

CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DE CHAPECO - CESC
FACULDADE EMPRESARIAL DE CHAPECÓ
CELEBR FACULDADES
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

**ATIVIDADE FÍSICA E A RECUPERAÇÃO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA
A PARTIR DE UMA INTERVENÇÃO LÚDICA E EDUCATIVA**

Ana Paula Aires da Silva Innocente

Chapecó-SC , outubro de 2009

ANA PAULA AIRES DA SILVA INNOCENTE

**Atividade Física e a Recuperação da Criança Hospitalizada a Partir de Uma
Intervenção Lúdica e Educativa**

Monografia entregue ao curso de
Pós-Graduação em Educação-
Educação Física Sob orientação da
Professora Kátia Aparecida
Gallassini.

Chapecó-SC, outubro de 2009

agradecimentos

A todas as pessoas, que estiveram presentes nos momentos de maior dúvida, questionamentos, inquietude e indecisão, e souberam da melhor forma possível, transmitir conforto, aconselhar, instigar e permanecer ao meu lado.

Agradeço a generosidade, carinho, sabedoria e atenção que me foi confiada :

Deus, família, orientadora e amigos.

A CRIANÇA HOSPITALIZADA A ATIVIDADE FÍSICA: POSSIBILIDADES E LIMITES A PARTIR DE UMA INTERVENÇÃO LÚDICA E EDUCATIVA

Resumo

O tempo/espaço da hospitalização infantil tem sido objeto de estudo de diferentes áreas. Neste contexto, a atuação profissional de nossa área, tem se caracterizado, principalmente, a partir da proposição e implementação de atividades recreativas. Neste sentido, o presente trabalho esteve direcionado à promoção de uma intervenção lúdica e educativa através da inserção da atividade física, que buscou investigar quais as possíveis atividades físicas de serem vivenciadas por crianças em situação de hospitalização em setor de pediatria e quais as incidências das mesmas sobre sua recuperação, a partir de uma intervenção educativa e lúdica. Como objetivos específicos estipulou-se: Identificar possíveis vivências de atividades físicas compatíveis com crianças em situação de hospitalização; Identificar o nível de satisfação das crianças em relação as atividades vivenciadas; Investigar materiais e implementos apropriados para a implementação de atividades físicas em situação de hospitalização; Investigar o nível de incidência das atividades físicas sobre o processo de recuperação. Para o desenvolvimento do processo investigativo, tomaram-se como referência os princípios metodológicos que orientam a pesquisa qualitativa. As respostas à problemática foram obtidas através do registro da observação em diário de campo com participação de cento e sete crianças com idade entre dois a doze anos, e através de entrevista semi-estruturada. Os dados foram coletados e analisados por meio do registro realizado em diário de campo. A partir então da realidade vivenciada com crianças em situação de hospitalização no setor de pediatria, no qual apresentaram diferentes possibilidades e indicativos a serem explorados em relação ao processo de recuperação das mesmas, qualificando nossa própria atuação e nos possibilitando um maior aprofundamento no âmbito do conhecimento científico neste campo, bem como de socializar possíveis apontamentos com quem transita no respectivo contexto, constatou-se, que o movimento humano através de diversos materiais e atividades adequadas aos sujeitos, respeitando suas limitações e impossibilidades, é o mecanismo necessário para uma melhor manutenção da qualidade de vida e de bem-estar em geral de crianças hospitalizadas, por proporcionar momentos de descontração e aproximação ao contexto familiar, instigando-os a manterem-se mais ativos por muito mais tempo, podendo sentir-se melhor em relação à patologia apresentada clinicamente.

Palavras-chave: Atividade Física; Educação; Hospitalização.

ABSTRACT

HOSPITALIZED CHILD, PHYSICAL ACTIVITY: POSSIBILITIES AND LIMITS BY A PLAYFUL AND EDUCATIONAL INTERVENTION

Infant length of stay in hospital has been object of study in different fields. In this context, professional intervention in our field has been marked mainly by proposing and implementing recreational activities. Therefore, this work seeks to promote a playful and educational intervention through physical activity as well as to find out which activities can be used with children in a pediatric ward and their outcome on children's recovery. As specific goals it was set: Identify possible physical activities to be used with hospitalized children; Identify children's satisfaction regarding the activities; Search for proper equipment to implement physical activities in a hospital; Find out how these physical activities influence on children's recovery. Methodological principles were considered as reference for qualitative research. One hundred and seven children aged between two and twelve years old were observed and data were collected through a semi structured interview both registered in a field diary. In this experience with hospitalized children in a pediatric ward, different possibilities to be explored regarding their recovery process were found out, this way empowering our intervention and making it possible to deepen scientific knowledge in this field, as well as sharing notes with the ones involved in this context. It was ascertained that movement through equipment and activities which are appropriate to the subjects and respecting their limitations is the necessary mechanism for a better maintenance of life quality and well being for hospitalized children mainly for offering relaxing moments and nearness of familiar context, helping them to keep active for longer this way feeling better in relation to the pathology presented.

Key words: physical activity, education, hospitalization.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 1 |
| 1. A IMPORTÂNCIA DO LÚDICO NA HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL | 1 |
| 2. O CONTEXTO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA..... | 5 |
| 2.1 A HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL | 6 |
| 2.2 CARACTERIZAÇÃO DE CRIANÇAS DE 0 A 12 ANOS | 7 |
| A CRIANÇA EM DESENVOLVIMENTO..... | 7 |
| FASES DE DESENVOLVIMENTO E AS ATIVIDADES DA CRIANÇA..... | 11 |
| 3. REPRESENTAÇÕES DO BRINCAR E DA ATIVIDADE FÍSICA..... | 16 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 25 |
| REFERÊNCIAS | 28 |

INTRODUÇÃO

1. A IMPORTÂNCIA DO LÚDICO NA HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL

Quais atividades físicas podem ser realizadas com auxílio de brinquedos alternativos para observar e obter melhores resultados no estado clínico de crianças hospitalizadas?

No mundo globalizado do qual fazemos parte, a conjuntura econômica atual exclui grande parcela da população de uma vida mais qualificada, de outro lado, a desenfreada correria do dia-a-dia em busca de uma realização profissional resulta, muitas vezes, em desordem familiar, desequilíbrio e falta de atenção por parte de pais para com seus filhos.

Este processo coloca, especialmente, a criança em situação de risco, em decorrência de má alimentação, condições de saneamento básico inadequadas, processo educacional formal comprometido e violência de todos os gêneros. Também a crescente urbanização de nossas sociedades tem provocado espaços cada vez mais restritos e, juntamente, com o avanço tecnológico, tem aumentado, consideravelmente, a inatividade. Conjunto de fatores que favorecem o surgimento de doenças crônicas e degenerativas que, em muitos casos, exigem a hospitalização da criança, como parte integrante de um processo de cura que é bem mais amplo e complexo que a própria internação.

