupo que não brincou foi de 13,72 ug/dl (Brinquedos 2007).

A utilização de técnicas lúdicas durante a hospitalização de crianças é uma estratégia efetiva para diminuição do estresse, ansiedade e o medo, que estão relacionados a essa situação. Dentro de um hospital em que existe um local reservado para o “brincar”, a criança fica mais calma e relaxada, os pais ficam menos ansiosos e ambos podem perceber a preocupação que existe naquele local com o bem-estar do paciente e seu familiar (Soares e Zamberlam 2001).

A criança hospitalizada pode apresentar um nível de sofrimento emocional e físico, e essa situação pode ser expressa por meio de medo, choro, agressividade, dependência, ansiedade, depressão, distúrbios do sono, entre outras (Domingos 1993).

Clarisse Potasz também está coordenando uma outra pesquisa no Hospital Infantil Cândido Fontoura, da Secretaria de Estado da Saúde – SES, avaliando um grupo de 142 crianças, entre 4 e 14 anos de idade, com e sem distúrbios respiratórios, no qual

79 tiveram acesso à brinquedoteca. Dessas, 35% tinham distúrbios respiratórios do sono, como apnéia. O grupo com distúrbios respiratórios que brincou teve um nível médio de cortisol sérico de 9,81 ug/dl, enquanto a média que não brincou foi de 12,37 ug/dl. Os resultados preliminares apontam que os brinquedos podem reduzir o estresse infantil causado por doenças respiratórias do sono (Brinquedos 2007).

De acordo com Horta (1989) o brinquedo é uma maneira de lidar com a fantasia e medos da criança, especialmente quando experiencia situações associadas com dor ou procedimentos invasivos que podem ajudá-la a explorar o real e simular situações. Por meio do brinquedo, a criança aprende, desenvolve-se e se expressa. Sendo assim, é a sua linguagem e seu trabalho.

Os brinquedos são os jogos nos quais não há disputa, como por exemplo, brincar com bonecas, carrinhos, pular corda, cirandinha; e as brincadeiras são os jogos em que têm a intenção de vencer como: amarelinha, queimada, bolinha de gude. Contudo, os brinquedos e as brincadeiras constituem uma forma de divertimento infantil, mas estes quase não existem mais (Masetti 1998).

Santini (1993 p.22) relatou como objetivos da recreação: “provocar uma maior interação do indivíduo no seu meio social; melhorar o nível intelectual de cada participante; fazer o indivíduo afirmar-se tal qual ele é, respeitando suas preferências e habilidades; preparar a criança indiretamente para a vida adulta; e no adulto, estimular a realização pessoal plena”.

Aragão e Azevedo (2001) desenvolveram uma pesquisa sobre a preferência de atividades e recursos lúdicos de acordo com a faixa etária, com o objetivo de investigar a efetividade desses recursos no atendimento à criança hospitalizada. A amostra foi constituída de 36 crianças na faixa etária de 09 meses a 12 anos e a coleta de dados foi realizada por meio de relatos das observações. Concluíram que todos os recursos contribuíram para a expressão de sentimentos relacionados à hospitalização, verificada por meio das verbalizações das crianças, em quase todas as faixas etárias. O lúdico contribuiu para a realização de procedimentos médicos.

Borenstein et al (1998) realizaram um projeto-piloto e descreveram um relato de experiência realizado com pacientes internados em duas unidades de Clínica Médica de um Hospital Universitário (HU), cujo objetivo principal foi identificar como os pacientes percebem as atividades de lazer e recreação, durante sua hospitalização e qual

o efeito das atividades oferecidas sobre os mesmos e concluíram que os resultados foram positivos, tanto do ponto de vista fisiológico, quanto emocional e social. Também relataram que os pacientes, apesar das dificuldades para deambular, dificuldade visual entre outras, participavam das atividades. Outro aspecto relevante também observado neste estudo foi que os pacientes apesar de serem de diferentes idades, diagnóstico, culturas e experiências, se socializaram, esqueceram suas dores e doenças, e com isso, melhoram seu estado de modo geral.

Duarte et al (1987), Whaley e Wong (1989), Pinheiro e Lopes (1993), Huerta (1996) e Ribeiro (1998) em seus estudos relataram que a elaboração de programas que utilizam brinquedos no preparo da criança são benéficos para amenizar as situações estressantes da hospitalização.

Quando o brincar faz parte do processo de assistência à criança hospitalizada, o hospital também se beneficia, pois aquela visão que nele só existe dor, solidão, medo, choro, enfim, somente aspecto negativo, é transformado. E essa busca pela humanização hospitalar pode ser traduzida pelo brincar (Furtado e Lima 1999).

2.6. As Atividades expressivas no contexto hospitalar.

De acordo com as afirmações de Guarita et al (2000), da Associação Arte Despertar, a arte pode ser utilizada como meio de expressão e comunicação, denominada, neste estudo, de atividades expressivas. Segundo as mesmas autoras, um trabalho desenvolvido por meio das quatro linguagens artísticas (música, teatro, artes plásticas e literatura) proporciona aos participantes um ambiente em que o imaginário, o criativo e a liberdade possibilitam novas formas na busca de soluções, tornando-os seguro para experimentar e vivenciar algo pronto ou algo a ser criado. A arte atua como mediadora do diálogo entre o ser humano e a sua realidade, propicia a aquisição de conceitos significativos, forma pensamentos, aumenta a percepção e proporciona o envolvimento afetivo, social e emocional.

Ainda as mesmas autoras relataram um dos projetos desenvolvido pela Associação, no Instituto do Coração (InCor), o qual teve início após o contato com a equipe hospitalar, observação, avaliação e levantamento de dados. Concluíram que a hospitalização prejudica o desenvolvimento emocional, afetivo, social e cognitivo da criança ou adolescente, provocando sentimentos de medo, angústia, ansiedade e

depressão. Iniciaram, então, o trabalho de atividades expressivas, dando oportunidade aos pacientes de compartilharem, ao lado de outros, momentos de criação importantes no processo de reabilitação, auto-estima e auto-confiança.

Hirschheimer et al (2001) realizaram uma pesquisa com crianças hospitalizadas e observaram que, quando a criança hospitalizada escolhe a sua atividade e tem a oportunidade de mostrar o que gosta e sabe fazer, sai da situação de passividade que a hospitalização lhe confere e passa para uma situação ativa e agente de suas transformações. Com isso, passa a ter melhores condições para enfrentar a hospitalização. E ao participar de atividades em grupo, a criança poderá vivenciar experiências prazerosas, a partir de sua interação com outras crianças também hospitalizadas. A criança só deve ser mantida no leito quando é estritamente necessário, como no caso de repouso absoluto, isolamento, entre outros.

Realizar trabalhos manuais, escrever, cantar, pintar, dançar e ouvir histórias, motivam a criança a crescer, demonstrando que toda criança quando tem espaço é capaz de criar em todos os níveis da arte, por seus próprios meios e esforços, desenvolvendo sua atividade. Alguns exemplos de desenvolvimento estão presentes no trabalho com a leitura, com a dança, teatro, artes plásticas, brincadeiras e com a música (Foroni 2007).

De acordo com Angerami-Camon (1988) as atividades de artes, como pintura a dedo, a guache, desenho, recorte, modelagem e colagem, facilitam, com o estímulo, a verbalização e a organização dos sentimentos emergentes, tendo resultado satisfatório; pois, em contato com o material, os pacientes hospitalizados têm oportunidade de criar, estabelecer relações, conversar e se sentirem bem mais aliviados, diminuindo sentimentos de culpa, fantasias, medo, agressividade e saudades de membros da família.

A modelagem e a colagem oferecem boas experiências táteis e sensoriais e a música permite um aumento da atenção da criança e eleva a tolerância à frustração. Essas atividades são divertidas e ajudam a liberar a imaginação, oportunizando a criança a se expressar e fazer uma afirmação sobre si mesma.

A modelagem propõe o afinamento da percepção das sensações táteis. Apela diretamente ao corpo: às sensações transmitidas pela extremidade dos dedos, à modulação da pressão muscular, à diferenciação dos gestos, ao maior compromisso de toda a postura e da dinâmica do corpo quando modela (Oaklander 1978).

A técnica da colagem tem como objetivo trabalhar a imaginação e a concentração, estimular a coordenação motora e desenvolver a criatividade (Pain 1996).

Cunha (1999) relatou em seus estudos que a utilização do desenho infantil e da pintura, como meio de esclarecimento íntimo, é muito apreciado. Dando às crianças inteira liberdade na representação de seus quadros sem lhes ditar regra alguma, elas chegam a uma admirável e forte expansão de seu estado interior. A massa de modelar possibilita a criança descobrir diferentes formas de manipulá-la, com a finalidade de estimular a motricidade, ação exploratória, criatividade, ou seja, fatores essenciais para aquisição e retenção da aprendizagem.

A criança precisa ter espaço aberto para desenvolver sua criatividade, isto é, precisa de atividades que lhe permitam soltar a imaginação, inventar coisas diferentes, fazer movimentos não habituais (Lopes 1996).

O fato de construir, remodelar e transformar materiais diversos em brinquedos, jogos, objetos, livros, entre outros, com sentidos e significados distintos, proporciona aos indivíduos envolvidos uma postura criativa e ativa. Construir brinquedos com sucata é uma atividade que, realizada em grupo, permite aos indivíduos se sentirem mais à vontade. As vivências em grupo permitem perceber que são diferentes as maneiras de enfrentar um mesmo problema, são possibilidades reais de que com o apoio de todos é possível construir novas experiências (Penteado et al 1996).

Os mesmos autores relataram que a construção artesanal de brinquedos favorece a brincadeira, a negociação de significados e funções, enquanto estimula a imaginação e a criatividade que são necessárias para o processo de transformação de objetos do cotidiano da criança. E este brincar pode ser explorado não só pela criança, como também pela família, sendo considerado um recurso educativo.

Machado (1995) afirmou que brincar com sucata é uma linguagem, na qual a criança, com espontaneidade, sem regras rígidas e sem precisar seguir estritamente os folhetos de instruções dos brinquedos, lida com sua realidade interior, auto-expressando-se.

De acordo com Liberman (2006) as atividades expressivas, como dança, música, teatro e trabalhos corporais, são cada vez mais utilizados em terapia ocupacional, podendo ser aplicados diretamente, ou não, com outros recursos. Auxiliam também a compreensão do sujeito a partir de um olhar que privilegia o corpo e suas potencialidades.

Mendes (1988) descreveu alguns recursos e efeitos da dança:

- corporal: uso expressivo do corpo, com a realização de movimentos diferentes daqueles do cotidiano; relacionamento com o espaço e, em alguns casos, com objetos, dentro de ritmos; coordenação de gestos de diferentes partes do corpo; observação das sensações corporais: calor, suor, cansaço, aceleração dos batimentos cardíacos, apetite, sede, alegria, tranquilidade; conscientização de alguns limites e possibilidades do próprio corpo;
- cognitivo: organização do próprio corpo no espaço e no tempo; compreensão dos gestos e movimentos da dança;
- inserção social: compreensão da dança como manifestação de sua própria cultura e como forma prazerosa de interagir com as pessoas;
- afetivo e de relação interpessoal: respeito aos colegas que têm dificuldade, auxiliando quando for o caso; expressão de sentimentos e emoções; integração social com os companheiros.

A música é também um recurso que ajuda a disciplinar as emoções, como a timidez, a agressividade, a prepotência. As brincadeiras de roda são indicadas para o ajustamento social da criança (criança entre quatro e sete anos). Estas brincadeiras são realizadas pelos Doutores da Alegria do Brasil* possibilitando maior intimidade, fazendo com que a doença seja apenas algo passageiro, podendo dividir a alegria com outras crianças (Novaes 1983).

A música altera favoravelmente as batidas cardíacas e influencia sobre o sistema nervoso, criando um maior relaxamento, levando às atividades mais construtivas e podendo alterar a atmosfera hospitalar (Lingerman 1993).

Segundo Zamprónha (1985), a música tem sido usada para reabilitar pacientes, tanto na solução de problemas foniátricos, quanto na área emocional. Cantar melodias simples, fazer exercícios guturais de sons livres e executar instrumentos de sopro, pode-se conseguir a correção das deficiências articulatorias.

Outras linguagens como os fantoches e o teatro (Leenhardt 1973) podem proporcionar momentos de descontração e de alegria no contexto hospitalar, assim como o teatro de animação, o qual dirige o foco e a atenção a objetos inanimados que

* Doutores da Alegria no Brasil é uma organização, sem fins lucrativos, que desenvolve a inserção de experiências artísticas baseadas em técnicas circenses e teatro clown, em hospitais infantis, desde 1991.

podem tomar vida por meio de sua manipulação, despertando a imaginação em uma perspectiva mágica e encantadora (Amaral 1997).

Também o teatro de encenações, com a proposta de caracterização dos atores, fundamentada no clown (palhaço), adicionada à semelhança da indumentária de um médico, ou enfermeiro, ou um profissional da saúde, com motivos mais alegres, coloridos e bem humorados, próximo às caracterizações dos Doutores da Alegria no Brasil, e do médico americano conhecido por Patch Adams, favorecem a adaptação ao contexto hospitalar.

Ainda, baseando-se no trabalho destes, as encenações feitas em forma de diálogo, interagindo com os pacientes, por intermédio de uma comunicação mais direta e uso da pantomima, que se referem ao gestual e à exploração da expressão corporal, estabelecendo comunicação através da linguagem não-verbal (Fellini 1974) são recursos importantes para disciplinar as emoções da criança hospitalizada.

Liberman (2006) em seus escritos, retrata que as cenas representadas em forma de expressão corporal ou teatro podem ser oportunidades e experiências para a construção de outros caminhos no processo de reabilitação.

A mesma autora relatou que o trabalho com linguagens do corpo é um trabalho rico em possibilidades na prática terapêutica; a experimentação de uma coreografia, de uma postura corporal, de brincar com o próprio corpo, de modificar e recriar outras maneiras de incorporar a arte, são práticas que contribuem para melhorar as potencialidades da vida. Ressalta, ainda, a necessidade de pensar o sujeito de uma maneira mais ampla, como cidadão, como um transformador e questionador da sociedade, além da busca do conhecimento de si.

Permitir o contato com livros de literatura infantil de qualidade, bonitos, ricamente ilustrados e atraentes, também é um recurso fundamental na socialização e desenvolvimento saudável de todas as crianças.