O convívio com esta parcela da população, ou seja, crianças em situação de hospitalização, foi por nós vivenciado durante um ano inteiro, por intermédio de projeto extensionista. Esta realidade nos revelou um quadro bastante complexo. O ambiente hospitalar é percebido e considerado como ambiente impessoal, no qual o paciente perde sua característica de sujeito corpóreo e desejante, assumindo características e denominações provenientes de prontuários médicos, ou seja, paciente do braço quebrado, do quarto X, com determinado grau de gravidade, logo, com determinados protocolos voltados à cura.

O corpo doente passa a ser tratado de forma fragmentada, uma engrenagem, e a doença como um desajuste mecânico, tornando o indivíduo um ser “divisível na medida em que a intimidade de seu organismo é exposta dia e noite” (Santanna, 2001, P.32). Corpos são agora tratados em pedaços, desligados e retirados de seu contexto social, passando a enfrentar uma realidade contraditória e conturbada, que muitas vezes os trata como simples objetos, desprovido de emoções e sentimentos e, que incondicionalmente, necessitam de procedimentos invasivos para que a cura ocorra.

Também observamos que há uma representação por parte da grande maioria que compõe o tecido social de um hospital, de que lá é o lugar do silêncio, da ausência de cores, da inatividade. Quadro que é mais ou menos comprometedor, de acordo com a política de cada instituição.

No setor de pediatria no qual atuamos, o colorido já começa a fazer parte do dia a dia das crianças, a partir de pinturas temáticas nas paredes do corredor; o silêncio é quebrado, não mais somente pelo choro, mas por crianças que se divertem em minúscula sala de recreação, agora denominada de brinquetoteca.

É neste espaço/tempo que desenvolvemos nosso projeto, e percebemos que há muita coisa a ser explorada e, em especial, pelo profissional de nossa área – Educação Física, entre elas, a possibilidade de movimentar-se, dentro das possibilidades permitidas para cada criança. Há várias crianças nesta situação, a partir das limitações e possibilidades decorrentes de seu estado de saúde, ou seja, é possível um estar mais ativo. Embora o período de permanência das crianças no hospital seja em média de 07 a

08 dias, há também aquelas, que por diferentes razões, lá permanecem internadas entre 20 a 30 dias, período longo que gera estresse, impaciência e irritabilidade.

No contexto da criança hospitalizada vários são os fatores que podem influenciar negativamente no processo de sua recuperação como a distância da vida cotidiana, que implica na ausência dos amigos, da escola, da família, do não ter com o que ocupar seu tempo de hospitalização. Assim, a atividade física realizada a partir da realidade cultural, tendo como eixo organizador a ludicidade, foi identificada por nós, como possibilidade de tornar o dia-a-dia mais alegre, construindo outros sentidos e significados à hospitalização, contribuindo com uma nova forma de ser e estar hospitalizado. Apesar das atividades propostas não apresentarem como objetivo um melhor condicionamento físico, mas condições mais subjetivas como a melhora de relacionamentos, diminuição da irritabilidade, entre outros, é oportuno lembrar (Nieman 1999, P.151) “o exercício regular melhora o nível geral de aptidão física do indivíduo, melhora o estado psicológico, diminui o risco de doenças crônicas e melhora as funções pulmonar e cardíaca”.

As brinquedotecas têm se configurado como importante elemento na ressignificação da hospitalização infantil, permitindo e facilitando o acesso de crianças ao direito de brincar e se desenvolver. Segundo a resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, no seu item 9, vamos encontrar o reconhecimento do “Direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do curriculum escolar, durante a permanência hospitalar”.

Elas representam importante contribuição para o processo de socialização das crianças, oportunizando a realização de atividades coletivas e individuais, abrindo-lhes oportunidades de conhecer novos aspectos do mundo através da interação entre crianças e adultos. A brinquedoteca pode também, ter efeitos positivos para o processo de aprendizado, através de jogos, brinquedos, brincadeiras e atividades físicas que estimulem o desenvolvimento de atividades básicas e aquisição de novos conhecimentos, e novas formas de sentir, pensar e agir no mundo e com o mundo.

Colocar o brincar como eixo organizador de um ser e estar hospitalizado mais ativo, é importante na medida em que é por intermédio deste, “que de forma múltipla e contraditória, as crianças partilham, conhecem, representam, significam e reinterpretam a realidade (DEBORTOLI, 1999, p.111). E como bem enfatiza Santin (1996, p.32):

Brincar significa fazer o corpo sentir, amar, viver e vibrar; e não leva-lo a executar tarefas (...). O brinquedo transforma o corpo num instrumento musical, a cada estímulo nasce uma sensibilidade, a cada gesto acompanha uma vibração, a cada movimento vive uma emoção, a cada toque brota um sentimento. Brincar é amar e viver a plenitude do corpo em todas as nuances que compõem a melodia da vida.

Assim, a partir do brincar, a atividade física pode desempenhar importante papel na prevenção, conservação e melhoria na capacidade funcional, e por conseguinte, na saúde das crianças. No âmbito hospitalar, a atividade que a criança executa como exercício/atividade física, tendo como eixo organizador da ação a ludicidade, está diretamente relacionada com a afirmação do seu “eu”, e pensando neste sentido é que entendemos a atividade da criança como exercício muito importante em seu processo de desenvolvimento e de aprendizagem. O brincar é um ato indispensável à saúde física, emocional e intelectual do indivíduo, que sempre esteve presente em qualquer povo, desde os mais remotos tempos. Através dele a criança desenvolve a linguagem, o pensamento, a socialização, a auto-estima, consciência corporal e comunicação. Assim, este estudo objetivou investigar que atividades físicas eram possíveis de serem vivenciadas por crianças em situação de hospitalização em setor de pediatria e quais eram as incidências das mesmas sobre a recuperação, a partir de uma intervenção educativa e lúdica. sendo assim, surge algumas questões:

Como a atividade física pode recuperar de forma significativa as crianças em estado de hospitalização?

Realizar atividade física em que se observa uma interação maior entre as crianças;

Qual a importância da atividade física no processo de recuperação de crianças hospitalizadas?

Quais os benefícios oferecidos pela atividade física?

Conhecer os fundamentos e importância da atividade física a partir de livros didáticos.

Conhecer a literatura deste assunto que são publicados em revistas

Identificar as diversas possibilidades de atividade física para auxiliar a recuperação das crianças em estado de hospitalização.

Desenvolver atividades físicas para ressignificar o tempo/espaço;

Analisar, propor, planejar e desenvolver ações que proporcione o aprimoramento da qualidade da atenção do cuidado com crianças enfermas, com necessidades educativas especiais, limitações orgânicas que exigem atenção diferenciada ou crianças vitimizadas pelos atos de violência ou abandono.

Contribuir para o reconhecimento da criança como sujeito de direitos, possibilitando-lhe a elaboração e reelaboração de sua condição.

Investigar inúmeros e diferentes materiais alternativos e específicos para cada caso clínico.

2. O CONTEXTO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

O presente estudo se caracterizou como uma pesquisa intervencionista, de natureza qualitativo, cujo processo investigativo estará sendo permeado pelos princípios da pesquisa-ação.

Nesta perspectiva, “muitas informações sobre a vida dos povos não podem ser quantificadas e precisam ser interpretadas de forma muito mais ampla que circunscrita ao simples dado objetivo”(TRIVINOS, 1987, p.120), portanto a intervenção se dará do contato direto dos pesquisadores com o contexto pesquisado, com ênfase no processo e não no produto. Lembramos que, embora o processo seja o referencial primeiro, os dados quantitativos serão utilizados quando necessários.

A pesquisa- ação é definida por Thiollent (apud GIL, 1996, p.60) como

[...] um tipo de pesquisa com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou

do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Optou-se por esse delineamento de pesquisa , em decorrência dos objetivos a que este trabalho se propõe, pois segundo Thomas & Nelson (2002, p.323),

[...] tem grande foco a essência do fenômeno (...) Os objetivos são primeiramente a descrição, a compreensão e o significado. O pesquisador não manipula as variáveis do tratamento experimentais, mas se interessa mais pelo processo do que pelo produto. O pesquisador observa e coleta os dados no campo, no ambiente natural.

2.1 A HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL

O processo de hospitalização, da doença e seu tratamento, são considerados, muitas vezes, fatores de desajustamento, pois tratamentos dolorosos e invasivos, ambiente hospitalar estranho e ameaçador, separação de familiares próximos, quebra da rotina de vida, afastamento dos amigos e espaço escolar e todas as suas implicações, podem provocar, precipitar ou agravar desequilíbrios na criança no adolescente, e seus familiares.

Assim, principalmente a criança, como qualquer outro ser humano que experiência a hospitalização, encontra-se frente a situação extremamente estressante, tanto em nível físico quanto emocional podendo sentir-se vítima pela ausência momentânea da vida cotidiana, tendo ainda, sentimentos de medo e dor, sensações de culpa causadas pela própria doença e pelas intervenções hospitalares necessárias. São momentos de rupturas inevitáveis, outras como diz Oliveira (1993, p. 328) “criadas pela própria lógica de pensar a saúde e a doença e por esforços institucionais quase inaudíveis de reconstituir e religar a continuidade perdida”.

Estar doente e se curar é a busca pela continuidade da vida. É a busca por mais saúde. Segundo Nieman (1995, p.150), a saúde é um processo contínuo de adaptação ao

organismo, envolvendo atividade e mudança e refletindo a resposta criativa aos desafios ambientais, implicado, portanto, em contínua integração incluindo a capacidade do organismo de preservar sua autonomia e, ao mesmo tempo, de se integrar aos sistemas.

Nesta perspectiva, a doença pode ser vista como uma falha nesse processo de adaptação, um risco de paralisação no processo contínuo de organização dinâmica do organismo vivo, mas, ao mesmo tempo, um esforço de integração de novas experiências.

Por isso a enfermidade e a hospitalização podem constituir uma situação, estressante e traumática para a criança e sua família, havendo uma ruptura nos elementos que proporcionam o suporte pessoal, correndo o risco de comprometimento do desenvolvimento global da criança.

O espaço-tempo do hospital é considerado pelas crianças, porque assim a cultura instituída revela um local de proibições, ou seja, não é permitido andar pelos corredores, não é possível falar e rir alto, jogar bola nem pensar, encontrar com amigos não é possível porque não podem vir até o hospital. Brincar então, segue as mesmas regras, só se for em silêncio e com hora marcada.

2.2 CARACTERIZAÇÃO DE CRIANÇAS DE 0 A 12 ANOS

A CRIANÇA EM DESENVOLVIMENTO

A primeira etapa do desenvolvimento é a concepção, um processo pelo qual o espermatozóide e o óvulo se encontram formando uma única célula chamada zigoto que ao se multiplicar se transformará em um embrião, depois em um feto e finalmente num ser humano complexo de células, com determinadas funções.

O processo de desenvolvimento é uma evolução que ocorre como resultado da interação entre inúmeros fatores. As diversas teorias do desenvolvimento existentes, em sua maioria, procuram estabelecer estágios mais ou menos lineares pelos quais todos

teremos de passar para conquistar um completo desenvolvimento. Cada indivíduo segue seu próprio curso e o ritmo da caminhada é determinado tanto pelos fatores biológicos individuais como pelas influências do meio social e cultural em que vive.

O desenvolvimento humano é uma globalidade, mas os estudiosos a seguir apresentados, o têm abordado a partir de diferentes concepções e a partir de aspectos básicos que geralmente são: aspecto físico-motor, que refere-se ao crescimento orgânico, à maturação neurofisiológica que define a capacidade de manipular objetos e exercitar o próprio corpo; aspecto intelectual, a capacidade de pensamento e raciocínio; aspecto afetivo-emocional, refere-se ao modo particular de o indivíduo integrar as suas experiências; e o aspecto social, a maneira como o indivíduo reage em situações que envolvem outras pessoas (BOCK, 1997).

O crescimento da criança torna possíveis novos comportamentos. Fisicamente falando, as mudanças são necessárias para que o bebê possa engatinhar ou caminhar. O bebê pequeno age a partir de impulsos reflexos, que lhe permitem sugar e engolir no ato de mamar.

Os primeiros anos de vida de uma criança são considerados o momento de descobertas, pois a criança passa por um processo de adaptações ao meio na qual não estava acostumada na vida uterina, período este, pelo qual passa, por exemplo, por sono irregular, reflexos e percepções. Neste período há um “crescimento físico rápido do corpo e do cérebro” (Mussen, 1995, p.92)

Piaget, conforme apresenta Bee (1996), observou que as crianças parecem seguir seqüências regulares em seu desenvolvimento. O período do nascimento aos 18 meses compreende o estágio sensório-motor, durante o qual o bebê responde ao mundo quase inteiramente através deste esquema, respondendo a estímulos presentes e imediatos, sem planejamento ou intencionalidade e desprovidos de representação interna de objetos.

O bebê opera predominantemente a partir de esquemas visíveis – ações como olhar, tocar, pegar e sugar. Aproximadamente com um mês, o bebê superou os reflexos inatos e passa a abordar os objetos e pessoas de outra forma.

O segundo estágio de desenvolvimento proposto por Piaget é chamado “estágio pré-operacional”, correspondente ao período de dois aos seis anos. Neste estágio

começam a haver evidências do uso de símbolos no comportamento da criança e no brincar inicia-se o faz-de-conta. Surge a linguagem discursiva, na qual também aparecem os símbolos e a criança torna-se capaz então, de manipular internamente esse símbolos, o que é possível de ser percebido ao procurar objetos perdidos ou escondidos de modo mais sistemático. Neste período o pensamento da criança é um pensamento egocêntrico, ou seja, ela acredita que todos os demais vêem o mundo da mesma forma que ela.