Em situações de doenças é comum servir-se menos da linguagem narrativa, veiculadora das histórias e do imaginário. A leitura, mediada pelo prazer que traz e pela situação de intimidade e proximidade afetiva que possibilita, reconstitui este espaço de vitalidade, quando se pode falar, pensar e sonhar com coisas que não se referem apenas à situação geradora de tristeza (Ceccim e Carvalho 1997). Portanto, incorporar na rotina hospitalar as atividades de mediação de leitura, ameniza as situações estressantes e contribui para melhorar a integração dos pacientes e seus familiares com profissionais

da saúde, além de favorecer a auto-estima dos participantes, estimular o gosto pela leitura e propiciar o hábito de ler (Oliveira 2006).

Poder falar das histórias, identificar-se com personagens, rir e se emocionar com os contos, painéis e com as imagens contidas nos livros, proporciona à criança um espaço para imaginar, brincar e se expressar. Lendo e contando histórias para as crianças, os adultos também estarão ampliando seu repertório, seu universo cultural e formação como leitor (Lajolo e Zilberman 1984).

Em 2001, com o intuito de incluir ações de humanização e assistência nos hospitais, o Ministério da Saúde, a Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos (ABRINQ) e o CityBank firmaram uma parceria, dando início ao Projeto Biblioteca Viva em hospitais (Projeto 2007).

Moreno et al (2003) realizaram um estudo para verificar a eficácia do projeto Biblioteca Viva no Hospital Infantil Albert Sabin - Fortaleza-CE e concluíram que a leitura mediada para pacientes e acompanhantes teve impacto positivo, como estratégia de humanização, o que também foi confirmado por Oliveira (2006) em estudo realizado no HRAC-USP/ Bauru-SP.

2.7. Serviço de Educação e Recreação no HRAC.

O brincar sempre foi uma atividade presente no HRAC, tanto que um ano após a sua fundação já havia a preocupação constante com a criança hospitalizada e seu bem-estar. O diferencial do HRAC é que os pacientes nunca ficaram acamados; pois, no dia seguinte após a cirurgia, já eram encaminhados para o Setor de Recreação, o qual proporcionava, por meio de atividades recreativas, uma recuperação cirúrgica ativa e agradável.

No início, em 1974, o trabalho de Recreação no HRAC era desenvolvido por recreacionistas, as quais eram responsáveis pelos pacientes internos com idade superior a três anos de idade. Cuidavam destes, desde o despertar, orientando-os na higiene pessoal, arrumação das camas e distribuição dos uniformes; o HRAC sempre teve essa característica de vestir todos iguais para não haver discriminação (Recreação 1988).

Cabe aqui ressaltar um artigo, sobre o Centrinho, escrito por um pai de paciente, poeta e educador: “O que é surpreendente é que este lugar exista e continue a existir

neste Brasil onde as organizações sociais de saúde apodrecem. Tênis Nike não tem prioridade sobre sandálias Havaianas e o dinheiro do empresário não lhe compra um atendimento diferenciado. Depois de internadas, crianças e adultos, ricos e pobres, trazem nos pés as marcas da sua absoluta igualdade: todos usam Congas azuis... E tudo pelo mesmo preço: nada” (Alves 2002).

Dando continuidade, também era papel do recreacionista supervisionar as refeições, além de oferecer atividades de recreação, que aconteciam em um quiosque ou no anfiteatro do HRAC.

Na época, eram atendidos, em média, 30 pacientes. Geralmente eles permaneciam internados para tratamento por um período longo, até adquirirem condições satisfatórias para passar por procedimentos cirúrgicos e pós-cirúrgicos. Como os pacientes permaneciam por um grande período internados, e em situações que permitiam atividades extras, nos finais de semana ou feriados eram programadas atividades fora do hospital, tais como: visita ao aeroporto, ao zoológico, passeios pela cidade, visitas à casa de funcionários que moravam nas proximidades do hospital. Nesta época ainda não tinha sido instituído o programa mãe-participante. Neste período também os pacientes nadavam numa pequena piscina e brincavam no playground (Recreação 1988).

Aos poucos, o Setor foi ganhando seu espaço dentro do HRAC. O primeiro prédio da Recreação foi inaugurado em 17/05/1975. Desse período em diante, ocorreu um aumento das atribuições em virtude do crescimento do HRAC, tornando necessária a ampliação do espaço físico e, em 1982, foi inaugurado um prédio próprio e o serviço passou a ser denominado Seção de Recreação e Educação “Noracylde Lima”, oferecendo atendimento, diariamente, das 7 horas às 22 horas, inclusive aos finais de semana e feriados. Nesta época participavam também de atividades de Educação física, orientados por um professor, no complexo esportivo que tinha no HRAC, dotado de quadra esportiva e piscinas.

A finalidade da Seção era oferecer e orientar atividades que auxiliassem na integração social do paciente, atuando nas áreas de: Orientação Escolar, Educação Artística, Educação e Saúde, Educação Moral e Cívica e Recreação (Recreação 1988).

A partir de 1989, foi transformado de Seção para Serviço de Educação e Recreação (SER) e algumas alterações foram feitas na denominação das atividades, que passaram a ser organizada por áreas:

- Expressão Corporal e Musical: danças, cantos, videokê, mímicas, show musical, entre outras;
- Expressão Dramática: teatro de fantoches, dramatização de histórias, teatro de palco, entre outras;
- Expressão Plástica: técnicas de pintura, recorte, colagem, modelagens, trabalho com materiais re-adeveitáveis, confecção de jogos e brinquedos;
- Dinâmicas de Grupo: técnicas de integração, descontração e relaxamento;
- Recreação: jogos, brincadeiras e brinquedos em geral;
- Orientação escolar: acompanhamento escolar durante o período de hospitalização (Buffa 1990).

O SER, sempre dando prioridade à humanização, promovia ações de integração entre funcionários e pacientes por meio de festividades alusivas as datas comemorativas, tais como: festa junina, semana da criança e Natal. Nas festas juninas havia concurso de barracas, envolvendo todos os setores do HRAC, além de dança de quadrilha, integrando funcionários, pacientes e familiares. Na semana da criança era organizado um show musical para os pacientes, cujos dançarinos eram os profissionais das diversas áreas, que se desdobravam para alcançar o sucesso nas apresentações e, realmente, faziam sucesso e encantavam os pacientes. No Natal, a integração envolvia os filhos de funcionários que tinham a oportunidade de passar um dia no SER, desenvolvendo atividades, alusivas à data, junto com os pacientes, ou seja: confecção de roupa de papai Noel, cartão para os pais e ensaio de coral e, no final do dia, se apresentavam para os pais numa grande festa de confraternização.

Algumas mudanças ocorreram no âmbito do período de internação e os pacientes passaram a se internar apenas no dia da cirurgia e, enquanto aguardavam, em jejum, os chamados para a cirurgia, ficavam agrupados numa sala, com seus acompanhantes, sem muitos atrativos. Pensando no bem-estar do paciente e de seus familiares, em 2004, houve outra mudança na rotina do HRAC e os pacientes em condições pré-cirúrgicas passaram a receber atendimentos recreativos e expressivos até o momento da cirurgia, junto com o grupo de pacientes operados e seus respectivos acompanhantes, no prédio do SER. Essa rotina funciona até a presente data.

No momento em que os pacientes seguem para a cirurgia há uma sala no SER reservada aos pais, preparada com atividades para recebê-los neste momento tão delicado. São promovidas atividades artesanais em geral (costura, pintura, bordados, entre outros), confecção de brinquedos, jogos e objetos com materiais re-aproveitáveis, leituras de livros, revistas, jornais, textos e panfletos informativos, livros de receitas culinárias (específicas da região de origem), livro de depoimentos de pais, apresentações de vídeos sobre o hospital. Todas as atividades são oferecidas com o objetivo de aliviar a tensão, proporcionar momentos de lazer e descontração e trocas de experiências*.

Logo no dia seguinte após a cirurgia, os pacientes operados são encaminhados ao Serviço de Educação e Terapia Ocupacional, salvo aqueles que necessitem de repouso por alguma ordem médica. Mesmo operados, participam junto com seu respectivo acompanhante, de atividades recreativas e expressivas, fazendo teatro, show musical, dinâmicas de grupo, artesanato entre outras.

Para os pacientes que permanecem nos leitos, por ordem médica, são promovidas atividades personalizadas e, para as mães, que acompanham seus filhos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e na Unidade de Cuidados Especiais (UCE), são oferecidas atividades artesanais, com o objetivo de incentivá-las a desenvolverem em casa com e para seus filhos, objetivando, também, proporcionar uma fonte de renda. Concomitantemente, as mães aprendem a confeccionar brinquedos para os bebês e maneiras de como estimulá-los durante o período de hospitalização.

As altas hospitalares eram previstas apenas depois de restabelecida a saúde geral, assim os pacientes ficavam internados por mais tempo. Com a alteração na rotina, os pacientes submetidos a cirurgias menos complexas, como as de lábio e palato, a alta passou a ocorrer, em média, 24 horas após a cirurgia.

Sendo assim, no período noturno, a demanda se concentrou em pacientes em condições pós-operatórias, que durante o dia todo eram estimulados a participar das atividades lúdicas e, no horário noturno, não se interessavam pelas atividades programadas em virtude de suas condições físicas. Portanto, o término de

* Dados retirados do relatório de trabalho, que é preenchido diariamente pelos funcionários, disponível no Serviço de Educação e Terapia Ocupacional do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo.

funcionamento das atividades do SER, que era às 22 horas, passou a ser às 19 horas e, no decorrer do tempo, mudou para as 17 horas. A partir deste horário, o tempo é reservado para banho, alimentação e, posteriormente, para atividades de leitura, televisão e outras, respeitando seus desejos e condições clínicas.

Aprimorando os serviços, com ênfase na humanização, o SER ampliou seu atendimento, não ficando mais restrito aos pacientes internados. Em 06 de junho de 1997 foi instituído um espaço lúdico no ambulatório de Casos Novos (que funcionava numa casa próxima ao HRAC) e, em 8 de Setembro de 1998, ampliou o atendimento para todo o Ambulatório do HRAC, com o objetivo de atender os pacientes de todas as faixas etárias e familiares que chegavam para consultas ou rotinas de internação, sendo obrigados a passar o dia todo no HRAC sem atrativos. Com o espaço lúdico, são oferecidas atividades recreativas e expressivas que distraem e trazem tranquilidade tanto para o paciente, como para os pais.

Como já citado neste trabalho, em 2005 foi sancionada a Lei nº. 11.104 que dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas em unidades de saúde com atendimento pediátrico em regime de internação (Brasil 2006 c). E, mais uma vez, o HRAC saiu na frente, tanto que, em 10 de outubro de 1997, antes mesmo de sancionada a referida lei, foi organizada uma grande brinquedoteca no SER com jogos e brinquedos variados, fantasias e outros. Na verdade esse espaço já existia desde 1974 e era chamado de Casa da Boneca (Universidade de São Paulo 2002).

Em 2004, outra brinquedoteca foi inaugurada, denominada pelo Superintendente do HRAC, de “Brinquedoteca Artesanal”, que utiliza materiais re-aproveitáveis. Estes materiais são transformados em jogos, brinquedos e artesanatos, confeccionados pelos pacientes e familiares*.

Em virtude do curto período de internação, não foi possível dar continuidade na atividade de orientação escolar, que eram desenvolvidas com os pacientes, mas com a implantação do Programa Biblioteca Viva em Hospitais, em 2002, as crianças, os jovens e adultos são incentivados, diariamente, à prática da leitura.

* Dados retirados do relatório de trabalho, que é preenchido diariamente pelos funcionários, disponível no Serviço de Educação e Terapia Ocupacional do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo.

Desta forma, o SER oferece atendimentos humanizados, aos pacientes e familiares, desde a sua chegada ao HRAC até a sua alta.

Além dos atendimentos destinados aos pacientes internos, em 2004 o SER também iniciou atendimentos aos pacientes e respectivos irmãos, residentes em Bauru, com o objetivo de oferecer atividades expressivas, favorecendo a desinibição, a linguagem, o relacionamento interpessoal, os aspectos psicossociais e promovendo o exercício da cidadania. O grupo faz apresentações teatrais e de expressão corporal, envolvendo temas educativos e de cidadania. Em 2006, o grupo passou a ser denominado “TO na Arte” *.

No trabalho desenvolvido com este grupo, já se percebe a melhora na qualidade de vida, a partir da mudança de comportamento dos componentes. Com o intuito de incrementar e oferecer atividades para melhor formação acadêmica do grupo estabeleceu-se parceria com o setor de Comunicação do HRAC, e os jornalistas desenvolvem uma oficina de jornal, que inclui técnicas de redação, leitura e escrita, confecção de um jornal mural abordando diversos temas que favorecem a integração dos pacientes e proporcionam oportunidades de ousarem e se sentirem mais seguros para se expressar por meio da língua portuguesa na modalidade escrita. O Setor de Fonoaudiologia contribui, propondo atividades que favoreçam o uso correto da voz.

Nas atividades com esse grupo, o SER conta também com o apoio do Serviço Social, Central de Agendamento, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço de Transporte e Sociedade de Promoção Social do Fissurado Lábio-Palatal (PROFIS).

2.8. Serviço de Educação e Terapia Ocupacional.

Em 2005 foi aprovado o novo organograma do HRAC e o Serviço de Educação e Recreação (SER) passou a ser denominado Serviço de Educação e Terapia Ocupacional (SETO) (Universidade de São Paulo 2005). De acordo com o Decreto-lei nº 938/69, (anexo 2) que regulamenta a profissão de terapia ocupacional no Brasil,

* Dados retirados do relatório de trabalho, da terapeuta ocupacional, disponível no Serviço de Educação e Terapia Ocupacional do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo.

prevê, em seu artigo 4º, que “é a atividade privativa do terapeuta ocupacional executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacionais, com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente”. (Brasil 2006 a).

O terapeuta ocupacional no contexto hospitalar tem como objetivo a promoção da qualidade de vida do indivíduo hospitalizado, promovendo ações que facilitam sua interação com o ambiente, família e equipe, considerando sua integridade e globalidade. (De Carlo et al 2004).