O terceiro estágio proposto por Piaget é o período das “operações concretas”, que ocorre entre os 05 e 07 anos de idade, momento no qual a criança passa a compreender uma série de novos conceitos, regras e operações que pode aplicar à suas tarefas. A criança aprende a raciocinar indutivamente – ao evidenciar comportamentos nos quais sua própria experiência é marcado por um princípio geral, porém, com dificuldade no sentido inverso, o raciocínio dedutivo. É difícil para a criança, neste estágio, imaginar coisas que nunca experimentou. Ainda nesta fase, a criança adquire concepções rudimentares de tempo, espaço, número e lógica, que se caracterizam como elementos fundamentais para a ordenação e compreensão tanto de objetos como para acontecimentos.

Em seguida vem o estágio das operações formais, que inicia aos onze anos, que é uma etapa final do desenvolvimento cognitivo que emerge na adolescência, na qual a criança consegue estender suas habilidades de raciocínio a objetos e situações que ela não viu ou que vivenciou diretamente.

Enquanto Piaget aborda o desenvolvimento infantil enfatizando a inteligência, a cognição da criança, Henry Wallon, segundo Galvão (1995), aborda o desenvolvimento de uma forma mais abrangente e global, investigando a criança nos vários campos de sua atividade e nos vários momentos de sua evolução psíquica. Enfoca o desenvolvimento afetivo, cognitivo e motor procurando mostrar nas diferentes etapas os vínculos entre cada campo e suas implicações com o todo. Segundo a autora, Wallon considera que o sujeito constrói-se nas suas interações com o meio e utiliza o materialismo dialético como fundamento filosófico e método de análise, por isso, propõe o estudo integrado do desenvolvimento. A cada idade da criança estabelece-se um tipo particular de interações entre o sujeito e seu ambiente. “A determinação

recíproca que se estabelece entre as condutas da criança e os recursos de seu meio imprime um caráter de extrema relatividade ao processo de desenvolvimento (...) O desenvolvimento tem uma dinâmica e um ritmo próprios, resultantes da atuação de princípios funcionais que agem como leis constantes” (Galvão, 1995, p. 40).

O estudioso em questão propõe cinco estágios de desenvolvimento, que são:

- Estágio impulsivo-emocional: este estágio corresponde ao primeiro ano de vida, período em que a interação com o meio ocorre principalmente a partir da emoção. Os bebês não agem diretamente com o mundo externo, as pessoas em sua volta é que intermediam sua relação com o mundo.
- Estágio sensório-motor e perceptivo: estende-se até o terceiro ano de vida. O interesse da criança se volta para a exploração sensório-motora do mundo físico. Aquisição da marcha e da preensão, proporcionando-lhe maior autonomia em relação a manipulação de objetos e a exploração de espaços. Neste estágio ocorre o desenvolvimento da função simbólica e da linguagem;
- Estágio do personalismo: este estágio ocorre entre os 03 aos 06 anos de idade, período em que ocorre o processo de formação da personalidade. O interesse da criança está voltado para as pessoas que a rodeiam, com predomínio das relações afetivas.
- Estágio categorial: estágio em que ocorrem avanços no processo da inteligência, sendo que o interesse da criança se dirige para o conhecimento e a conquista do mundo exterior. As relações com o meio passam a ser permeadas pelo aspecto cognitivo.
- Adolescência: período de ocorrência da crise pubertária e nova definição dos contornos da personalidade, motivada devido às modificações corporais resultantes da ação hormonal. Neste período vem à tona questões pessoais, morais e existenciais.

Existem inúmeras outras abordagens do desenvolvimento humano, a partir de diversos outros enfoques, neste estudo, optamos por nos inteirar dos

estudos de Piaget e Wallon, embora com posicionamentos que nem sempre se coadunam.

FASES DE DESENVOLVIMENTO E AS ATIVIDADES DA CRIANÇA

Segundo Alves (2003) são três as fases de desenvolvimento e sua relação com as atividades da criança: do zero aos dois anos ocorrem atividades reflexas em resposta à estimulação sensorial e evolução das posturas: sentada, de pé e de marcha. Nos primeiros anos de vida, conforme Rodríguez (2005) o maior desenvolvimento da criança dá-se em relação à visão e audição, tornando-se capaz de seguir as pessoas com os olhos e alcança-los com as mãos.

Até a 4ª semana de vida predominam as funções vegetativas (dormir, comer, urinar e defecar), com 4 semanas o bebê adquire o controle ocular e reconhece feições. Por volta da 8ª semana o bebê adquire flexão de tronco e sensibilidade oral, cerra os punhos e olha fixamente ao redor, faz pequenos sons com a garganta. Há predomínio de um comportamento de exploração do meio e descoberta de movimentos a partir dos movimentos de outras pessoas, num processo de imitação. Ao término do primeiro ano de vida, o bebê perde ou elimina os comportamentos que não lhe são úteis, de acordo com sua sensibilidade aos movimentos. Com 16 semanas a criança mantém a cabeça firme e tem posturas simétricas, mantém as mãos abertas, olha para objetos em suas mãos. Faz sons, ri e vocaliza socialmente, brinca com as mãos e roupas. Com 28 semanas brinca com o pé e com sua imagem no espelho. Com mais ou menos 09 meses desloca-se engatinhando e pode se colocar de pé agarrando-se em apoios. Começa a combinar os atos de engatinhar, sentar, agarrar e lançar objetos.

Por volta dos 12 meses as crianças caminham sozinhas, e sobem degraus com ajuda das mãos, gostam de se relacionar e repetem as ações que provocam risos, preferem brincadeiras familiares onde há comunicação de uns para com os outros. Aos 18 meses expressam palavras e enunciados curtos, andam sem cair e sentam-se, brincam com cubos, fazendo torres, viram folhas uma a uma.

Aos 24 meses têm controle dos esfíncteres, apresentam um bom padrão motor relacionado ao correr, bem como, o aparecimento do chute com bola, construindo torres com vários cubos e viram folhas uma a uma. Pequenos enunciados são compreendidos e conseguem cumprir e seguir instruções simples. Em relação a este período, atividades em que a criança possa engatinhar subindo obstáculos de pouca altura, com auxílio de um adulto trepar alguns degraus de escada inclinada, lançar bolas com as mãos, são importantes de serem exploradas. A utilização de objetos que se movem e de cores atraentes, sons e ritmos com alternância de intensidade fazem com que as crianças respondam os estímulos de adultos.

Dos dois aos cinco anos ocorre um estágio global e sincrético segundo Alves, fase em que devem ser observados os comportamentos de coordenação óculo-manual, coordenação dinâmica geral, equilíbrio, controle do próprio corpo, organização perceptiva e linguagem.

Dos três aos seis anos, a criança aperfeiçoa e refina seus movimentos, adquirindo maior coordenação, passando a ver seu corpo como ponto de referência para se situar. Assimila conceitos como embaixo, em cima, direita, esquerda e noções temporais como antes e depois, primeiro e último, elementos importantes para seu movimentar com autonomia. Entre o período de 36 a 42 meses, além de falar frases com desenvoltura, responder a perguntas simples, as crianças alternam o caminhar com a corrida, sustentam-se num pé só, pulam de um degrau para o chão, seguram um lápis à maneira do adulto, fazem piruetas, seguram com facilidade uma colher, laçam e rolam uma bola pequena pelo chão, para frente e para cima, saltam com ambas as pernas e com maior distância dos pés do chão, pulam sobre pequenos objetos no chão na mesma direção.

Aos 48 meses a criança, além da aquisição de conceitos de número e formas e uso de conjunções e preposições, salta num pé só, dá pulos em extensão, risca dentro dos limites da linha, participa de jogos comunitários, apanha com as duas mãos a bola e realiza lançamentos de forma combinada, além de correr, caminhar, chutar e lançar objetos, muda de direção. Sua capacidade de subir e descer escadas se amplia, caminha sob equipamentos de pouca altura para frente e para trás, etc.

Aos cinco anos já apresenta características de sua individualidade. Suas capacidades, qualidades e personalidade são manifestadas em grau significativo. Se organiza com as experiências colhidas na idade anterior. Sua vida social adquire novos contornos, ao se inserir na Educação Infantil. Nesta perspectiva, de acordo com os pressupostos wallonianos, as características de seu desenvolvimento são resultado da cultura a que pertence. Nesta fase desenvolvem atividades espontâneas bem controladas, e buscam apoio, orientações e auxílio aos adultos, tendo a mãe como o seu centro principal..

Segundo Gesell (1998, p.49), “a vida emocional de uma criança de 05 anos dá-nos, em geral, a impressão de um bom ajustamento consigo própria e de confiança nos outros”. Quanto ao seu desenvolvimento motor, há uma melhora no ritmo e coordenação, salta em pés alternados, conta objetos, copia triângulos. Os jogos construtivos tornam-se significativos e manipulam objetos com mudanças de direção, para frente, para trás, à direita e à esquerda, combinando com o lance e chute. Sobem por uma barra vertical, deslocando braços e pernas, bem como, escadarias com movimentos alternados de braços e pernas. Caminham por tábuas e vigas para frente e lateralmente, demonstrando grande estabilidade corporal.

Dos seis aos doze anos ocorre um estágio de aperfeiçoamento e diferenciação, devendo ser observada a coordenação dinâmica manual e geral, o equilíbrio, a organização do espaço e a rapidez de execução.

Os 06 anos correspondem a uma idade de transição, em decorrência de modificações somáticas e psicológicas. O corpo passa por mudanças, transformações e sofre alterações como por exemplo, modificações na dentição e problemas com doenças infecciosas.

Quanto ao seu desenvolvimento motor, executa as ações com maior qualidade, podendo lançar mais longe, correr mais rápido e demonstrar maior coordenação, equilíbrio e orientação. Sua capacidade de se equilibrar em diferentes situações lhe confere grande autonomia na execução de diferentes movimentos com, sem e em implementos. Ao receber uma bola é capaz de combinar ações como lançar, rebater e capturar esta bola, com ambas as mãos, sua percepção espaço temporal é relevante.

Dos sete aos doze anos ocorre a estruturação do esquema corporal, mantendo uma maior domínio corporal.

Com 07 anos entra num período de aquietação e de concentração em si mesma, sendo que as experiências já adquiridas são relacionadas e assimiladas com as que ainda terá. Nesta fase a criança gosta de ler e de ouvir histórias contadas mais que uma vez e não gostam de ser interrompidas, pois não conseguem chegar a uma conclusão. Torna-se agradável quando é respeitada, mas também é sensível a atitude dos outros.

Assim sendo, a criança nesta idade aprende também a competir e compartilhar, sendo intensamente ativa, cautelosa e consciente à alturas por exemplo, como subir em árvores ou em galhos. Para melhor assimilar um exercício repete várias vezes até conseguir executá-lo bem, surge o interesse por ritmos – dança e música, se interessa por atividades ao ar livre, onde tem oportunidades de atirar para cima um avião de papel, correndo de um lado para o outro, atirar com arcos bater bola, pular corda brincar, de amarelinha e de casinha. Ocorre também uma concentração maior naquilo que está fazendo, atentando ao que está diante de si, ainda tende a mexer e manusear as coisas que estão ao seu alcance. Enfim, aos sete anos a criança se interessa especialmente pelo espaço, que pode lhe garantir o seu lugar no mundo.

A criança de 08 anos está crescendo e se desenvolvendo para um contato exterior positivo com seu ambiente, principalmente com os mais velhos do que ela. Está voltada mais para a percepção das coisas alheias e não para dentro de si. Quanto ao aspecto físico, está mais amadurecida, dando início a modificações mais profundas que irão surgir no início da puberdade. Não se cansam facilmente e dão prioridades a brincadeiras de lutas e de jogos violentos. Inicia-se atividades de grupos bem coordenada e continuada. São capazes de improvisar regras num jogo de bola, superando com mais facilidade as divergências, preferindo dicas e não ordens. As diferenças individuais são grandes, diferenças sexuais estão se tornando significativas.

Quanto a características motoras, seus movimentos corporais são mais ágeis, graciosos e elegantes, anda ligeiro e tem noção de postura. Faz habilidades acrobáticas e aprecia os jogos nos quais predominam as atividades físicas. Seu equilíbrio e coordenação estão ampliados, o que lhe confere, pouco a pouco, maior autonomia na

execução e participação de atividades físicas variadas. Mostra leveza nos exercícios motores delicados, agarra segura, larga de maneira graciosa, rápida alguns objetos, com segurança e precisão. Possui noção de tempo e espaço bem definidos, como por exemplo, noção clara dos pontos cardeais e situações de sua comunidade, distingue o direito e esquerdo de si própria e de outras pessoas.

Aos nove anos a criança torna-se mais segura de si, modificando as relações com a família. A automotivação é uma característica forte desta fase, pois abre-se a compreensão do seu progresso no caminho para a maturidade, encontra-se atarefada com coisas de casa e da escola. Gosta de provar sua capacidade e fazer o melhor que pode. Seu sistema emocional encontra-se alternado, as vezes se encontra tímida, logo atrevida, ora bem disposta, ora mal humorada. Nesta etapa a criança brinca e trabalha sério, gosta de mostrar que é hábil em qualquer atividade, se interessa muito por esportes e competições. Executa suas atividades com um pouco de exagero, tendo dificuldade para se acalmar ao término delas, gostam de esporte ao lar livre e atividades que desafiam suas capacidades.

Aos dez anos as diferenças sexuais estão bem pronunciadas, são receptivas a informações sociais, idéias e preconceitos, tanto bons quanto maus, coloca sua razão em prioridade e discute problemas sociais. Observam os seus pais e comparam com os pais de seus companheiros assim obtendo melhor crítica e opinião sobre os seus, aceitando suas ordens com facilidade. A mãe tem um importante papel como autoridade, aceitam as suas críticas e procuram melhorar. As capacidades de uma criança de dez anos estão mais claras, especialmente quanto sua criatividade, continuam sendo críticas, tendo um certo gosto por segredos. Gostam de se sobressair mais no esporte do que nas aulas.