Com a presença deste profissional no Serviço de Educação e Terapia Ocupacional do HRAC, o serviço foi reestruturado, incluindo atividades fundamentadas em termos terapêuticos, seguindo uma nova perspectiva de atuação, voltada para a promoção da saúde e a qualidade de vida ocupacional. E essa tendência baseia-se no princípio da manutenção da maior auto-estima, melhor estado de humor, manutenção da capacidade funcional e motivação para uma recuperação mais rápida. (De Carlo et al 2004).

De acordo com Kudo e Pierri (1990) o terapeuta ocupacional tem um importante papel no período de hospitalização da criança. Ele pode levar a criança para um espaço de recreação e a utilização de atividades expressivas para contribuir com a melhora da auto-estima, autoconfiança e também proporcionar um ambiente mais relaxado e confiante onde a criança possa expressar suas emoções por meio de atividades aos outros colegas, familiares e ao terapeuta. O terapeuta ocupacional pode atuar também como facilitador na compreensão da criança no que diz respeito a esse período e também, durante a internação, contribuir para diminuir a ansiedade, aumentar a confiança na equipe e ajudar na sociabilização da criança. Outro aspecto importante a ser trabalhado pelo Terapeuta Ocupacional é a aproximação da família nas atividades com a criança e ressaltar a importância dessa participação para auxiliar a criança a descobrir suas potencialidades e independência.

Considerando a prática de 18 anos da autora deste estudo, atuando com pessoas com fissuras labiopalatinas hospitalizadas e, atualmente, atuando como terapeuta ocupacional, executando métodos e técnicas terapêuticas e recreacionais, tem-se como hipótese que as atividades expressivas e recreativas favorecem a reabilitação.

Diante disto, justifica-se este estudo, na busca de comprovar, cientificamente, a influência destas atividades no processo de reabilitação na opinião dos familiares, os quais estão presentes em todo este processo de hospitalização no HRAC, buscando

subsídios para melhor compreensão da prática das atividades expressivas e recreativas, contribuindo com o aprimoramento no atendimento humanizado, que atenda as reais necessidades das crianças e familiares no contexto hospitalar, na promoção do cuidado biopsicossocial completo para a criança e para a família.

Objetivo

3. OBJETIVO

O presente estudo enfoca as atividades expressivas e recreativas no contexto hospitalar e sendo os familiares, um elemento importante nesse processo, pretende-se verificar a visão dos mesmos a respeito da influência dessas atividades na hospitalização de crianças com fissura labiopalatina, procurando identificar os benefícios dessas atividades no período pré e pós-operatório, a influência no processo de recuperação cirúrgica, a atividade preferencial das crianças e a importância da participação dos familiares nas atividades.

Material e Método

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Casuística.

Participaram, deste estudo, 138 familiares de pacientes com fissura labiopalatina, regularmente matriculados no HRAC.

Os participantes foram selecionados de acordo com a faixa etária dos pacientes que se restringiu entre 07 e 12 anos de idade, os quais, possivelmente, estariam participando juntos, das mesmas atividades no Serviço de Educação e Terapia Ocupacional (SETO).

Como critério de seletividade dos participantes, além de considerar a idade do paciente citada acima, considerou-se também a não-existência de outros comprometimentos tais como: síndrome, deficiência intelectual, e/ou malformações físico/sensoriais. As variáveis, raça, sexo, cor e nível sócio-econômico não foram considerados. Desta forma, foram convidados para a entrevista familiares que acompanhavam os pacientes no período pré-operatório e pós-operatório, no SETO.

Em relação à procedência dos pacientes deste estudo, essa foi categorizada de acordo com a região de origem dos mesmos: sul, sudeste, centro-oeste, norte e nordeste.

O período da coleta de dados, deste estudo, foi de dezembro de 2005 a maio de 2006 e, neste período, passaram pelo Serviço de Educação e Terapia Ocupacional, em condições pré-operatória e pós-operatória, 160 pacientes na faixa etária de 07 a 12 anos com seus respectivos familiares*, sendo assim, 86,25% (138) fizeram parte da amostra.

4.2. Material.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um formulário de entrevista, elaborado por esta autora, para ser utilizado especificamente neste estudo, contendo perguntas fechadas e semi-abertas (Anexo 03).

A utilização deste instrumento foi baseada em Gil (1991). Esta é uma forma de interrogação que oferece a obtenção de dados de acordo com o ponto de vista dos pesquisados.

* Dados fornecidos pelo Centro de Processamento de Dados (CPD) do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais em Abril/2007.

De acordo com Richardson et al (1985) o termo entrevista é constituído de duas palavras: entre e vista, isto significa que vista se refere à ação de ver e, entre, o espaço que separa duas pessoas. Portanto, o termo entrevistado significa o ato de perceber o realizado entre duas pessoas. A entrevista é uma técnica que permite o relacionamento mais próximo entre o entrevistado e o entrevistador.

A entrevista utilizada foi a forma estruturada, isto é, quando as questões são previamente formuladas e o entrevistador estabelece um roteiro prévio de perguntas (Barros e Lehfeld 2000).

A entrevista também foi elucidativa, elaborada com questões simples (anexo 03), com o objetivo de limitar erros de compreensão, que comumente prejudicam as interpretações e, também, com a intenção de propiciar ao respondente a oportunidade de expressão livre e com as próprias palavras (Tavano 2000).

Este instrumento foi estruturado em duas partes: a primeira parte da entrevista foi aplicada, individualmente, no pré-operatório com cada familiar; a segunda parte foi aplicada, da mesma forma, no pós-operatório no dia da alta hospitalar.

A primeira parte da entrevista (pré-operatório) foi constituída de questões que correspondiam à caracterização da casuística e, em seguida, foram questionados a respeito dos seguintes itens:

- Número de vezes de internação no HRAC.
- Conhecimento sobre o SETO.
- Preferência de ambiente para aguardar a cirurgia.
- Tipo de sentimento do familiar no período pré-operatório da criança.
- Tipos de atividades que participou junto com a criança.
- Participação do familiar nas atividades e a interferência no estado emocional da criança.
- Opinião sobre as atividades oferecidas neste período.
- Interferência das atividades no estado emocional da criança.
- Preferência do familiar de participar ou não das atividades.
- Locais que a criança tem mais facilidade em participar das atividades.

A segunda parte da entrevista (pós-operatório) foi constituída dos seguintes itens:

- Participação da criança nas atividades (aprendendo ou ensinando alguma técnica).
- Visão dos familiares sobre a participação da criança nas atividades expressivas.
- Contribuição das atividades na recuperação cirúrgica da criança.
- Necessidade de atividades recreativas e expressivas nos atendimentos da criança, nas diversas áreas.
- Relacionamento interpessoal das crianças.
- Contribuição das atividades recreativas e expressivas para a amenização dos efeitos negativos advindos da hospitalização.
- Contribuição das atividades para o crescimento e desenvolvimento da criança.
- Número de dias que a criança ficou internada.
- Número de dias que participou das atividades no SETO.

4.3. Local.

A coleta de dados foi desenvolvida nas dependências do Serviço de Educação e Terapia Ocupacional do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo/ Bauru-SP, em ambiente favorável que garantiu a privacidade.

4.4. Procedimentos.

O projeto de pesquisa foi elaborado e submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - USP e, em 01 de dezembro de 2005, foi aprovado para sua realização (Protocolo nº. 105/2005) (anexo 4). Ressalta-se que foram respeitados todos os princípios éticos que versa a Resolução 196/96 (Conselho Nacional de Saúde 2007).

Foi aprovado pela banca examinadora da Pré-qualificação em 24 de março de 2006. Of.PG-101/2006 (Anexo 5).

Solicitou-se alteração do título de “A influência das atividades recreativas e expressivas em crianças hospitalizadas com fissura de lábio e/ou palato: na visão dos familiares”, para “A influência das atividades expressivas e recreativas em crianças

hospitalizadas com fissura labiopalatina: a visão dos familiares” e foi aprovada pelo CEP em 29 de novembro de 2006. Ofício nº 382/2006-SVAPEPE-CEP (Anexo 6).

Antes de iniciar a coleta de dados por meio do formulário de entrevista, cada familiar foi esclarecido a respeito de sua liberdade de participação no referido estudo. Foram-lhes garantidos os termos de sigilo e privacidade das informações fornecidas por eles. O familiar ficou ciente de que sua recusa em participar não implicaria na continuidade do seu tratamento e teve seu consentimento registrado em termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 7).

Os participantes receberam também uma carta que explicava os objetivos da pesquisa e seu caráter ético (anexo 8).

A aplicação desse instrumento foi realizada previamente com 15 familiares para a verificação da adequação dos itens a serem investigados. Verificadas as necessidades, foram realizadas mudanças para melhorar o instrumento. Essas 15 entrevistas foram desconsideradas por se constituírem diferentes do material reformulado.

Desde o primeiro momento teve-se o intuito de se estabelecer com o familiar entrevistado, uma condição de bem-estar, com a intenção de colocá-lo à vontade com a pessoa do entrevistador e diante do instrumento em si. Essa conduta permitiu maior aproximação entre o entrevistado e o entrevistador, propiciando o relacionamento interpessoal e facilitando o esclarecimento de dúvidas.

A entrevista foi realizada em uma sala isolada do restante do grupo, no Serviço de Educação e Terapia Ocupacional, respeitando-se a privacidade do familiar.

A maioria dos dados foram coletados pela própria pesquisadora que contou também com três profissionais colaboradores, os quais efetuaram a entrevista em apenas 10% dos familiares, quando a mesma esteve impedida de realizá-la. Os profissionais colaboradores foram previamente treinados, quanto à forma adequada de realização da entrevista, ressaltando a não interferência nas respostas. O pesquisador fez as perguntas ao profissional e, posteriormente, o mesmo fez as perguntas ao pesquisador, com a intenção de eliminar qualquer dúvida.

4.5. Análise dos dados.

Os dados obtidos na primeira parte da entrevista que caracterizava a casuística foram tabulados e sofreram análises descritivas, possibilitando a descrição dos participantes e pacientes deste estudo.

Os dados obtidos por meio das questões fechadas foram digitados em planilha do Excel, possibilitando a tabulação e análise dos mesmos, através de estatística descritiva.

As perguntas semi-abertas foram analisadas por meio do procedimento descrito por Lüdke e André (1986) e por Demartini (1988). Assim, todas as respostas dadas a uma determinada questão foram anotadas em uma folha, sendo atribuído um número para cada uma delas. Em seguida, foi realizado um agrupamento das semelhantes em uma categoria. Quando surgiram respostas que não se encaixavam nas categorias formadas, outras foram criadas de modo a abarcar todas as respostas. Com as categorias decodificadas, as respostas tiveram o mesmo tratamento que as perguntas fechadas.

Resultados

5. RESULTADOS

Foi realizada uma análise descritiva, com utilização de tabelas apresentadas a seguir:

Tabela 1 - Grau de parentesco dos familiares

Grau de parentesco	N	(%)
Mãe	105	(76,08)
Pai	22	(15,94)
Outros	11	(7,97)
total	138	(100,00)

Tabela 2 - Região de origem dos familiares

Região	N	(%)
Sudeste	91	(65,94)
Centro-Oeste	17	(12,32)
Norte	15	(10,87)
Sul	8	(5,80)
Nordeste	7	(5,07)
total	138	(100,00)

Tabela 3 - Gênero das crianças

Gênero	N	(%)
Masculino	84	(60,87)
Feminino	54	(39,13)
total	138	(100,00)

Tabela 4 - Classificação da fissura das crianças

Classificação da fissura	N	%
Transforame	102	73,91
Pré-Forame	19	(13,77)
Pós-Forame	17	(12,32)
total	138	(100,00)

Tabela 5 - Número de vezes que a criança internou no Centrinho (HRAC/USP)

Número de internações	N	(%)
Três vezes ou mais	99	(71,74)
Duas vezes	21	(15,22)
Uma vez	18	(13,04)
total	138	(100,00)

Tabela 6 - Número de familiares que já conheciam o Serviço de Educação e Terapia Ocupacional (SETO)

Conhecimento do Serviço de Educação e Terapia Ocupacional - SETO	N	(%)
Já conhecia	105	(76,09)
Não conhecia	24	(17,39)
Já ouviu falar, mas não conhecia	9	(6,52)
total	138	(100,00)

Tabela 7 - Opinião dos familiares relativa ao que prefere fazer com a criança no período pré-operatório

Preferência dos familiares	N	(%)
Ficar desenvolvendo algum tipo de atividade recreativa com a criança no Serviço de Educação e Terapia Ocupacional – SETO	131	(94,92)
Ficar aguardando no quarto com a criança sem desenvolver atividades	1	(0,73)
O local não faz diferença	6	(4,35)
total	138	(100,00)

Tabela 8 - Sentimentos dos familiares relativos ao período pré-operatório

Sentimentos dos Familiares		Não	(%)	Sim	(%)	N	(%)
Positivos	Está satisfeito	4	(2,9)	134	(97,1)	138	(100,0)
	Está feliz	9	(6,5)	129	(93,5)	138	(100,0)
	Está seguro	14	(10,1)	124	(89,9)	138	(100,0)
	Está tranqüilo	26	(18,8)	112	(81,2)	138	(100,0)
Negativos	Está mais agitado e ansioso	32	(23,2)	106	(76,8)	138	(100,0)
	Está com saudade de alguém	35	(25,4)	103	(74,6)	138	(100,0)
	Seu coração está batendo mais depressa	44	(31,9)	94	(68,1)	138	(100,0)
	Está com vontade de chorar	45	(32,6)	93	(67,4)	138	(100,0)
	Sua respiração está mais acelerada	63	(45,7)	75	(54,3)	138	(100,0)
	Está com medo da anestesia	79	(57,2)	59	(42,8)	138	(100,0)
	Seu corpo está suando mais que o normal	83	(60,1)	55	(39,9)	138	(100,0)
	Suas mãos estão mais frias	86	(62,3)	52	(37,7)	138	(100,0)
	Está com medo de alguma coisa que não sabe o que é	86	(62,3)	52	(37,7)	138	(100,0)
	Está sentindo solidão	91	(65,9)	47	(34,1)	138	(100,0)
	Está com tremedeira	107	(77,5)	31	(22,5)	138	(100,0)
	Está com dores no corpo ou em uma região do corpo	109	(79,0)	29	(21,0)	138	(100,0)
	Está com vontade de desistir da cirurgia	127	(92,0)	11	(8,0)	138	(100,0)