De onze e doze a criança está entrando na adolescência, torna-se mais perceptiva, gerando um autoconceito concreto. Esta é uma fase de transição, havendo uma mudança significativa em quase todos os aspectos do funcionamento deste ser.

Segundo Vigotsky (1984) é um período de formação social da mente, onde a criança se relaciona com o mundo cultural, numa sociedade simbolizada, representada pelas manifestações culturais transmitida fundamentalmente pela escola, que torna-se responsável pelo processamento das funções nervosas, formação do ser consciente, a

partir de suas ações, utilizando suas informações armazenadas e refletindo sobre o passado, sobretudo, projetando o seu futuro, planejando suas metas e ideais.

3. REPRESENTAÇÕES DO BRINCAR E DA ATIVIDADE FÍSICA

O brincar é uma necessidade da criança em todas as etapas de desenvolvimento e, por esse motivo, pensa-se o brincar como o processo básico de criação, próprio da natureza humana e constituinte da identidade pessoal, garantindo a continuidade do desenvolvimento da criança nos aspectos mais amplos de sua experiência de vida.

Para Chateau (1987, p.32) é por intermédio do jogo que ocorre o início do pensamento propriamente humano, “*é no jogo que contemplamos, que construímos (...) É pelo jogo que a humanidade se insinua por toda parte e é pelo jogo que essa humanidade se desenvolve*”. E jogar é, também brincar.

Uma instância de valorização do brincar ocorreu pela criação das brinquedotecas como instituição que proporciona a prática de atividades físicas-recreativas de exploração lúdica e estimulação psicomotora, visando atenuar as seqüelas emocionais decorrentes da hospitalização.

Santos (2000, p.1325) concebe o brinquedo e a brincadeira importantes para o desenvolvimento a partir do momento em que se percebeu através deles, a possibilidade de estudar a relação da criança com o mundo externo. Neste sentido, a experiência do brincar proporciona à criança a construção e elaboração da relação eu-mundo, pois, além do prazer proporcionado pelo brincar, pode dominar suas angústias, controlar idéias ou impulsos que conduzem as mesmas.

Para Vygotsky (1984 p.31), “as funções da linguagem (comunicação e interação, formação da consciência, a organização do pensamento, regulação da conduta) passam a ser estimuladas através de situações lúdicas”. É inquestionável seu papel no processo de desenvolvimento e crescimento gradual da criança, que encontra no brincar, experiências cotidianas equivalentes às do adulto que lhe favorecem esse processo.

Conforme Brougère (2004, p.258) ,

Brincar com um brinquedo implica em inseri-lo num universo específico, distinto das atividades comuns da vida, a partir de uma decisão tomada livremente por quem brinca, sendo que essa inserção supõe tomar decisões em função dos mecanismos do brinquedo, das regras da brincadeira, do roteiro que está sendo inventado, sem que se saiba como vai terminar esse processo.

A hospitalização da criança interrompe esse processo, promovendo um corte em suas experiências, pois, o ambiente hospitalar, ainda que pese as modificações que começam a ocorrer nesse ambiente, não representa as condições essenciais para contemplar tal necessidade infantil.

Para Bruner (1986), o jogo possui características que merecem ser consideradas no trabalho com crianças em especial, as hospitalizadas: reduz a gravidade da consequência dos erros, serve como meio de exploração e intervenção; permite que se conheça a criança através da exteriorização de seus sentimentos, além de ser fonte de diversão.

Huerta (1990), apresenta a idéia de que a mediação através de jogos pode contribuir para diminuir a angústia da criança, reaproximando-a das atividades vivenciadas em seu cotidiano. É através do brinquedo que a criança realiza desejos considerados impossíveis de serem na prática, envolvendo-se mundo ilusório e imaginário.

Para Vygotsky (1988, p.106)

(...) É no brinquedo que a criança aprende a agir numa esfera cognitiva, ao invés de uma esfera visual, externa. Dependendo das motivações e tendências internas, e não dos incentivos fornecidos pelos objetos externos, (...) os objetos ditam à criança o que ela tem que fazer: uma porta solicita que a abram e fechem, uma escada que a subam, uma campainha que a toquem.

Há que se dar, portanto, possibilidades para que a criança enferma, apesar de sua doença e intervenções medicas necessárias, que possa também ter um outro espaço para

ser, que não só sua doença, a partir do qual, possa manifestar-se como sujeito de mundo próprio e diversificado. Espaço onde possa resgatar sua vida com todas possibilidades inerentes a esta; sendo, portanto, a atividade lúdica e física grupal um instrumento de intervenção extremamente importante. Assim a possibilidade da vivência de atividades lúdicas, significa a continuidade do sorrir para a vida, apesar do desconforto, da dor, do desânimo e, muitas vezes, da desesperança. Assim é importante refletir o que Santin (1996, p.88) nos apresenta:

Brincar significa fazer o corpo sentir, amar, viver e vibrar: e não levá-lo a executar tarefas (...). O brinquedo transforma o corpo num instrumento musical, a cada estímulo nasce uma sensibilidade, a cada gesto acompanha uma vibração, a cada movimento vive uma emoção, a cada toque brota um sentimento. Brincar é amar e viver a plenitude do corpo e todas as nuances que compõe a melodia da vida.

Nesta perspectiva, podemos constatar que através do brincar, vários podem ser os benefícios alcançados, ou seja, o bom humor relaxa as defesas do organismo e é capaz até de salvar sua vida; o bom humor, é antes de tudo a expressão de que o corpo está bem. Ele depende de fatores físicos e culturais, variando de acordo com a personalidade e a formação de cada um. Uma boa gargalhada é um método ótimo de relaxamento muscular. A alegria também aumenta a capacidade de resistir à dor, através da endorfina. Durante o riso podemos melhorar a circulação e a eficácia das defesas do organismo. Para os pais, o sorriso dos filhos funciona como um indicativo de recuperação física. Sob esse prisma os pais lidam melhor com a hospitalização das crianças e percebem uma alteração na imagem da internação.

A mudança de humor provocada pelo brincar, contribui de forma significativa no processo de “torna-se saudável”. Segundo o médico psiquiatra Chutorianscy (apud. EISFELD 1999, 9.44)

O humor está ligado diretamente ao fator imunológico, porque aumenta a produção leucocitária, este tipo de estímulo diminui a tensão causadora do estresse oxidativo que culmina na formação de radicais livres. O funcionamento do sistema nervoso central também é auxiliado com o aumento da serotonina ligado à criatividade e imaginação, da noradrenalina, responsável pelo

raciocínio, da dopamina, que aumenta a força de vontade, e das endorfinas que são responsáveis pela sensação de prazer. A descontração melhora o equilíbrio psicológico e assim acelera a recuperação, além de diminuir a necessidade de uso de medicamentos antidepressivos.

Portanto, a realização de atividades físicas tendo como eixo organizador a ludicidade, torna a vida da criança em situação de hospitalização mais alegre, com sentido, saindo da monotonia, da tristeza de permanecer estático, sem movimentar-se por muito tempo. A partir da possibilidade de movimentar-se as crianças tornam-se mais ativas, comunicativas, criativas, procurando interagir com os outros, acompanhantes, atendentes, equipe médica e demais crianças, construindo assim, uma relação de cuidados e valores afetivos respeitando limitações e dificuldades. Trabalhos divulgados em eventos científicos, tem revelado que o brincar pode contribuir significativamente com processo de recuperação através dos estímulos provocados por atividades lúdicas, físicas e recreativas.

A prática de atividades físicas, neste caso, não visa estabelecer ou identificar resultados a partir de parâmetros fisiológicos, porém, nos seus aspectos subjetivos. Não há interesse nem possibilidades de avaliar ganho de massa muscular ou melhoria das condições cardio-respiratórias. O objetivo é proporcionar a prática de atividades físicas visualizando um estar sendo mais ativo durante o processo de internação de crianças hospitalizadas no setor de pediatria.

Trabalhos já desenvolvidos com estes atores sociais, indicaram que o brincar pode ultrapassar a esfera do recorte, do pintar e do dobrar. A exploração de materiais diversos pode constituir-se em elemento fundamental para a organização do proposto. Empurrar um carrinho é movimento, rebater um balão, pode significar e adquirir sentidos diversos.

Desta forma, compreendemos que estabelecer relações entre atividade física e ludicidade no contexto hospitalar, é uma tentativa de indicar uma nova forma de relação entre sujeitos que nos remete ao repensar as dimensões da política, ética, e da estética, como nos lembra Guattari (1991, p.33) “A única finalidade aceitável das atividades

humanas é a produção de uma subjetividade que enriqueça de modo contínuo sua relação com o mundo”. Está no modo de viver, na forma de agir, pensar e ressignificar o tempo e espaço, que são sempre políticos, éticos e estéticos, que novas possibilidades podem ser construídas.

Para Niemann (1998), a atividade física tem uma importância destacada na vida dos seres humanos, podendo proporcionar inúmeros benefícios como, por exemplo, em relação ao sistema respiratório: com a necessidade do grande aporte de oxigênio, condicionando melhor expansibilidade torácica, promovendo mudanças equilibradas da frequência respiratória, facilitando “o respirar”. Em relação ao sistema locomotor, melhora o tônus muscular, aprimora a função de equilíbrio e de movimento, condicionando ao final, melhor postura. No que diz respeito a atividade neuro-psíquica, possibilita a descarga do “o psiquismo explosivo”, fazendo com que a pessoa introvertida se libere; condiciona o agressivo, une os extremos e possibilita o entendimento acerca do perder e vencer. Além de outros fatores, que possibilitam de forma geral, de acordo com o autor, uma melhora no condicionamento físico, havendo uma melhor qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problemática inicial, qual seja: “Quais as possibilidades de atividades físicas possíveis de serem vivenciadas por crianças em situação de hospitalização em setor de pediatria e qual a incidência das mesmas sobre a sua recuperação, a partir de uma intervenção educativa e lúdica?”, impulsionando para um apontamento de considerações como um meio para com o trabalho e não apenas como um fim em si mesmo, para tal, serão apresentados a seguir.

Partindo de pressupostos expressos na literatura relacionada à saúde e atividade física e sua relação com a prática, apesar de não constar referenciais teóricos sobre o contexto hospitalar para com as atividades propostas, a pesquisa desenvolvida apresentou resultados satisfatórios em virtude de sua magnitude.

A pesquisa sobre a atividade física inserida no setor pediátrico, apresenta-se como um desafio profissional, por ser realizada com sujeitos caracterizados como doentes, na qual Venâncio (1999, P.99) nos apresenta como sendo uma maneira de expressar-se no mundo, estabelecendo relações específicas. Desta forma, suas limitações e impossibilidades ressaltam em comparação ao nível das mesmas desenvolvidas.

O pesquisado nos indica uma infinidade de possíveis atividades a serem realizadas e desenvolvidas por crianças em situação de hospitalização, sendo estas caracterizadas principalmente de forma individual, adequando cada qual aos sujeitos, obtendo assim uma maior contemplação das mesmas; as atividades foram bem aceitas em todos os sentidos, sem maiores dificuldades, a não ser a utilização de soro e algumas medicações que limitam a execução de movimentos amplos, não os impedindo de serem realizados.

O nível de satisfação visualizado, foi de excelente a ótimo, e assim como Debortoli (1999,P.111) nos apresenta sobre o brincar, concordamos em dizer que o brincar como eixo organizador de um ser e estar hospitalizado mais ativo, é importante na medida em que é por intermédio deste, “que de forma múltipla e contraditória, as crianças partilham, conhecem, representam, significam e reinterpretam a realidade”.

As atividades propostas proporcionaram aos sujeitos uma maior aproximação com o ambiente familiar, com a realidade cultural que se distancia na medida em que o processo de hospitalização aumenta; neste sentido podemos observar que a influência das mesmas sobre a recuperação teve um significado importante, através da melhoria da capacidade funcional, como o da circulação sanguínea os mantendo mais ativos e dispostos, mesmo sendo realizadas no máximo três sessões semanais, por permanecerem na internação por um período de sete dias ou menos.

O estudo demonstrou que os tipos de atividades físicas a serem desenvolvidas neste contexto, podem ultrapassar a criatividade do profissional de Educação Física, respeitando sempre os princípios das mesmas e do ser humano e suas limitações; portanto abrangemos no respectivo espaço as seguintes atividades: Rítmicas e expressivas; ginástica natural; de locomoção; recreativas; massagens; exploração de movimentos corporais, respiratórias e atividades passivas. Através destas, a utilização de materiais tornaram-se infinitas podendo ultrapassar a imaginação; especificidades aos sujeitos foram ressaltadas, com materiais como bolas coloridas e grandes obtendo maior admiração.

Considerando o espaço hospitalar, as atividades puderam ser desenvolvidas tanto na brinquedoteca quanto em quartos e corredores, sendo mais bem aceitas em espaços diferenciados do local na qual permaneciam por muito tempo: quartos. No entanto, as crianças que dele não podiam se locomover, realizavam as mesmas com entusiasmo e grande aceitação.

Em relação à incidência da atividade física para com a recuperação das crianças, constatou-se a necessidade de um tempo maior, pois o processo de internação não excede sete dias, sendo um fator negativo para uma melhor efetivação dos resultados; ainda ressalta-se a aderência das atividades, que não excederam três dias consecutivos.

Ainda que por um período limitado da realização das mesmas, a prática educativa veio ao encontro das perspectivas dos participantes, tendo este como principal mecanismo para uma manutenção das capacidades funcionais dos sujeitos; podendo a priori ressaltar um estar mais ativo, uma melhoria do humor, maior efetivação para com a medicação, e indícios de melhoras do estado clínico visivelmente.

Concordamos com Nieman (1999, P.151) quando nos coloca que “o exercício regular melhora o nível geral de aptidão física do indivíduo, melhora o estado psicológico, diminui o risco de doenças crônicas e melhora as funções pulmonar e cardíaca”.