Sentimentos dos familiares relativos ao pré-operatório

Figura 1 - Sentimentos dos familiares relativos ao período pré-operatório

Tabela 9 - Atividades em que os familiares participaram junto com a criança no Serviço de Educação e Terapia Ocupacional no período pré-operatório

Participação dos familiares junto com a criança	Não	(%)	Sim	(%)	N	(%)
Brinquedoteca (brinquedos e jogos)	11	(7,97)	127	(92,03)	138	(100,00)
Brinquedoteca artesanal (desenho, recorte colagem ou outras atividades de plástica)	92	(66,7)	46	(33,3)	138	(100,00)
Expressão dramática (teatro no palco ou de fantoches)	119	(86,23)	19	(13,77)	138	(100,00)
Dinâmicas de grupo	129	(93,48)	9	(6,52)	138	(100,00)
Expressão corporal (dança, show)	113	(81,88)	25	(18,11)	138	(100,00)
Biblioteca viva	91	(65,94)	47	(34,06)	138	(100,00)
Nenhuma atividade	136	(98,55)	2	(1,45)	138	(100,00)

Participação dos familiares junto com a criança nas atividades

Figura 2 - Participação dos familiares junto com a criança nas atividades

Tabela 10 - Opinião dos familiares relativa à atividade que a criança mais gostou durante todo o período de internação

Opinião dos familiares	N	(%)
Brinquedoteca (brinquedos, jogos, brincadeiras)	59	(42,75)
De todas as atividades	29	(21,01)
Expressão plástica (brinquedoteca artesanal)	25	(18,12)
Expressão dramática (teatro)	11	(7,97)
Expressão corporal e musical (música e dança)	6	(4,35)
Dinâmicas de grupo	4	(2,90)
Biblioteca viva	3	(2,17)
De nenhuma atividade	1	(0,72)
total	138	(100,00)

Tabela 11 – Observação dos familiares relativa a condição emocional da criança quando participam juntos nas atividades

Observação dos familiares	N	(%)
Sentiu que melhora o estado emocional da criança quando participa junto	103	(74,64)
Não observou	25	(18,11)
Não sentiu diferença nenhuma	10	(7,25)
total	138	(100,00)

Tabela 12 - Opinião dos familiares em relação à importância das atividades do Serviço de Educação e Terapia Ocupacional no período pré-operatório

Opinião dos familiares	N	(%)
Distrai, entretém, diverte ou alegra a criança	53	(38,41)
A criança acalma e esquece a fome e sede	40	(28,99)
Acalma, relaxa e descontraí a criança	32	(23,19)
Contribui para o desenvolvimento da criança	13	(9,42)
total	138	(100,00)

Tabela 13 - Observação dos familiares em relação ao estado emocional da criança quando participa das atividades expressivas e recreativas no período pré-operatório no Serviço de Educação e Terapia Ocupacional

Observação dos familiares	N	(%)
Deixam ela mais calma	135	(97,83)
Deixam ela mais agitada	0	(0,00)
Não faz diferença	3	(2,17)
total	138	(100,0)

Tabela 14 – Preferência dos familiares quanto à participação nas atividades expressivas e recreativas

Preferência dos familiares	N	(%)
Prefere participar junto com a criança	76	(55,07)
Prefere ficar sem participar das atividades, somente observando a criança	53	(38,40)
Não faz diferença	9	(6,52)
total	138	(100,00)

Tabela 15 - Opinião dos familiares no que se refere às dificuldades ou facilidades da criança em participar de atividades em diferentes locais

Opinião dos familiares	N	(%)
Tem facilidade de participar em todos os lugares	91	(65,94)
Participar de atividades no hospital é mais fácil do que na escola ou na comunidade	19	(13,77)
Participar de atividades na escola é mais difícil	13	(9,42)
Tem dificuldades de participar de atividades em todos os lugares	7	(5,07)
Participar de atividades na escola e na comunidade é mais fácil do que no hospital	5	(3,63)
Participar de atividades na comunidade é mais difícil	3	(2,17)
total	138	(100,00)

Tabela 16 - Opinião dos familiares relativa à aprendizagem da criança ao participar das atividades

Opinião dos familiares	N	(%)
Aprendeu a fazer alguma coisa	87	(63,04)
Não aprendeu nada	39	(28,26)
Aprendeu e ensinou alguma coisa	8	(5,80)
Não ensinou e não aprendeu nada	4	(2,90)
total	138	(100,00)

Tabela 17 - Opinião dos familiares relativa à participação da criança nas atividades de expressão corporal, musical e dramática

Opinião dos familiares	N	(%)
Ela participa	91	(65,94)
Ela não participa	47	(34,06)
total	138	(100,00)

Tabela 18 - Opinião dos familiares relativa à contribuição das atividades expressivas e recreativas na recuperação cirúrgica da criança

Opinião dos familiares	N	(%)
Sim, brincar ajudou a se recuperar mais rápido, ficou mais calma e feliz	46	(33,33)
Sim, acordou e pediu para vir brincar	32	(23,19)
Sim	17	(12,32)
Sim, brincando esqueceu a fome e sede no pré-operatório e no pós-operatório brincando esqueceu a dor	17	(12,32)
Sim, o fato de brincar auxiliou no relacionamento com outras crianças e isso ajudou a se recuperar melhor	16	(11,59)
Sim, alimentou-se melhor para vir brincar	10	(7,24)
total	138	(100,00)

Tabela 19 – Opinião dos familiares quanto às atividades expressivas e recreativas estarem presentes em todos os atendimentos

Opinião dos familiares	N	(%)
Não acha necessário	95	(68,84)
Gostaria que estivesse presente em todos os atendimentos	43	(31,16)
total	138	(100,00)

Tabela 20 - Opinião dos familiares relativa ao relacionamento interpessoal da criança

Opinião dos familiares	N	(%)
Conheceu e brincou com outras crianças nas atividades	125	(90,58)
Não conheceu ninguém	7	(5,07)
Somente conheceu, mas não brincou	6	(4,35)
total	138	(100,00)

Tabela 21 – Opinião dos familiares em relação à influência das atividades expressivas e recreativas na amenização dos efeitos negativos da hospitalização

Opinião dos familiares	N	(%)
Sim	136	(98,55)
Não faz diferença	2	(1,45)
Não	0	(0,00)
total	138	(100,00)

Tabela 22 – Opinião dos familiares a respeito da contribuição das atividades do Serviço de Educação e Terapia Ocupacional para o crescimento e desenvolvimento da criança

Opinião dos familiares	N	(%)
Sim	137	(99,27)
Não faz diferença	1	(0,73)
Não	0	(0,00)
total	138	(100,00)

Tabela 23 – Número de dias que a criança ficou internada no HRAC

Número de dias	N	(%)
2	119	(86,23)
3	10	(7,25)
5	7	(5,07)
6	2	(1,45)
total	138	(100,00)

Tabela 24 – Número de dias que a criança foi ao Serviço de Educação e Terapia Ocupacional

Número de dias	N	(%)
2	120	(86,96)
3	11	(7,97)
4	7	(5,07)
total	138	(100,00)

Discussão

6. DISCUSSÃO

Os resultados foram interpretados de acordo com o referencial teórico abordado, tendo em vista também o contexto estudado.

A Tabela 1 indica o familiar que estava acompanhando a criança internada no HRAC-USP. Dos 138 participantes do estudo, 76,08% (105) eram as mães, 15,94% (22) eram os pais e 7,97% (11) outros membros da família.

Os dados indicados de que a maioria 76,08% (105) dos familiares, que acompanhava a criança era a mãe, possivelmente se referem ao fato de ser a mãe o familiar mais próximo da criança e, conseqüentemente, segundo Winnicott (1994) a criança se sente amparada e protegida com a presença da mãe. Além disso, este fato pode ser justificado pelo próprio histórico cultural criado pela sociedade de que a mãe é responsável pelos cuidados com o filho e pelo lar e o pai é responsável pelo sustento da família (Siqueira et al 1999).

Quanto à localização da região a que pertencem os participantes, de acordo com a Tabela 2, observa-se que a maioria reside na região sudeste (65,94%) e os demais ficam divididos entre as outras regiões. Os dados apontam a facilidade de acesso ao tratamento no HRAC, o qual está localizado na região Sudeste.

Analisando o gênero das crianças (Tabela 3), observa-se que 60,87% (91) pertencem ao sexo masculino e 39,13% (54) ao sexo feminino.

Em relação ao tipo de fissura, verifica-se na tabela 4 que 73,91% (102) das crianças nasceram com fissura transforame, 13,77% (19) nasceram com fissura pré-forame, 12,32 % (17) nasceram com fissura pós-forame, o que confirma os achados de Frase (1960), Greene (1964) Greene et al (1968), Abyholm (1978), Capelloza Filho (1988) e Modolin e Cerqueira (1997) que a maior incidência ocorre na fissura de lábio e no sexo masculino, sendo mais freqüente a fissura transforame incisiva unilateral e do lado esquerdo; as fissuras de palato têm maior incidência no sexo feminino.

Quanto ao conhecimento que os participantes têm do Serviço de Educação e Terapia Ocupacional, na Tabela 5 observa-se que 71,74% (99) das crianças já haviam sido internadas mais que três vezes no Centrinho, sendo que 86,23% (119) dos familiares permaneceram, no máximo, dois dias no hospital com a criança (Tabela 23) e 86,96% (120) tiveram uma participação de dois dias nas atividades do Serviço de

Educação e Terapia Ocupacional em cada internação (Tabela 24), comprovando uma característica peculiar do HRAC que é a alta rotatividade.

A maioria dos participantes, 76,09% (105), já conhecia o Serviço de Educação e Terapia Ocupacional; somente 17,39% (24) ainda não conheciam este serviço (Tabela 6). O processo de reabilitação é complexo, podendo ter durações médias de 20 anos, seguindo as condutas e etapas terapêuticas do HRAC, o que demanda a hospitalização da criança em várias fases de sua vida (Universidade de São Paulo 2001).

Cabe ressaltar que as crianças hospitalizadas em situação pré-operatória e pós-operatória freqüentam o Serviço de Educação e Terapia Ocupacional (SETO), conforme as rotinas estabelecidas pelo hospital o que justifica o conhecimento do SETO.

Analisando a Tabela 7 observa-se que, 94,92% (131) dos familiares, questionados no período pré-operatório, preferem desenvolver algum tipo de atividade recreativa com suas crianças no SETO. Isto comprova as afirmações de Soares e Zamberlan (2001) e de Abrão et al (2004) de que as atividades expressivas e recreativas favorecem tanto a criança, quanto o familiar, promovendo o alívio de angústia e ansiedade em ambos.

Oferecer um ambiente acolhedor e com atividades recreativas e expressivas pode facilitar a adaptação da criança e do familiar no contexto hospitalar.

Quanto ao sentimento dos familiares em relação ao período pré-operatório, 76,8% (106) relataram sentir ansiedade, 74,6 % (103) estavam com saudades dos outros familiares que ficaram em casa, 68,1% (94) sentiam o coração bater mais depressa, 67,4% (93) sentiam vontade de chorar. Apesar de os familiares apresentarem estes sentimentos, a maioria, 97,1% (134), respondeu estar satisfeita com o tratamento, 93,5% (129) relataram estar feliz, 89,9% (124) se sentiam seguros quanto à cirurgia e 81,2 % (112) tranquilos em relação ao ato cirúrgico (Tabela 8 e Figura 1).

Fica evidente que o sistema de mãe-acompanhante favorece para que os familiares sintam-se mais seguros, tranquilos e confiantes, pelo fato de conhecerem melhor a estrutura do hospital, pela possibilidade de aproximação com os profissionais da saúde e também pela oportunidade de poderem ajudar nos cuidados com a criança (Lima et al).

Estes dados confirmam as afirmações de Huerta (1984), Lima et al (1999) e Soares e Zamberlan (2001) de que a incidência de sentimentos positivos na família é

devido à possibilidade de ela acompanhar a criança no período de hospitalização, favorecendo a redução de estresse em ambos.

Das atividades que os familiares participaram junto com as crianças, antes da cirurgia, a brinquedoteca obteve maior destaque 92,03% (127). As demais atividades ficaram divididas entre as atividades de biblioteca viva, brinquedoteca artesanal, expressão corporal, expressão dramática e dinâmica de grupo (Tabela 9 e Figura 2).

No dia da alta hospitalar foi perguntado aos familiares a respeito da atividade de que a criança mais gostou: 42,75% (59) responderam que foram as atividades na brinquedoteca, 21,01% (29) gostaram de todas as atividades, 18,12% (25) gostaram das atividades de expressão plástica e o restante ficou entre as atividades de expressão dramática, expressão corporal e musical, dinâmica de grupo, e biblioteca viva (Tabela 10).

Bomtempo (1992) afirmou que a hospitalização pode ser amenizada com o oferecimento de atividades recreativas e, quando a criança tem a oportunidade de brincar livremente, de escolher sua atividade e o brinquedo, isso contribui para amenizar os efeitos negativos do processo de hospitalização. A brinquedoteca dá a oportunidade à criança de experimentar o brinquedo antes de escolhê-lo. O brinquedo é o parceiro da criança na brincadeira. A manipulação de diversos brinquedos conduz a criança à ação e à representação, a imaginar e agir.

A brinquedoteca oferece a oportunidade de a criança descobrir-se e evidenciar suas capacidades e habilidades, além de enriquecer o relacionamento entre as crianças e seus familiares, promove a interação grupal, desvincula o valor lúdico do brinquedo, isto é, a criança aprende que ela não precisa possuir o brinquedo com exclusividade, mas que pode partilhá-lo com outras crianças, também oportuniza a valorização de sentimentos e favorece o equilíbrio emocional (Friedmann 1992, Cunha 1992).

A terapeuta ocupacional Clarisse Potasz está realizando uma pesquisa e os resultados parciais apontam que as crianças hospitalizadas que brincam, comparadas com as que não brincam, têm uma diminuição da taxa de cortisol no sangue, o que diminui o nível de estresse (Brinquedos 2007).

Quanto à participação dos familiares nas atividades, no período pré-operatório, 74,64% (103) apontaram que houve melhora no estado emocional da criança quando eles participam juntos, 18,11% (25) dos familiares não observaram se houve alteração

no estado emocional da criança e 7,25% (10) não sentiram diferença nenhuma (Tabela 11).

Observa-se que a maioria dos familiares sente que melhora o estado emocional da criança quando ele se envolve na brincadeira. Winnicott (1994) e Azevedo (1999) em seus estudos afirmaram que os familiares, ao brincarem com a criança, favorecem a melhora no estado emocional e sua autoconfiança.

O fato de alguns familiares, 18,11% (25), não observarem se melhora o estado emocional da criança, pode estar relacionado com o estudo realizado por Penteado et al (1996) de que a vida estressante e agitada em conciliar trabalho doméstico, trabalho fora de casa e cuidados com os filhos, proporcionam uma situação de estresse nos pais que relatam falta de tempo para brincar com seus filhos. Observou-se também, conforme relato dos pais, que as brincadeiras fazem parte, apenas, do mundo da criança e não do adulto.

Quanto à importância das atividades expressivas e recreativas desenvolvidas durante o período pré-operatório, 100% responderam que são importantes, sendo que 38,41% (53) apontaram que distraem, entretêm, divertem e alegam a criança; 28,99% (40) relataram que a criança acalma e esquece a fome e a sede; 23,19% (32) expressaram que as atividades, acalmam, relaxam e descontraem a criança; 9,42% (13) responderam que as atividades contribuem para o desenvolvimento da criança (Tabela 12).

Outro aspecto importante a se destacar é que a maioria dos participantes, 97,83% (135), apontou que as atividades expressivas e recreativas deixam a criança mais calma (tabela 13).

Esses dados ratificam as afirmações de Whaley e Wong (1989), Ceccim e Carvalho (1997), Bomtempo (1997), Azevedo (1999), Junqueira (1999), Almeida (2000), Soares e Zamberlam (2001) e Almeida e Bomtempo (2004) de que o brincar dentro do contexto hospitalar deixa a criança mais relaxada e calma, além de oportunizar a expressão de seus sentimentos, diminuindo o medo e o estresse, contribuindo para o seu desenvolvimento.

Para Furtado e Lima (1999) o brinquedo tem também importante valor terapêutico e forte influência no restabelecimento físico e emocional da criança, tornando o processo de hospitalização mais alegre e menos traumatizante, fornecendo melhores condições para a recuperação.

Vários estudos confirmam que o brincar contribui para o desenvolvimento intelectual, social e emocional da criança e o fato de esquecerem a fome e a sede justifica sua adaptação ao ambiente hospitalar (Bomtempo et al 1986 e Soares e Zamberlam 2001).

Em relação à preferência dos familiares sobre brincar junto com a criança ou apenas observá-la, 55,07% (76) responderam que preferem participar junto com a criança e 38,40% (53) preferem apenas observar a criança brincar (Tabela 14). No SETO, os pais têm oportunidade tanto de brincar junto com a criança, quanto apenas observá-la. A escolha é do familiar, ambas têm a sua importância.

Quando os familiares participam juntos, ficam mais relaxados e descontraídos e, quando observam que melhora o estado emocional da criança, se satisfazem também, além do que, os familiares que participam junto com a criança nas atividades têm a oportunidade de perceberem nas crianças suas habilidades e capacidades como é apontado por Azevedo (1999): o brinquedo pode ajudar pais a perceberem seus filhos com maior capacidade e potencial, influenciando na autoconfiança das crianças.

Quando o familiar brinca junto com a criança, reforça o relacionamento entre ambos e é fonte de lazer para o acompanhante (Furtado e Lima 1999).

Os familiares que preferem observar as crianças brincarem mencionaram que é uma maneira de incentivar a criança a se interagir com outras, e também é uma oportunidade de verificarem como a criança se relaciona em grupo e as facilidades e dificuldades que apresenta. Isto confirma os estudos de Azevedo (1999) de que os pais devem ter oportunidade de observar seus filhos brincarem, podendo verificar que a criança é capaz de desenvolver repertório alternativo para se adaptar àquela situação.

Alguns familiares optam por observar as crianças, em virtude de não terem a prática do brincar em seu cotidiano, o que ratifica os estudos realizados por Penteado et al (1996), mencionado anteriormente.

No que se refere ao relacionamento interpessoal das crianças, 90,58% (125) dos familiares responderam que as mesmas conheceram e brincaram com outras crianças durante as atividades expressivas e recreativas (Tabela 20).

O brincar exerce uma função significativa no processo dinâmico de desenvolvimento da criança, estabelecendo a interação com outras crianças, favorecendo as relações interpessoais e melhorando o estado geral da criança (Saboya 1985, Whaley e Wong 1989, Horta 1989, Kudo e Pierre 1990, Friedmann 1992,

Borenstein, Ribeiro e Costa 1998, Mello et al 1999, Hirschheimer et al 2001, Takatori 2003 e Penteado et al 1996).

Interessante que, na opinião dos familiares, 65,94% (91), as crianças têm facilidade de participar em todos os locais; 13,77% (19) acham que é mais fácil a criança participar de atividades no hospital do que na escola ou comunidade; 9,42% (13) acreditam que é mais difícil, para a criança, participar de atividades na escola; 5,07% (7) relataram que a criança tem dificuldade de participar em todos os locais; 3,63% (5) dos familiares acham que é mais fácil, para a criança, participar de atividades na escola e na comunidade do que no hospital e 2,17% (3) acreditam que é mais difícil, para a criança, participar de atividades na comunidade (Tabela 15).

A facilidade de a criança participar em todos os locais, mencionada por 65,94% (91) dos familiares, pode estar relacionada com a forma pela qual a fissura labiopalatina foi aceita no contexto familiar, ou talvez pelo fato de a criança estar em idade escolar e a participação em atividades neste ambiente ser cobrada de forma mais intensa, favorecendo a socialização, ou mesmo pela própria condição da criança em ser mais extrovertida.

Quando 13,77% (19) dos familiares afirmaram que as crianças têm mais facilidade para participar de atividades no hospital do que na escola e na comunidade, referem-se ao fato de no contexto hospitalar se identificarem com outras crianças que apresentam as mesmas características. Isto pode ser confirmado pelos estudos de Pereira e Mota (1997): os indivíduos com fissuras labiopalatinas são alvos de discriminação no meio social, provavelmente por isso se sintam melhores e mais à vontade com seus pares.

Os dados apresentados pelos familiares no que diz respeito às dificuldades da criança em participar de atividades na escola 9,42% (13), em participar em todos os locais 5,07% (7) e em participar de atividades na comunidade 2,17% (3), sugerem que, possivelmente, estas crianças sofrem preconceito em seu meio social.

Os familiares que relataram que as crianças apresentam dificuldades em participar de atividades em todos os locais, também comentaram sobre a timidez da criança, sendo uma característica dela, sem relação com a fissura labiopalatina.

Os familiares, 3,63% (5), que relataram a dificuldade apresentada pela criança em participar de atividades no hospital pode estar relacionada com a faixa etária, são crianças entre 11 e 12 anos de idade que, no discurso dos familiares, não querem

lembrar que nasceram com fissura labiopalatina e, quando se deparam com várias crianças nas mesmas condições, se retraem. Também mencionaram que, quando se veem hospitalizadas, já começam a se preocupar com a aparência física e não querem se expor, devido aos pontos cirúrgicos, hematomas e edemas. Os familiares acreditam que está relacionado com o início da adolescência e a exigência com a aparência física é mais cobrada.

Pelos dados coletados na Tabela 16, sobre a aprendizagem de novas atividades durante a hospitalização, 63,04% (87) dos familiares responderam que as crianças aprenderam a fazer algum tipo de atividade e 28,26% (39) responderam que as crianças não aprenderam nada.

O fato de terem aprendido novas atividades pode ser confirmado com os estudos de alguns autores como Brooks (1970), Whaley e Wong (1989), Ribeiro (1991), Lindquist (1992), Romano (1994), Penteado et al (1996), Bomtempo (1997), Cecim e Carvalho (1997), Junqueira (1999), Almeida (2000), Soares e Zamberlan (2001), Almeida e Bomtempo (2004) e Almeida (2005) de que as atividades de brincar devem ser inseridas no contexto hospitalar, pois contribui muito para o processo de aprendizagem da criança. Brincando, a criança desenvolve os aspectos cognitivos, sensoriais, emocionais, motores, sociais, culturais, lingüístico e comunicativo. Quando falamos destes aspectos, fica claro que todas as crianças que brincaram, vivenciaram um processo de aprendizagem, mas na visão dos familiares a aprendizagem está relacionada com fazer algo diferente do que já conheciam e as 39 crianças que não aprenderam fazer nada os familiares relataram que já conheciam todos os brinquedos e as atividades que foram desenvolvidas no período de hospitalização.

A maioria dos familiares, 65,94% (91) respondeu que as crianças participam de atividades de expressão corporal, musical e dramática e 34,06% (47) que as crianças não participam (Tabela 17).

O fato de as crianças participarem de atividades de expressão corporal, musical e dramática está relacionado com o prazer que ela sente em se fantasiar, imitar, cantar, dançar e interpretar e isto, conseqüentemente, melhora a condição de hospitalização (Hirschheimer et al 2001). As atividades expressivas promovem o uso expressivo do corpo e auxilia na descoberta de potencialidades (Mendes 1988 e Liberman 2006).

As atividades expressivas levam as crianças a um mundo mágico e cheio de imaginação, no qual podem criar seus personagens e, por meio deles, externar suas emoções (Amaral 1997).

Os familiares que apontaram que as crianças não participaram das atividades de expressão corporal, musical e dramática, possivelmente se referem ao fato já mencionado por Pereira e Mota (1997) das dificuldades que elas apresentam na comunicação, também em virtude da aparência física e, portanto, sentem-se discriminadas pela sociedade.

Os participantes foram indagados se as atividades expressivas e recreativas contribuíram para a recuperação mais rápida da criança e todos foram unânimes em dizer que sim: 33,33% (46) apontaram que o brincar ajuda a criança se recuperar mais rápido, fica mais calma e feliz; 23,19% (32) relataram que a criança ao acordar já pede para ir brincar; 12,32% (17) responderam que brincando a criança esquece a fome e sede no pré-operatório e no pós-operatório esquece a dor; 11,59% (16) referiram que o fato de brincar auxilia no relacionamento com outras crianças e isso ajuda a se recuperar melhor; 7,24% (10) relataram que as crianças se alimentaram melhor para poder brincar e 12,32% (17) apenas responderam que o brincar contribui para a recuperação, mas não responderam o porquê (Tabela 18).

Isto comprova os estudos de Gottfriend e Brown (1986) que descreveram que a criança hospitalizada, que tem a oportunidade de participar de atividades que envolvam o brincar, pode acelerar o seu processo de recuperação.

Alguns estudos já mostraram que o brincar favorece o relaxamento e as manifestações de sentimentos de alegria (Whaley e Wong 1989 e Ceccim e Carvalho 1997).

De acordo com os resultados apresentados, em relação ao pré-operatório, de que brincando a criança esqueceu a fome e sede e, no pós-operatório esqueceu a dor, podem ser confirmados pelos estudos de Mello et al (1999): somente o fato de brincar já ameniza o sofrimento e que, brincando, a criança desvia sua atenção a respeito da situação hospitalar (como fome e/ou sede) como também contribui para amenizar a dor física (pós-operatório).

Clarisse Potaszs está desenvolvendo uma pesquisa a respeito da melhora na qualidade do sono quando a criança tem acesso à brinquedoteca, durante o período de hospitalização e, nos resultados parciais, verificou-se que houve melhora quando a

criança teve a oportunidade de brincar. Com base neste estudo, a criança, ao relacionar-se com outras crianças na brincadeira, tem o seu o processo de adaptação hospitalar facilitado (melhora a alimentação e qualidade do sono) e, conseqüentemente, contribui para sua recuperação cirúrgica (Brinquedos 2007).

Em relação à presença de atividades expressivas e recreativas em todos os atendimentos pelo qual a criança passa no hospital, 68,84% (95) responderam que estão satisfeitos com os locais que já existem (Tabela 19), ou seja, sala da recepção do ambulatório, prédio do Serviço de Educação e Terapia Ocupacional, Pediatria, Leitos Especiais e Unidade de Cuidados Especiais (UCE). No HRAC, as crianças são oportunizadas a participarem de atividades recreativas desde sua entrada no hospital até a sua alta, de tal forma que não se sintam em um ambiente hospitalar.

De acordo com Whaley e Wong (1989) entre todas as instalações hospitalares, nenhuma traz mais alívio e descontração que a sala de recreação.

O processo doloroso experimentado pela criança durante a hospitalização se torna menos sofrível quando ela tem a oportunidade de brincar no hospital. Isso contribui para que a criança não se sinta impotente diante desta realidade, pelo fato de poder realizar uma brincadeira e descarregar suas tensões (Ribeiro 1986 e Huerta 1996).

O brinquedo contribui para uma melhor interação entre a criança, o familiar e o profissional, possibilitando ao profissional uma compreensão melhor dos sentimentos da criança melhorando a qualidade no atendimento (Pinheiro e Lopes 1993).

A hospitalização muitas vezes causa traumas na criança por estar afastada de seus outros familiares, brinquedos, entre outros, e os familiares, quando foram questionados se achavam que as atividades expressivas e recreativas diminuem os efeitos negativos advindos da hospitalização, 98,55% (136) relataram que sim (Tabela 21).

Os dados confirmam as colocações anteriores de que a elaboração de programas que utilizem o brinquedo no período de hospitalização é importante para tornar este período menos estressante.

Estes dados ratificam as afirmações de Brooks (1970), Whaley e Wong (1989) e Ribeiro (1991) de que as atividades recreativas favorecem o relaxamento, deixando a criança mais segura e calma, contribui para sua socialização e desenvolvimento, além de proporcionar bem-estar, mental, emocional e social. Outro aspecto importante é que, ao

brincar, a criança fica mais alegre e sua hospitalização menos traumatizante (Furtado e Lima 1999).

A maioria dos familiares, 99,27% (137), considerou que as atividades desenvolvidas no Serviço de Educação e Terapia Ocupacional (SETO) contribuem para o crescimento e desenvolvimento das crianças (Tabela 22).

O desenvolvimento infantil está relacionado com o brincar. Brincando, as crianças desenvolvem os aspectos cognitivos, motores e a socialização, sendo inclusive um instrumento de intervenção em saúde durante a infância (Junqueira 1999).

Neste contexto, Friedmann et al (1998), Martins (2001) e Takatori (2003) em seus estudos afirmaram que o brincar contribui para o desenvolvimento físico/motor, emocional, mental e social da criança.