Faz-se necessário ressaltar que a atividade física desenvolvida no presente estudo, teve como principal característica o se movimentar, proporcionar aos pacientes sair do estado de homeostase (estático) para um estar mais ativo, tendo este como um mecanismo para o auxílio da melhora das capacidades funcionais, e, por conseguinte, na saúde das mesmas.

Portanto, a respectiva pesquisa teve como fonte primária a investigação da importância da atividade física para com crianças em situação de hospitalização e seus mecanismos, implementos e materiais possíveis de serem utilizados, impulsionando para um estudo ainda maior principalmente no que diz respeito a incidência das mesmas para com o processo de recuperação.

Constata-se então, que o movimento humano é o mecanismo necessário para uma melhor manutenção da qualidade de vida e de bem-estar em geral de crianças hospitalizadas, por proporcionar momentos de descontração e aproximação ao contexto familiar, instigando-os a manterem-se mais ativos por muito mais tempo, podendo sentir-se melhor em relação à patologia apresentada clinicamente.

REFERÊNCIAS

- ____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: vozes, 1994.
- ALVES, Rubens. **A alegria de ensinar.** 2ª ed. Campinas, 2000.
- BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo.* . Lisboa: Edições 70, 1977.
- BEE, Helen. **Acriança em desenvolvimento.** 7ª ed. Porto Alegre. Editora Artes Médicas . 1996.
- BOCK, Ana Mercês Bahia. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia.** 3º ed. São Paulo, Saraiva 2002-2005
- BOSSA, Nádia.A. **Avaliação psicopedagógica da criança de 0 a 6 anos,** 9ª ed. Petrópolis editora vozes, 1999.
- BROUGÈRE, Gilles. **Brinquedos e Companhia,** Cortez editora, São Paulo, 2004.
- BRUNER, Jerome Sey Mour. **O processo da educação.** 8ª ed. São Paulo, Editora Nacional 1987.
- CARRARO, Telma Elisa. **Enfermagem e Assistência Resgatando Florence Nightingale.** Goiânia: AB, 1997, 125p.
Carta Brasileira de Educação Física <http://www.saúde e movimento.com.Br/conteúdos/contuidos-exibe1.asp?cód-noticias=194> disponível e acessado em 16/06/04.
- CHATEAU, J. **O Jogo e a Criança.** São Paulo: Summus, 1987.
- CÓDIGO DE ÉTICA. Qualidade profissional em defesa da ética e da Sociedade. Disponível em: www.confef.org.br. Acessado em 06.05.04.
- CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. Resolução nº 046/2002. Dispõe sobre a intervenção do profissional da Educação Física e define as atividades próprias dos profissionais de Educação Física, constante na lei nº 9696/98. Presidente: Jorge Stünhilde. Rio de Janeiro, 18 fev.2002.
- COSTENARO, Regina Gema Santini. LACERDA, Maria Ribeiro. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?** Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001.
- CUNHA, Nylse Helena silva, **Brinquedoteca, um mergulho no brincar,** São Paulo: Maltes, 1994, p.82-84

DEBORTOLLI, José Alfredo Oliveira. **Com olhos de crianças: A ludicidade como dimensão fundamental da construção da linguagem e da formação humana.** In licere, Belo Horizonte, V.2, N.1, p. 105-117.

FRANÇOSE, Dolto, trad. Maria Ermentina Galvão. São Paulo.1999.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5 ed. São Paulo: Atlas,1999.

GUEDES, Dartagnan Pinto. **Crescimento composição corporal e desempenho motor de crianças e adolescentes.** São Paulo. Ed. Balieiro. 2000.

LE BOULCH, Jean. **Educação Psicomotora: Psicocinética na Idade Escolar,** Artes Médicas editora, Porto Alegre, 1987.

MELLO, Miriam Moreira de. O Lúdico e o processo de Humanização. In: MARCELINO, Nelson Carvalho (org). **Lúdico Educação e Educação Física.** Ijuí: Unijuí,1999. p.25-32.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo Rio de Janeiro, Hucitec- Abravasco, 1992.

MOLINA NETO, Vicente. **Etnografia uma opção metodológica para alguns problemas de investigação no âmbito da Educação Física.** In: MOLINA NETO & TRIVINOS (org.). **A pesquisa qualitativa na educação física: alternativas metodológicas.** Porto Alegre: Sulinas, 1999.

MUSSEN, Paul Henry. **Desenvolvimento e personalidade da criança.** Trad. Maria Lúcia G. Leite Rosa, 3ª ed. São Paulo.1995

NEGRINE, Airton. **Aprendizagem e desenvolvimento infantil.** Ed Prodil 1994.

NETO, Carlos A. Ferreira. **Motricidade e Jogo na Infância,** Sprint editora, Rio de Janeiro, 2001.

NIEMAN, David C. **Exercício e Saúde,** Manole editora, São Paulo, 1999.

OLIVEIRA, Helena de. **A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada.** Cad. Saúde Públ.; Rio de Janeiro, 9 (3): 326-332, jul/set, 1993.

PEREIRA, Flávio M. **Dialética da Cultura Física,** Ícone editora, São Paulo, 1988.

ROMERA, Liana Abrão. Lúdico, educação e Humanização: uma experiência de trabalho. IN: MARCELINO, Nelson Carvalho (org). **Lúdico, Educação e Educação Física.** Ijuí; Unijuí,1999.p.73-84.

SANTANA, Judith da silva. **A creche sob a ótica da criança.** Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 1998, 149P.

SANTIN, Silvino.**Educação Física: temas pedagógicos.**Porto Alegre: Sulione, 1992.

SANTOS, Santa Marli Pires dos. **Brinquedoteca, a criança, o adulto e o lúdico**. Rio de Janeiro. Ed. Vozes. 2000.

SILVA, Alcione Leite da. **Céu e inferno; metáforas no processo de cuidar entre os cuidadores**. IN: ARRUDA, Eloita Neves; GONÇALVES, Lúcia H. Takase (org). A Enfermagem e a Arte de Cuidar. Florianópolis: UFSC, 1999, 265p.

TERZIAM, Françoise. Hospitais Priorizam Humanização. **Meio de Cultura**, Oficce editora, São Paulo, nº 34, p.18 a 21. abril:2004.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo, Cortez, 1986.

THOMAS, J.R.S. & NELSON, J.K. pesquisa qualitativos. In: Métodos da Pesquisa em Atividades Físicas. 3 ed. Porto Alegre:Artemed,2002. P. 322-335

VERGARA, Sylvia Constant. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 3. ed. São Paulo : Atlas, 2000.

VYGOTSKY, Lev Semenovich. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. 2º ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato,1999.

WEINECK, Jurgen, **Biologia do Esporte**. São Paulo. Ed Manole . 2000.

WINNICOTT, D.W. **A criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro Ed. Guanabara Koogan. 6ª edição.

ZUNINO, Delia Lerner de . **A aprendizagem da língua escrita na escola**: reflexões sobre a proposta pedagógica construtiva trad. Jussara Haubert Rodrigues.