Diante dos achados, observa-se que os profissionais da saúde devem favorecer condições de crescimento, desenvolvimento normal e equilíbrio emocional à criança hospitalizada por encontrar-se em uma condição de desestabilidade emocional, preocupando-se em oferecer uma assistência humanizada que contemple atividades recreativas e expressivas, buscando a solidariedade, o amor e o respeito pelo ser humano.

Conclusão

7. CONCLUSÃO

Todos os itens analisados indicam que, a visão dos familiares, vem ao encontro dos estudos científicos realizados, de que as atividades expressivas e recreativas diminuem os efeitos negativos advindos da hospitalização de crianças com fissura labiopalatina:

- As atividades recreativas e expressivas no período pré-operatório deixam a criança mais calma e alegre e contribui para a criança temporizar a fome e a sede.
- As atividades recreativas e expressivas aceleram o processo de recuperação cirúrgica das crianças.
- A brinquedoteca é a atividade preferencial das crianças, tanto em condição pré-operatória, quanto em condição pós-operatória.
- As atividades recreativas e expressivas favorecem o relacionamento interpessoal e contribui para o crescimento e desenvolvimento das crianças hospitalizadas.
- Quando o familiar participa das atividades, melhora o estado emocional da criança.

O presente estudo apresenta subsídios para que medidas sejam tomadas para que a prática do brincar seja inserida no contexto de uma política de atendimento hospitalar humanizada, numa abordagem que priorize o respeito ao paciente e favoreça uma interação entre profissionais, criança e família, tendo como foco o ser humano na sua totalidade.

Referências

8. REFERÊNCIAS

Abrão JF, Vasconcelos MS, Barbosa AL, Barbosa AA, Manzano DS, Veríssimo DM et al. Brinquedoteca: o brincar no hospital. In: Anais do VI semana de psicologia da UEM: subjetividade e arte; 2004 6-8 out; Maringá, Brasil. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 1997. [online] [consultado em 07 de jun de 2007]; [2 telas]. Disponível: URL: <http://www.dpi.uem.br/vi-semanapsi/pdf/BRINQUEDOTECA%20O%20BRINCAR%20NO%20HOS.pdf>

Abyholm FE. Cleft lip and palate in norwegian population. II. A numerical study of 1555 CLP – patients admitted for surgical treatment. 1954-75. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1978; 12:35-43.

Adams P. *O amor é contagioso*. 3a. ed. Rio de Janeiro: Sextante; 1999.

Alessandrini NA. (1949) apud Primeau LA, Parham D. Recreação e terapia ocupacional In: Parham LD, Fazio LS, Organizadores. *A recreação na terapia ocupacional pediátrica*. São Paulo: Editora Santos; 2000.p. 2-21.

Almeida FA, Bomtempo E. Em busca da confiança necessária para viver criativamente pelo brincar: a criança diante da cirurgia cardíaca. In: *I Conferência Internacional do Brasil de Pesquisa Qualitativa*; 2004; Taubaté, Brasil. Taubaté: Núcleo de Pesquisa da Família; 2004; p. 405-11 [CD-Rom].

Almeida FA. Lidando com a morte e o luto por meio do brincar: a criança com câncer no hospital. *Bol Psicol* 2005; 5:149-67.

Almeida FA. Vivenciando a experiência de star hospitalizada através do brinquedo. *Acta Paul Enf* 2000; 13: 129-33.

Alves R. Conga = Nike. In: Anais do VI Encontro nacional de coordenadores do HRAC/USP, III Encontro Nacional de associações de portadores de lesões labiopalatais e de deficiências auditivas; 2002 1-13 jul; Bauru, Brasil. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo; 2002.

Amaral AM. *Teatro de animação: da teoria a prática*. São Caetano do Sul: Ateliê; 1997.

Ângelo M. Brinquedo: um caminho para a compreensão da criança hospitalizada. *Rev Es Enf USP* 1985; 19: 213-23.

Angerami-Camon VA. *A psicologia no hospital*. São Paulo: Traço; 1988.

Aquino GS. *Pacientes adultos hospitalizados*. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1984.

Aragão RM, Azevedo MRZS. O brincar no hospital: análise de estratégias e recursos lúdicos utilizados com crianças. *Estud Psicol* 2001; 18: 33-42.

Azeredo Z, Amado J, Silva HNAA, Marques IG, Mendes MVC. A família da criança oncológica: testemunhos. *Acta Med Port* 2004; 17: 375-80.

Azevedo MRZS. *Papel e importância do lúdico para profissionais da saúde: análise de jogos e brincadeiras em um contexto hospitalar* [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 1999.

Barros AJS, Lehfeld NAS. *Fundamentos de metodologia científica: um guia para a iniciação científica*. 2a. ed. São Paulo: Makron Books; 2000 p.89-100.

Brasil. Decreto-lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. [online] 13 out 1969 [consultado em 28 out 2006 a]; [9 telas]. Disponível:URL: <http://www.crefito3.org.br/download/lei938.doc>

Brasil. Ministério da saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 b p.4-5.

Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [online] [consultado em 31 mai 2007 a]; [38 telas]. Disponível: URL: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/04_0923_FL.pdf

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. [online] [consultado em 28 out 2006 c]; [5 telas]. Disponível: <http://www.in.gov.br/materias/xml/do/secao1/1881761.xml>

Brasil. Presidência da república. Lei n. 8069, de 13 julho de 1990. Dispões sobre o Estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. [online] Lei nº 8069 13 de julh 1990 [consultado em 04 jun 2007 b]; [73 telas]. Disponível: URL: www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8069.htm

Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/nº 202, de 19 de junho de 2001. O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando a Portaria GM/MS nº 881, de 19 de junho de 2001, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH [online] [consultado em 22 ago 2007 c]; [11 telas]. Disponível: URL: http://www.saude.sc.gov.br/Eventos/Humaniza_SUS/Portaria%20SAS%20202%20de%2019-06-2001.doc

Bomtempo E. A brincadeira de faz-de-conta: lugar do simbolismo, da representação, do imaginário. In: Kishimoto TM. *Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação* 2a. ed. São Paulo: Cortez; 1997. p. 57-72.

- Bomtempo E. Brinquedoteca: espaço de observação da criança e do brinquedo. In: Friedmann A. *O direito de brincar: a brinquedoteca*. São Paulo, Scrita, 1992. p. 77-82.
- Bomtempo E, Hussein CL, Zamberlam MAT. *Psicologia do brinquedo: aspectos teóricos e metodológicos*. São Paulo: Nova Stella; 1986.
- Borenstein MS, Ribeiro P, Costa R. Lazer e recreação uma unidade de clínica médica: o que pensam e sentem os pacientes participantes. *Rev Bras Enf* 1998; 51: 493-510.
- Bowlby J. *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
- Brinquedos reduzem estresse de crianças internadas em hospitais [online] [consultado em 07 jun 2007] [1 tela]. Disponível: URL: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/noticias/2005/0509/I16050906brin.htm>
- Brooks M.M. Why play in hospital? *Nurs Clin North Am* 1970; 5: 431-41.
- Brougère G. *Brinquedo e cultura*. São Paulo: Cortez; 1995.
- Buffa MJMB. *Relatório de atividades desenvolvidas pelo Serviço de Educação e Recreação – 89/90*. Bauru: Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, Universidade de São Paulo; 1990.
- Capelloza Filho L, Alvares ALG, Rossato C, Vale DMV, Janson GRP, Beltrami LER. Conceitos vigentes na etiologia das fissuras lábio-palatinas. *Rev Bras Cir* 1988; 78: 233-40.
- Capelloza Filho L, Silva Filho OG. Fissuras lábio-palatais. In: Petrelli E, coordenador *Ortodontia para fonoaudiologia*. Curitiba: Lovise; 1992. p.195-239.

Castro AS, Ribeiro CA, Silva CV. Sentimentos e reações emocionais manifestas por crianças de 03 a 06 anos de idade, no pré-operatório imediato de postectomia, durante uma sessão de brinquedo terapêutico. *Acta Paul Enf* 2000; 13: 182-5.

Ceccim RB, Carvalho PRA. Organizadores. *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre: Editora UFRGS; 1997.

Comitê para democratização da Informática do Paraná. Direitos da Criança e do Adolescente hospitalizados (Resolução Conanda nº 41 de 17 de outubro de 1995). [online]; [consultado em 6 jun 2007]; [30 telas]. Disponível: URL: <http://www.unioeste.br/huop/artigoseic/Projeto%20EIC%20Hospitais.pdf>

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 324 de 25 de abril de 2007. Dispõe sobre a atuação do terapeuta ocupacional na brinquedoteca e outros serviços inerentes, e o uso de recursos terapêuticos-ocupacionais do brincar e do brinquedo e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 14 mai 2007 [online] [consultado em 24 ago 2007]; [5 telas]. Disponível: URL: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.maio.07/iels93/U_RS-COFFITO-324_250407.pdf

Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos: resolução 196/96 [online] [consultado em 16 jan 2007]; [23 telas]. Disponível: URL: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>

Cunha NHS. *Brincar, pensar e conhecer: brinquedos jogos e atividades*. 3a. ed. São Paulo: Tempo; 1999.

Cunha, NHS. Brinquedoteca: definição, histórico no Brasil e no mundo. In: Friedmann A, Michelet A, Aflalo C, Andrade CMRJ, Garon D, Bomtempo E, et al. *O direito de brincar: a brinquedoteca*. São Paulo: Scritta; 1992. p. 35-48

- De Carlo MMRP, Bartalotti CC, Palm RDCM. A terapia ocupacional em reabilitação física e contextos hospitalares: fundamentos para a prática. In: De Carlo MMRP, Luzo MCM, organizadores. *Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares*. São Paulo: Roca; 2004. p.3-28.
- Demartini ZBF. Histórias de vida na abordagem de problemas educacionais. In: Simson OMV. *Experimentos com histórias de vida*. Itália-Brasil. São Paulo: Vértice; 1988. p.44-105.
- Domingos NAM. *Preparo para cirurgia: teste de programas psicológicos na redução de ansiedade de crianças e mães* [dissertação]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 1993.
- Duarte ERM, Müller AM, Bruno SMA, Duarte ALS. A utilização do brinquedo na sala de aula de recuperação: um recurso a mais para assistência de enfermagem à criança. *Rev Bras Enf* 1987; 40: 74-81.
- Fellini F. Fellini por Fellini. Porto Alegre: L&PM; 1974.
- Forani YMD. Exclusão e programas sócio-educativos. In: Anais do I congresso internacional de pedagogia social [online]; 2006; Brasil. 2006 [consultado em 20 ago 2007]; [22telas]. Disponível: URL: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000092006000100052&lng=pt&nrm=iso
- Frase FC. The genetics of cleft lip and palate. *AM J Hum Genet* 1970; 22:336-52.
- Friedmann A. A criança na brinquedoteca In: Friedmann A, Michelet A, Aflalo C, Andrade CMRJ, Garon D, Bomtempo E, et al. *O direito de brincar: a brinquedoteca*. São Paulo; 1992. p. 65-73.
- Friedmann A, Michelet A, Aflalo C, Andrade CMRJ, Garon D, Bomtempo E et al. *O direito de brincar: a brinquedoteca*. 4a. ed. São Paulo: Edições Sociais; 1998.

- Furtado MCC, Lima RAG. Brincar no hospital: subsídios para o cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enf USP* 1999; 33: 364-69.
- Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3a. ed. São Paulo: Atlas; 1991.
- Gottfried AW, Brown CC. *Play interactions: the contribution of play materials and parental involvement in children's development*. Massachusetts: Lexington Books; 1986.
- Greene JC. Epidemiologic research: 1964-1967. *J Am Dent Assoc* 1968; 76:1350-6
- Greene JC, Vermillion JR, Hays S, Gibbens SF, Kerschbaum S. Epidemiologic study of cleft lip and palate in four states. *J Am Dent Assoc* 1964; 68: 387- 404.
- Guarita RV, Sponton MHC, Teixeira SAS. O projeto arte despertar. *Integração*. 2000; 12: 20-2.
- Guimarães SS. A hospitalização na infância. *Psicol Teor Pesqui* 1988; 4: 102-12.
- Hirschheimer MR, Heberman JI, Tobias MM, Rizo LR. O trabalho da terapia ocupacional na pediatria. *Rev Paul Pediat*. 2001; 19: 187-94.
- Horta ALM. Influência do tipo de abordagem para injeções intramusculares nas reações de pré-escolares. *Rev Esc Enf USP* 1989; 23: 49-63.
- Huerta EPN. *A experiência de acompanhar o filho hospitalizado: sentimentos, necessidades e expectativas manifestadas por mães acompanhantes*. [dissertação]. São Paulo: Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo; 1984.
- Huerta EPN. Preparo da criança e família para procedimentos cirúrgicos: intervenção da enfermagem. *Rev Esc Enf USP* 1996; 30:340-53.

- Junqueira MFPS. O brincar e o desenvolvimento infantil. *Pediatr Mod* 1999; 35:988-90.
- Knox S. Desenvolvimento e uso corrente da escala lúdica pré-escolar de Knox. In: Parham DL, Fazio LS, editoras. *A recreação na terapia ocupacional pediátrica*. São Paulo: Editora Santos; 2000. p 35-51.
- Kudo AM, Pierri AS. A terapia ocupacional com crianças hospitalizadas. In: Kudo AM, Marcondes E, Lins MLF, Moriyama LT, Guimarães MLLG, Juliani RCTP, et al, coordenadores. *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria*. São Paulo: Savier, 1990 p. 232-45, (Monografias Médicas, Pediatria, 32).
- Lajolo M, Zilberman R. *Literatura infantil brasileira: história e histórias*. São Paulo: Ática; 1984.
- Leenhardt DTP. *A criança e a expressão dramática*. 2a. ed. Lisboa: Estampa; 1973.
- Liberman F. Trabalho corporal, música, teatro e dança em terapia ocupacional: clínica e formação. [online] [Consultado em 28 out 2006]; [10 telas]. Disponível: URL: <http://www.casadato.com.br/Noticia.asp?ID=227>
- Lima RAG, Rocha SMM, Scochi CGS. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. *Rev Latinoam Enf* 1999; 7:33 -9.
- Lindquist I. Brincar no hospital. In: Friedmann A, Michelet A, Aflalo C, Andrade CMRJ, Garon D, Bomtempo E, et al. *O direito de brincar: a brinquedoteca*. São Paulo: 1992. p.123-33.
- Lingerman HA. *As energias curativas da música*. São Paulo: Cultrinx; 1993.
- Lopes MG. *Jogos na educação: confecção, modelos, objetivos, regras*. São Paulo: Hemus; 1996.

- Lüdke M, André MED. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU; 1986.
- Machado MM. *O brinquedo: sucata e a criança, a importância do brincar, atividades e materiais*. 2a. ed. São Paulo: Loyola; 1995
- Martins MR, Ribeiro CA, Borba RIH, Silva CV. Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa com utilização do brinquedo terapêutico. *Rev Latinoam Enf* 2001; 9: 76 – 85.
- Masetti M. *Soluções de palhaços: transformações na realidade hospitalar*. 2a. ed. São Paulo: Palas Athena; 1998.
- Mello CO, Goulart CMT, Ew RA, Moreira AM, Sperd TM. Brincar no hospital: assunto para discutir e praticar. *Psicol Teor Pesqui* 1999; 15: 65-74.
- Mendes MG. *A dança*. 2a. ed. São Paulo: Claro; 1988.
- Mezzomo A. A humanização da assistência hospitalar [online] 15 mai 2003 [consultado em 20 out 2005]; [4 telas]. Disponível: URL: <http://www.saudebusinessweb.com.br/imprime.vxlpub?id=40386>
- Mitre RMA, Gomes R. A promoção do brincar no contexto de hospitalização infantil como ação de saúde. *Cienc Saúde Colet* 2004; 9:147-54.
- Mitre, RMA. O terapeuta ocupacional nas enfermarias pediátricas, In: *Anais V Congresso Brasileiro de terapia Ocupacional IV Simpósio Latino Americano de Terapia Ocupacional*; 1997 28-31 out; Belo Horizonte, Brasil. Belo Horizonte: [sn]; 1997. p. 49-51.
- Modolin MLA, Cerqueira EMM. Etiopatogenia. In: Altmann EBC, organizadora, *Fissuras labiopalatinas*. 4a. ed. Carapicuíba: Pró-Fono; 1997. p. 25-30.

- Moreno RLR, Diniz RLP, Magalhães EQ, Souza SMPO, Silva MSA. Contar histórias para crianças hospitalizadas: relato de uma estratégia de humanização, *Pediatria* 2003; 25: 164-9.
- Novaes IC. *Brincando de roda*. Rio de Janeiro: Agir, 1983.
- Oaklander V. *Descobrimo crianças: a abordagem gestáltica com crianças e adolescentes*. 3a .ed. São Paulo:Summus; 1978.
- Oliveira BA. *A importância da mediação de leitura para pacientes em um hospital especializado* [monografia]. Bauru: Instituto de Ensino Superior de Bauru; 2006.
- Oliveira HP, Cariola TC, Pimentel MCM. A ansiedade infantil depois do preparo pré-operatório verbal e lúdico. *Ped moder* 2001; 37: 130-36.
- Pain S, Jarreau G. *Teoria e técnicas da arte-terapia: a compreensão do sujeito*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
- Penteado RZ, Seabra MN, Bicudo-Pereira, IMT. Ações educativas em saúde da criança: o brincar enquanto recurso para participação da família. *Rev Bras. Crescimento desenvolv Hum* 1996; 6: 49-56.
- Pereira ACMM, Mota SAS. Análise da influência do estigma físico nas relações interpessoais em indivíduos com malformações craniofaciais: fissura lábio-palatina. *Mimeses* 1997; 18:143-54.
- Pinheiro MCD, Lopes GT. A Influência do brinquedo na humanização da assistência de enfermagem à criança hospitalizada. *Rev Bras Enf* 1993; 46:117-31.
- Política de humanização [online] [consultado em 23 mai 2007]; [2 Telas]. Disponível:URL: http://www.pequenoprincipe.org.br/pagina.php?id_pagina=60

Projeto biblioteca viva [online] [consultado em 22 ago 2007]; [2 telas]. Disponível:
URL: http://www.iff.fiocruz.br/textos/prog_bibiviva.htm

Recreação e Educação: uma seção diferente. *Notícias do Centrinho*, Bauru jul/ago 1988; 1:2.

Ribeiro CA. O brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: significado da experiência para o aluno de graduação em enfermagem. *Rev Esc Enf* 1998; 32: 73-9.

Ribeiro CA. *O efeito da utilização do brinquedo terapêutico, pela enfermeira pediatra, sobre o comportamento de crianças recém-hospitalizadas* [mestrado] São Paulo: Universidade de São Paulo; 1986.

Ribeiro, C.A. O efeito da utilização do brinquedo terapêutico, pela enfermeira pediatra, sobre o comportamento de crianças recém-hospitalizadas. *Rev Esc Enf USP*, 1991; 5: 41-60.

Richardson RJ, Peres JAS, Correia LM. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas; 1985.

Romano BW organizador. *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Pioneira; 1994.

Saboya B. No universo da criança, brincar é ir em frente. *O Globo*, Rio de Janeiro, 6 out. Jornal da família; 1985, p.1.

Santini RCG. *Dimensões do lazer e da recreação*. São Paulo: Angelotti 1993.

Santos SMP, organizador. *O lúdico na formação do educador*. Petrópolis: Vozes; 1997.

São Paulo (Estado). Governo do estado de São Paulo. *Direitos do paciente*. São Paulo: Governo do estado de São Paulo; [1995] p. 12.

São Paulo [Estado] Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999. Projeto de lei nº 546/97, do deputado Roberto Gouveia – PT. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. [online] [consultado em 22 ago 2007]; [7 telas]. Disponível URL: <http://www.sjc.sp.gov.br/sms/downloads/LE10241.pdf>

Silva Filho OG, Ferrari Junior FM, Rocha DL, Freitas JAS. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestões de modificação. *Rev Bras Cir* 1992; 82:59-65.

Silva Filho OG, Freitas JAS, Okada T. Fissuras labiopalatais: diagnóstico e uma filosofia interdisciplinar de tratamento In: Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Editora Santos; 2000. p. 481-527.

Siqueira LS, Sigaud CHS, Rezende MA. Fatores que apóiam e não apóiam permanência de mães acompanhantes em unidade de pediatria hospitalar. *Rev Esc Enf USP* 2002; 36:270-5.

Soares MRZ, Zamberlan MAT. A inclusão do brincar na hospitalização infantil. *Estud Psicol* 2001; 18:64-9.

Souza Freitas JA. *Centro de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais*. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 1974.

Spina V, Psilakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras lábio-palatais: sugestão de modificação. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo* 1972; 27:5-6.

Takatori M. *O brincar no cotidiano da criança com deficiência física: reflexões sobre a clínica de terapia ocupacional*. São Paulo: Atheneu; 2003.

Tavano LD. *Avaliação do desempenho psicossocial de pacientes portadores de fissura lábio-palatina submetidos a tratamento multidisciplinar no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais-USP* [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade São Paulo; 2000.

Universidade de São Paulo. Coordenadoria de Administração geral. *Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais: estrutura organizacional*. São Paulo: Coordenadoria de Administração Geral, Universidade de São Paulo; 2005 [Processo nº 2005.1.1139.61.0 de 8 nov 2005].

Universidade de São Paulo. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. *Etapas e condutas terapêuticas-HRAC/USP e FUNCRAF: fissuras labiopalatais, anomalias craniofaciais, deficiências auditivas, síndromes*. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2001.

Universidade de São Paulo [Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais] *Parceria Centrinho/USP & Fundo Social de Solidariedade/SP*. Bauru: [Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais], Universidade de São Paulo; [2002].

Whaley LF, Wong DL. *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. Rio de Janeiro: Guanabara; 1989.

Winnicott DW. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes; 1994.

Zampronha MLS. *Da música como recurso terapêutico*. Rio de Janeiro: UNESP; 1985.

Anexos

Anexo 1 – Resolução nº 324, de 25 de Abril de 2007, atuação do Terapeuta Ocupacional na brinquedoteca.

Diário Oficial

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
BRASÍLIA -DF**

Imprensa Nacional

nº 91 – DOU de 14/05/07

**CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
RESOLUÇÃO Nº 324, DE 25 DE ABRIL DE 2007**

Dispõe sobre a atuação do Terapeuta Ocupacional na brinquedoteca e outros serviços inerentes, e o uso dos Recursos Terapêutico-Ocupacionais do brincar e do brinquedo e dá outras providências.

O PLENÁRIO DO CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, no uso das atribuições conferidas pelo inciso II do artigo 5º da Lei n.º 6.316, de 17 de setembro de 1975, em sua 160ª Reunião Ordinária, realizada no dia 25 de abril de 2007, na Sede do COFFITO, situada na SRTVS - Quadra 701 - conj. L - Ed. Assis Chateaubriand, Bl. II, Sala 602/614 - Brasília - DF, deliberou:

Considerando que a Terapia Ocupacional é uma profissão de nível superior reconhecida e regulamentada pelo Decreto-Lei nº 938/69, Resoluções COFFITO nº 08/1978, 10/1978, 81/1987 que atribuem competência ao Terapeuta Ocupacional para o diagnóstico do desempenho ocupacional nas áreas das atividades da vida diária, trabalho e produtivas, lazer ou diversão e nos componentes de desempenho sensorio-motor, integração cognitiva e componentes cognitivos, habilidades psicossociais e componentes psicológicos, através da utilização de métodos e técnicas terapêuticas ocupacionais;

Considerando que a atividade de brincar e utilizar o brinquedo são recursos utilizados no processo terapêutico ocupacional e que a intervenção profissional específica estimula o indivíduo na utilização de estratégias para superar demandas do seu cotidiano;

Considerando que as atividades de brincar e de utilizar o brinquedo são áreas de desempenho ocupacional inseparáveis do processo de desenvolvimento e construção da identidade do indivíduo e da criança, nas quais o interesse intrínseco é a participação ativa do indivíduo, da criança, com estímulo à elaboração de capacidades, resoluções de problemas e estabelecimento de novas relações com os objetos, seu corpo, sua história e com a produção de conhecimentos diversos;

Considerando a Lei n.º 11.104/2005, que dispõe sobre a obrigatoriedade de instalações de brinquedotecas nas unidades de saúde com atendimento pediátrico em regime de internação, e a Portaria n.º 2.261/2005-GM/MS que regulamenta as diretrizes de instalação e funcionamento das brinquedotecas;

Considerando que a hospitalização é uma experiência potencialmente traumática que pode causar impacto considerável no cotidiano do indivíduo e da criança e de sua família, promovendo um confronto com situações de dor e procedimentos

invasivos, além de apatia, inatividade, regressão nas aquisições do desenvolvimento infantil, desorganização na realização das tarefas da vida diária, de lazer e escolar e limitações funcionais, e que o objetivo da criação de espaços de brinquedotecas em ambientes especializados, ambulatoriais e hospitalares, é de oferecer à criança e seus acompanhantes meios que possibilitem a continuidade do desenvolvimento infantil, oferecendo um lugar para que a criança, sob orientação, compreenda e possa melhor elaborar a problemática que vivencia;

Considerando que é atribuição do Terapeuta Ocupacional realizar avaliação e intervenção nos efeitos do processo de hospitalização, promovendo estratégias de superação dos problemas com conseqüente adaptação ao espaço hospitalar, através de atividades terapêuticas ocupacionais que favorecem situações prazerosas, criativas, inovadoras e mudanças comportamentais, resolve:

Artigo 1º - É exclusiva competência do Terapeuta Ocupacional, devidamente registrado no CREFITO da jurisdição de sua atuação profissional, desenvolver atividade de brincar e utilizar o brinquedo como recursos terapêutico-ocupacionais na assistência ao ser humano em suas capacidades motoras, mentais, emocionais, percepto-cognitivas, cinético-ocupacionais e sensoriais, em todos os níveis de atenção à saúde.

Artigo 2º - Com vistas a prestar assistência profissional em situação individualizada ou grupal, o Terapeuta Ocupacional desenvolverá atividade de brincar e utilizará o brinquedo como recursos terapêutico-ocupacionais para possibilitar à criança e seus familiares o enfrentamento dos desafios no ambiente demandado, em especial o hospitalar, estimulando os componentes de desempenho ocupacional sensório-motor, integração cognitiva e componentes cognitivos, habilidades psicossociais e componentes psicológicos, nos contextos temporais e ambientais de desempenho ocupacional.

Artigo 3º - A composição da equipe multidisciplinar da brinquedoteca ou de serviços inerentes ao desenvolvimento da atividade de brincar e utilização do brinquedo como instrumentos 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 de atividade de brincar e utilização do brinquedo como recursos terapêutico-ocupacionais na assistência ao ser humano, em brinquedotecas ou outros serviços, estejam sob a coordenação e responsabilidade técnica do Terapeuta Ocupacional.

Artigo 5º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições contrárias.

FRANCISCA RÊGO OLIVEIRA DE ARAÚJO
Diretora-Secretária
JOSÉ EUCLIDES POUBEL E SILVA
Presidente do Conselho

Anexo 2 - Decreto Lei nº 938 – de 13 de Outubro de 1969, a profissão de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

DECRETO LEI N. 938 - DE 13 DE OUTUBRO DE 1969

DOU nº.197 de 14/10/69 - retificado em 16-10-1969Sec. I - Pág. 3.658

Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências

Os Ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica Militar, usando das atribuições que lhes confere o artigo 1º. do Ato Institucional nº. 12, de 31 de agosto de 1969, combinado com o parágrafo 1º. do artigo 2º. do Ato Institucional nº. 5, de 13 de dezembro de 1968, decretam:

Art. 1º. É assegurado o exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, observado o disposto no presente.

Art. 2º. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional, diplomados por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior.

Art. 3º. É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.

Art. 4º. É atividade privativa do terapeuta ocupacional executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacionais, com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente.

Art. 5º. Os profissionais de que tratam os artigos 3º. e 4º. poderão, ainda, no campo de atividades específicas de cada um:

I - dirigir serviços em órgãos e estabelecimentos públicos ou particulares, ou assessorá-los tecnicamente;

II - exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional, de nível superior ou médio;

III - supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos.

Art. 6º. Os profissionais de que trata o presente Decreto-lei, diplomados por escolas estrangeiras devidamente reconhecidas no país de origem, poderão revalidar seus diplomas.

Art. 7º. Os diplomas conferidos pelas escolas ou cursos a que se refere o artigo 2º. deverão ser registrados no órgão competente do Ministério da Educação e Cultura.

Art. 8º. Os portadores de diplomas expedidos até a data da publicação do presente Decreto-Lei, por escolas ou cursos reconhecidos, terão seus direitos assegurados, desde que requeiram, no prazo de 120 (cento e vinte) dias, o respectivo registro, observando-se quando for o caso, o disposto no art. 6º.

Art. 9º. É assegurado, a qualquer entidade pública ou privada que mantenha cursos de fisioterapia ou terapia ocupacional, o direito de requerer seu reconhecimento, dentro do prazo de 120 (cento e vinte) dias, a partir da data da publicação do presente Decreto-lei.

Art. 10. Todos aqueles que, até a data da publicação do presente Decreto-lei, exerçam sem habilitação profissional, em serviço público, atividades de que cogita o artigo 1º. serão mantidos nos níveis funcionais que ocupam e poderão ter as denominações de auxiliar-de-fisioterapia e auxiliar de terapia ocupacional, se obtiverem certificado em exame de suficiência.

§ 1º. O disposto no artigo é extensivo, no que couber, aos que, em idênticas condições e sob qualquer vínculo empregatício, exerçam suas atividades em hospitais e clínicas particulares.

§ 2º. A Diretoria do Ensino Superior do Ministério da Educação e cultura promoverá a realização, junto às instituições universitárias competentes, dos exames de suficiência a que se refere este artigo.

Art. 11. Ao órgão competente do Ministério da Saúde caberá fiscalizar, em todo o território nacional, diretamente ou através das repartições sanitárias congêneres dos Estados, Distrito Federal e Territórios, o exercício das profissões de que trata o presente Decreto-lei.

Art. 12. O Grupo da Confederação Nacional das Profissões Liberais, constante do Quadro de Atividades e Profissões, anexo à Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-lei no. 5.452, de 1 de maio de 1943, é acrescido das categorias profissionais de fisioterapeuta, auxiliar de fisioterapia, terapeuta ocupacional e auxiliar de terapia ocupacional.

Art. 13. O presente Decreto-Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília, 13 de outubro de 1969; 148º. da Independência e 81º. da República.

Augusto Homann Rademaker Grünewald
Aurélio de Lyra Tavares
Márcio de Souza e Mello
Tarso Dutra
Leonel Miranda

Anexo 3. Formulário de Entrevista para familiares

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA PARA FAMILIARES

Dados Pessoais

Data: ____/____/____

Nome do paciente: _____ RG: _____

Responsável: _____

Grau de parentesco: _____

Procedência: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Data da internação: ____/____/____

Classificação da fissura: _____

Pré-operatório:

1) Número de vezes que internou no Centrinho (HRAC/USP):

- ☐ uma vez
- ☐ duas vezes
- ☐ três vezes ou mais.

2) No que se refere ao Serviço de Educação e Terapia Ocupacional (SETO):

- ☐ Já conhecia
- ☐ Já ouviu falar, mas não conhecia
- ☐ Não conhecia

3) No período pré-operatório como você prefere ficar com a criança:

- ☐ Desenvolvendo algum tipo de atividade recreativa com a criança no SETO.
- ☐ Aguardando no quarto com a criança sem desenvolver atividades.
- ☐ O local não faz diferença

continua

continuação

4) Como você está se sentindo neste período em que a criança vai para a cirurgia

Seu coração está batendo mais depressa () sim () não

Sua respiração está mais acelerada () sim ()

não

Seu corpo está suando mais que o normal () sim () não

Suas mãos estão mais frias () sim () não

Está com dores no corpo ou em uma região do corpo () sim () não

Está com tremedeira () sim () não

Está mais agitado e ansioso () sim () não

Está com vontade de desistir da cirurgia () sim () não

Está com vontade de chorar () sim () não

Está com Medo da anestesia () sim () não

Está com Medo de alguma coisa que não sabe o que é () sim () não

Está sentindo solidão () sim () não

Está com saudade de alguém () sim () não

Está tranquilo () sim () não

Está seguro () sim () não

Está satisfeito () sim () não

Está feliz () sim () não

5) Quais as atividades que você participou junto com a criança no SETO antes da cirurgia:

() Brinquedoteca (brinquedos e jogos)

() Brinquedoteca Artesanal (desenho, recorte e colagem ou outras atividades de plástica)

() Expressão Dramática (teatro no palco ou de fantoches)

() Dinâmicas de grupo

() Expressão Corporal (dança, show)

() Biblioteca Viva

() Nenhuma atividade

continua

continuação

6) Quanto a sua participação nas atividades, responda:

- ☐ Sentiu que melhora o estado emocional da criança quando você participa junto.
- ☐ Não sentiu diferença nenhuma
- ☐ Não observou

7) O que você achou das atividades do Serviço de Educação e Terapia Ocupacional no período pré-operatório da criança:

- ☐ Importante
- ☐ Tanto faz
- ☐ Não é importante

Por quê? _____

8) O que você observou na criança quando ela aguarda a cirurgia no Serviço de Educação e Terapia Ocupacional: no que se refere às atividades expressivas e recreativas:

- ☐ Deixam ela mais calma
- ☐ deixam ela mais agitada
- ☐ Não faz diferença

9) Quanto à participação nas atividades expressivas e recreativas:

- ☐ Prefere participar junto com a criança
- ☐ Prefere ficar sem participar das atividades, somente observando a criança
- ☐ Não faz diferença

10) Pelo fato da criança ter nascido com fissura labiopalatina, o que é mais fácil, ou mais difícil, para ela, na sua visão:

- ☐ Participar de atividades no hospital é mais fácil do que na escola ou na comunidade
- ☐ Participar de atividades na escola e comunidade é mais fácil do que no hospital

continua

continuação

- ☐ Tem dificuldades de participar de atividades em todos os lugares
- ☐ Tem facilidade de participar em todos os lugares
- ☐ Participar de atividades na escola é mais difícil
- ☐ Participar de atividades na comunidade é mais difícil

Pós-operatório (alta hospitalar):

Data: ____/____/____

1) Qual o tipo de atividade que a criança mais gostou:

- ☐ Expressão Dramática (teatro)
- ☐ Expressão Corporal e musical (música e dança)
- ☐ Expressão Plástica (Brinquedoteca artesanal)
- ☐ Dinâmicas de grupo
- ☐ Brinquedoteca (brinquedos, jogos e brincadeiras)
- ☐ Biblioteca Viva
- ☐ De nenhuma atividade
- ☐ De todas as atividades

2) Das atividades que a criança participou:

- ☐ Aprendeu a fazer alguma coisa
- ☐ Não aprendeu nada
- ☐ Aprendeu e ensinou alguma coisa
- ☐ Não ensinou e não aprendeu nada.

3) Como você vê a participação da criança nas atividades de Expressão Corporal, Musical e Dramática.

- ☐ Participa
- ☐ Não participa

continua

continuação

4) De alguma forma, você acha que as atividades expressivas e recreativas contribuíram para uma recuperação cirúrgica mais rápida da criança ?

() sim

() não

No caso afirmativo, cite até três situações positivas que aconteceram com a criança dentro do Serviço de Educação e Terapia Ocupacional:

5) Quanto às atividades expressivas e recreativas:

() Gostaria que estivesse presente em todos os atendimentos pelo qual a criança passa.

() Não acha necessário

6) Quanto ao relacionamento interpessoal:

() Conheceu e brincou com outras crianças nas atividades

() Não conheceu ninguém

() Somente conheceu, mas não brincou com outras crianças

7) Você acha que as atividades expressivas e recreativas amenizam os efeitos negativos advindos da hospitalização?

() Sim

() Não

() Não faz diferença

continua

continuação

8) Você acha que as atividades pela qual a criança participou no Serviço de Educação e Terapia Ocupacional contribuíram de alguma forma para o crescimento e desenvolvimento dela?

() Sim

() Não

() Não fez diferença

9) Quantos dias a criança ficou internada aqui no Hospital?

10) Quantos dias a criança foi ao Serviço de Educação e Terapia Ocupacional durante esta internação?

Anexo 4. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Projeto de Pesquisa denominado: “A influência das atividades expressivas e recreativas em crianças hospitalizadas com fissura labiopalatina: a visão dos familiares”.

Ofício nº 308/2005-UEP-CEP

Bauru, 01 de dezembro de 2005.

Prezado(a) Senhor(a)

O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado “*A influência das atividades recreativas e expressivas em crianças hospitalizadas com fissura de lábio e/ou palato: na visão dos familiares*”, de autoria de **MÁRCIA CRISTINA ALMENDROS FERNANDES MORAES** desenvolvido sob sua orientação, foi enviado ao relator para avaliação.

O parecer do relator, **aprovando o projeto**, foi aceito pelo Comitê, considerando que não existem infrações éticas pendentes para início da pesquisa. Solicitamos a V.Sª a gentileza de comunicar o parecer à pesquisadora.

A pesquisadora fica responsável pela entrega na Unidade de Ensino e Pesquisa dos relatórios semestrais, bem como comunicar ao CEP todas as alterações que possam ocorrer no projeto.

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará o parecer final para publicação.

Atenciosamente

PROF. DR. ROBERTO LOUREIRO MARINGONI

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do HRAC-USP

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas

DD. Superintendente do HRAC/USP

Superintendência – HRAC/USP

Anexo 5. Aprovação pela banca examinadora da Pré-qualificação.

24/março/2006
Of.PG-101/2006

Ilma. Sra.
Márcia Cristina Almendros Fernandes Moraes
HRAC-USP
Bauru – SP

Senhora,

Informamos que, segundo relatório apresentado pela banca examinadora da Pré-
Qualificação realizada por V.Sa. em 15/3/2006, o resultado do seu exame foi:
“APROVADO”.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Inge Elly Kiemle Trindade
Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP

rua Silvio Marchione, 3-20 Bauru SP Brasil
caixa postal 620 cep 17012-230
tel.: (14) 3235 8434 fax: (14) 3224 1590
e-mail: secpg@centrinho.usp.br

Anexo 6. Aprovação da alteração do título do projeto de pesquisa.

Ofício nº 382/2006-SVAPEPE-CEP

Bauru, 05 de dezembro de 2006.

Prezado(a) Senhor(a)

O projeto de pesquisa intitulado “*A influência das atividades recreativas e expressivas em crianças hospitalizadas com fissura de lábio e/ou palato: na visão dos familiares.*”, de autoria de V.S^a, foi aprovado pelo CEP em 30 de novembro de 2005. Em reunião realizada em 29/11/2006 a solicitação de alteração do título para “*A influência das atividades expressivas e recreativas em crianças hospitalizadas com fissura labiopalatina: a visão dos familiares.*”, foi **aprovada**.

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará um parecer final que poderá ser utilizado para publicação.

Atenciosamente

PROFA. DRA. IZABEL MARIA MARCHI DE CARVALHO

Vice-Coordenadora, em exercício, do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP

Ilmo(a) Sr(a) :

Márcia Cristina Almendros Fernandes Moraes

Recreação – HRAC/USP

Rua Sílvio Marchione, 3-20 Bauru SP Brasil
Caixa Postal 1501 CEP 17.012-900
Tel. 55 14 3235 8421 Fax: 55 14 3234 7818
E-mail: anag@usp.br

Anexo 7. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, responsável pelo paciente _____, após leitura minuciosa da **CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA**, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa: **A influência das atividades expressivas e recreativas em crianças hospitalizadas com fissura labiopalatina: a visão dos familiares**, realizada por: Márcia Cristina Almendros Fernandes Moraes nº do Conselho: 7448-TO, sob orientação do Dr: José Alberto de Souza Freitas, nº do Conselho: CROSP –2.021.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 7º do Código de Ética Fisioterapia e Terapia Ocupacional VIII - manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional e exigir o mesmo comportamento do pessoal sob sua direção).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Nome do Pesquisador Responsável: Márcia Cristina Almendros Fernandes Moraes

Endereço do Pesquisador Responsável (Rua, Nº): Rua Clóvis Barreto Melchert, 6-61

Cidade: Bauru Estado: SP CEP: 17017-380

Telefone: 32348507 E-mail: malmendros@centrinho.usp.br

Endereço Institucional (Rua, Nº): Silvio Marchione, 3-20

Cidade: Bauru Estado: SP CEP: 17120-900

Telefone: 32358000 Ramal: 8197

Anexo 8. Carta de informações ao sujeito da Pesquisa.

CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA

Considerando que na literatura são escassas as pesquisas que falam da importância das atividades expressivas e recreativas com crianças que apresentam fissura labiopalatina. O presente estudo tem por objetivo verificar: a influência das atividades expressivas e recreativas em crianças hospitalizadas com fissura labiopalatina e se colaboram com as reais necessidades da criança.

Os familiares serão convidados a participar de uma entrevista individual. Isto será feito em dois momentos: parte da entrevista será realizada no pré-operatório e o restante será no dia da alta hospitalar.

Esta pesquisa não acarretará nenhum ônus ou risco para os envolvidos. Tendo estes a liberdade de deixar de participar dela a qualquer momento, sem prejuízo na continuidade do seu tratamento na Instituição.

Os dados coletados serão mantidos em caráter confidencial bem como as informações adicionais poderão ser esclarecidas a qualquer momento.

Caso o sujeito da pesquisa queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do HRAC-USP, pelo endereço Rua Sílvio Marchione, 3-20 na Unidade de Ensino e Pesquisa ou pelo telefone (14) 3235-8421.

Bauru, _____.

Nome do sujeito ou responsável: _____

Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Nome do pesquisador responsável: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Anexo 9. Aprovação da banca examinadora da qualificação.

11/abril/2007
Of.PG-113/2007

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas
HRAC-USP
Bauru – SP

Senhor,

Comunicamos que a aluna de Mestrado Marcia Cristina Almendros Fernandes Moraes, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, área de concentração: Distúrbios da Comunicação Humana, sob sua orientação, foi aprovada no Exame Geral de Qualificação, conforme pareceres da banca examinadora em anexo.

Considerando que a aluna já integralizou os créditos exigidos, informamos que está apta para a defesa da dissertação.

A partir desta data, a aluna poderá depositar sua dissertação, na Seção de Pós-Graduação, mediante aprovação do orientador, que poderá sugerir nomes para a composição da comissão julgadora, os quais serão submetidos à CPG.

Informações adicionais deverão ser obtidas junto à Seção de Pós-Graduação.

Atenciosamente

Profa. Dra. Inge Elly Kiemle Trindade
Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP