



UNILASALLE
CENTRO UNIVERSITÁRIO LA SALLE



MESTRADO EM EDUCAÇÃO

REGINA H. A. SALAZAR SIKILERO

**AÇÃO LÚDICO TERAPÊUTICA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE EM PERSPECTIVA INSTITUCIONAL
EMANCIPATÓRIA**

CANOAS, 2010

REGINA H. A. SALAZAR SIKILERO

**AÇÃO LÚDICO TERAPÊUTICA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE EM PERSPECTIVA INSTITUCIONAL
EMANCIPATÓRIA**

Dissertação apresentada para a banca examinadora do curso de pós-graduação Stricto Sensu do Mestrado em Educação do Centro Universitário La Salle – UNILASALLE, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientação: Profa. Dra. Sandra Vidal Nogueira

CANOAS, 2010

REGINA H. A. SALAZAR SIKILERO

**AÇÃO LÚDICO TERAPÊUTICA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE EM PERSPECTIVA INSTITUCIONAL
EMANCIPATÓRIA**

Dissertação apresentada para a banca examinadora do curso de pós-graduação Stricto Sensu do Mestrado em Educação do Centro Universitário La Salle – UNILASALLE, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Aprovada em: ____/____/2010.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Vidal Nogueira (Unilasalle)

Prof. Dr. Balduino Antonio Andreola (Unilasalle)

Profa. Dra. Ana Maria Colling (Unilasalle)

Profa. Dra. Leni Vieira Dornelles (UFRGS)

Dedico este trabalho a Deus, misericordioso mestre, profundo conhecedor das minhas faltas e esforços. Fonte inesgotável de energia, sabedoria e discernimento onde abasteço o espírito para vencer os desafios da existência e a Quem agradeço pela vida dos meus amores e incentivadores Ricardo, Rebeca e Rafaela. E ao querido amigo e pai Homero de Oliveira Salazar um exemplo de vida comprometida com o bem, a ética e os bons valores com quem aprendi que precisamos fazer TUDO, TODO o TEMPO. Um ser iluminado que, mesmo ausente do nosso convívio, será sempre modelo e medida para minhas escolhas inclusive de algumas que compõe o presente trabalho.

AGRADECIMENTOS

Longe de ser uma experiência solitária, este trabalho carrega em seus pontos e vírgulas a marca de pessoas especiais que, generosamente, dividiram comigo tempo, idéias, talentos e carinhos. O título irá para o currículo, mas a amizade e a gratidão ficarão guardadas para sempre no coração.

Professora Sandra! Orientastes muito mais que uma dissertação. Com teu sorriso terno e tua experiência de vida e de trabalho transformastes as tardes de orientação em agradáveis e fecundos encontros de criticidade, diálogo e autonomia. Amiga e mestra, a ti dedico afeto e admiração por teu comprometimento, postura ética e sensibilidade.

Queridos professores e colegas do Curso de Mestrado em Educação da UNILASALLE! Em minhas andanças acadêmicas, poucas vezes me senti tão respeitada. Com habilidade e sapiência vocês acolheram meu estranhamento inicial transformando-o em potencial criador que agora se materializa e a todos ofereço.

Colegas do Serviço de Recreação Terapêutica, familiares e pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre! Muitas foram as razões que motivaram o aprofundamento dos meus estudos sobre o brincar terapêutico como, por exemplo: poder ficar mais próxima de vocês, poder resgatar nossa história, bem como tentar contribuir, com os resultados desta pesquisa, para o futuro desta ação que tanto acredito. O importante é que todas estas razões passaram pela emoção de me construir profissionalmente junto a pessoas que crêem como eu, na união harmoniosa entre rigor técnico e amorosidade.

Aos amigos de perto e de longe reservo um coração recheado de ternura pelo apoio e consideração por minhas falhas e ausências. Gostaria de poder retribuir através destas palavras, como em um toque de fadas, todo o afeto que me foi ofertado.

Finalizo homenageando alguns familiares e amores, mas na intenção de que todos os demais possam se sentir representados.

Homero, meu querido irmão! Tu tinhas razão: Eu sou capaz.

Ceres, irmã amada! Por entre vírgulas e em bom português quero que saibas que sou grata pela leitura atenta, pelas correções e pelos elogios que alimentaram meu ânimo e meu ego. Sou tua fã incondicional.

Marilene! Teu apoio e dedicação comigo fizeram e fazem toda a diferença.

Ricardo! Nosso casamento é um propósito de Deus. A Ele agradeço pela tua vida na minha, pelo incentivo e pela carinhosa parceria em todos os momentos, inclusive nos mais difíceis desta trajetória. Quero que saibas que o teu amor será sempre a maior de todas as minhas conquistas.

Rafaela e Rebeca! Sentidos de meu existir. Em vocês me espelhei quando busquei ser uma boa aluna, por vocês renovei forças e esperanças e para vocês deixo, agora, este singelo exemplo de vitória e gratidão.



O meu bom senso não me diz o que é, mas deixa claro que há algo que precisa ser sabido. (Paulo Freire)

RESUMO

O presente estudo objetivou compreender, à luz da pedagogia emancipatória proposta por Paulo Freire, as dinâmicas processuais em contexto hospitalar oriundas das ações lúdicas desenvolvidas pelo Serviço de Recreação Terapêutica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA. Um serviço assistencial que é pioneiro no Brasil no oferecimento de atividades recreativas e ocupacionais como parte do tratamento de pacientes clínicos, cirúrgicos e psiquiátricos de todas as faixas etárias em nível preventivo, curativo e paliativo. Procurou-se analisar quais são e como estão representadas as dinâmicas processuais subjacentes a esta atividade e que, cotidianamente, perpassam as ações e relações nesta Instituição de saúde sob a ótica freiriana. Para tanto, utilizou-se a pesquisa qualitativa focada no Estudo de Caso, sendo usada como técnica principal a entrevista semi-estruturada realizada em pacientes, familiares, acadêmicos e profissionais de saúde envolvidos com a ação em questão, complementada pela análise da realidade atual e registros históricos do Serviço de Recreação Terapêutica/HCPA. Os dados coletados foram utilizados após múltiplas leituras e interpretações baseadas em categorias selecionadas no extenso repertório de Paulo Freire: **O diálogo**, pontuando as igualdades e desigualdade em saúde, **a participação crítica** e a **autonomia**, sinalizando a existência de movimentos libertadores capazes de validar as rotinas, padrões e papéis exercidos pelos sujeitos neste contexto. Dentre os resultados encontrados no cenário analítico deste estudo, destaca-se a existência de discursos hegemônicos cristalizados, bem como a necessidade de que se estabeleça durante a assistência lúdica uma escuta criteriosa, responsável e democrática que acolha as demandas individuais e coletivas na busca de um cuidado integral, integrado, resolutivo e humanizado. Um cuidado que valorize o compartilhamento de saberes e fazeres de todos os envolvidos no processo saúde-doença-intervenção.

Palavras Chave: Cuidados em Saúde. Ação Lúdico-terapêutica. Pedagogia Emancipatória.

ABSTRACT

This study had as a goal to understand, in the light of the emancipatory pedagogy proposed by Paulo Freire, the process dynamics in a hospital context coming from ludic activities developed by the Therapeutic Recreation Service at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA. It is a social service that is the Brazilian pioneer in providing recreational and occupational activities as part of treatment to the clinical, surgical and psychiatric patients of all ages in the preventive, curative and palliative levels. There is an effort to analyze the nature of the process dynamics which underlies these activities and pervades everyday actions and relationships in this institution from the perspective of Paulo Freire, and how it is represented. For this purpose, a qualitative research focused on the case study was used, having as its main technique the semi-structured interview with patients, family, scholars and health professionals involved with the action observed, complemented by an analysis of the current reality and historical records of the Department of Therapeutic Recreation / HCPA. The data collected were used after multiple readings and interpretations based on selected categories from the wide repertoire of Paulo Freire: **dialogue**, pointing the equalities and inequality in health, **critical participation** and **autonomy**, indicating the existence of liberation movements which can validate the routines, patterns and roles of the subjects in this context. Among the findings in the analytical stage of this study, the existence of crystallized hegemonic discourses, as well as the need to establish, during the ludic assistance, a careful, responsible and democratic listening that embraces the individual and collective demands in pursuit of an integrated, resolute and humanized comprehensive care, which values the sharing of knowledge and actions of everyone involved in the health-disease-hospitalization process.

Keywords: Health Care. Ludic-therapeutic Activity. Emancipatory Pedagogy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Espaços de atuação descritos e documentados no Relatório Anual do SRT/ HCPA de 2006	52
Figura 2 - Sala de Recreação da Unidade de Internação Pediátrica.....	53
Figura 3 - Sala de Recreação da Unidade de Oncologia Pediátrica	53
Figura 4 - Projeto de Extensão Universitária Sarau no Hospital.....	54
Figura 5 - Projeto de Extensão Universitária Crescendo com a Gente	55
Figura 6 - Projeto de Extensão Universitária “Era uma vez... A visita da fantasia”....	56
Figura 7 - Sala de Recreação Para Pacientes Adolescentes Adultos e Idosos	57
Figura 8 - Centros de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência - CAPSi II .58 (foto superior) e de Adultos - CAPS II (foto inferior)	58
Figura 9 - UBS/HCPA - Santa Cecília	59

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Organograma da Administração Central do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	47
Gráfico 2 - Quadro Funcional do SRT conforme registros da Coordenadoria de Gestão de Pessoas do HCPA – 2008	49
Gráfico 3 - Quantitativo de atendimentos / oficinas lúdicas e ocupacionais conforme dados do Relatório Anual do SRT/ HCPA – 2009	50
Gráfico 4 - Quadro comparativo dos atendimentos realizados no HCPA e no SRT de acordo com dados disponibilizados no Foulder Institucional de junho de 2008.....	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese das informações sobre os Pacientes do HCPA envolvidos no estudo	66
Quadro 2 - Síntese das informações sobre os Acompanhantes dos pacientes do HCPA envolvidos na pesquisa	66
Quadro 3 - Síntese das informações sobre os Profissionais Contratados do SRT/HCPA envolvidos na pesquisa	67
Quadro 4 - Síntese das informações sobre os Estagiários do SRT/HCPA envolvidos na pesquisa	67

LISTA DE SIGLAS

CAPS i II - Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência
CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial de Adultos
CTI e CTICC - Centro de Tratamento Intensivo e Centro de Tratamento Intensivo Clínico e Cirúrgico
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
GAA – Grupo de Apoio Assistencial
GPPG - Grupo de Pesquisa e Pós-graduação
HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre
MEC – Ministério da Educação e Cultura
OMS – Organização Mundial da Saúde
PICCAP - Programa de Incentivo de Cursos e Capacitações para Profissionais
PNH - Política Nacional de Humanização
SRT – Serviço de Recreação Terapêutica
SUS - Sistema Único de Saúde Brasileiro
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UTIP - Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico
VPM - Vice-presidência Médica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: SINGULARIDADES E DESAFIOS	21
3 O BRINCAR COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE	38
3.1 A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE RECREAÇÃO TERAPÊUTICA DO HCPA COMO MARCO REFERENCIAL.....	44
3.2 A DINÂMICA ESTRUTURAL DA AÇÃO LÚDICA NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	48
4 CUIDADOS EM SAÚDE, O LÚDICO E SUAS INTERFACES COM A PEDAGOGIA EMANCIPATÓRIA	60
4.1 DIÁLOGO: IGUALDADES E DESIGUALDADES EM SAÚDE.....	69
4.2 PARTICIPAÇÃO CRÍTICA E AUTONOMIA NO COTIDIANO HOSPITALAR.....	81
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	96
ANEXO A – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM PACIENTES	100
ANEXO B – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM OS ACOMPANHANTES	101
ANEXO C – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM OS COLABORADORES DO SRT/HCPA	102
ANEXO D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	103
ANEXO E – TERMO DE CONCESSÃO DE IMAGENS, FOTOS E/OU ENTREVISTAS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS E PACIENTES ADULTOS .	104
ANEXO F – APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA	106

1 INTRODUÇÃO

O exercício da curiosidade a faz mais criticamente curiosa, mais metodicamente "perseguidora" do seu objetivo. Quanto mais a curiosidade espontânea se intensifica, mas, sobretudo se "rigoriza", tanto mais epistemológica ela vai se tornando. (Paulo Freire)

A motivação para este trabalho surge de uma aparente contradição que povoa os corredores, a rotina e as relações no cotidiano hospitalar. A alegria e dor representam no cotidiano hospitalar as faces de uma mesma moeda, sistemas constitutivos de uma mesma realidade de um momento vivido, o que torna mágico e fascinante o envolvimento e o aprofundamento destas questões.

Percorrendo as idéias de alguns autores, conhecimentos acumulados nas produções científicas e na minha prática, percebi a necessidade trazer para este estudo convicções e inquietações que me afetam sem a pretensão de encontrar respostas prontas ou simplistas. Ao contrário, minha intenção foi a de analisar como problemática de pesquisa as dinâmicas processuais¹ em contexto hospitalar, oriundas das ações lúdicas desenvolvidas pelo Serviço de Recreação Terapêutica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre à luz da pedagogia emancipatória proposta por Paulo Freire. Um serviço que aposta na inclusão de práticas audaciosas e visionárias, que utilizam a alegria advinda do brincar como ferramenta de intervenção terapêutica desviante do modelo hegemônico "médico-centrado"², ainda hoje, encontrado na maioria das instituições de saúde brasileiras.

Para tanto foi preciso me deixar contaminar pela curiosidade crítica que descola o óbvio do complexo, tornando possível uma aproximação com a dimensão ampliada do adoecimento e da hospitalização, bem como os desafios propostos em combinações como alegria e dor, competência e amorosidade, assistencialismo e autonomia.

¹ O termo "Dinâmicas Processuais" é concebido aqui na perspectiva da cartografia existente na organização abrangendo políticas e processos assistenciais lúdico-terapêuticos.

² O modelo médico hegemônico é baseado nas formulações contidas no "Relatório Flexner" que analisou o ensino médico nos EUA em 1910 produzindo uma ampla reforma na formação médica, centrada no corpo e nas pesquisas biológica. A clínica flexneriana se tornou hegemônica, influenciando a condução dos serviços de saúde centrados no saber e na pessoa do médico (ROCHA; CENTURIÃO, 2007)

Estas dualidades serviram de ponto de partida para os meus estudos sobre a alegria enquanto um fenômeno que se expressa no corpo e pelo corpo, inclusive no enfermo e limitado, e que encontram nesta capacidade a força para transgredir e violar as regulações impostas por rotinas “engessadas” e ambientes assépticos.

Um movimento que desperta o interesse sobre a alegria, o lúdico e o brincar, direcionando o meu olhar rumo à compreensão das motivações internas e externas que autorizam os indivíduos a encontrar prazer, mesmo em situações adversas, e das forças que mobilizam grupos e instituições a adaptarem seus processos, relações e rotinas visando uma adequação a este diferente conceito terapêutico. Dinâmicas processuais subjacentes a assistência lúdica que validam a luta por conquista de espaço nas discussões acadêmicas e no âmbito das políticas públicas de saúde.

Para tanto, foi preciso limitar o campo investigativo ao cotidiano de uma instituição que é referência em saúde no sul do Brasil na qual desenvolvo atividades profissionais há 29 anos. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é um hospital público, geral e universitário que desde sua criação em 1971 vem marcando presença no cenário nacional e internacional como uma instituição pioneira que se ocupa, dentre outras coisas, em promover uma assistência de qualidade alinhada aos conceitos de integralidade em saúde e humanização do cuidado. Os avanços técnicos e tecnológicos são metas somente suplantadas pela valorização dos indivíduos envolvidos na relação cuidado/cuidador.

Ingressei nesta empresa na década de 80, antes de completar a formação de Licenciatura Plena em Educação Física, logo percebi a existência de lacunas em minha prática, decorrente de uma orientação acadêmica desconectada da realidade assistencial, visto que esta privilegiava a obtenção e/ou manutenção de uma plenitude orgânica e emocional através da aplicação de técnicas corporais que incluíam o uso de movimentos amplos, realizados, quase sempre, em ambientes ao ar livre.

Estas orientações, *a priori*, caminham na contramão das possibilidades e necessidades encontradas no cotidiano hospitalar já que, nos espaços de cuidado

hospitalar, as grandes demandas terapêuticas advêm de indivíduos fragilizados emocionalmente e/ou organicamente e com limitações temporárias ou permanente, impostas pela própria doença (ex: pós-cirúrgicos, cardíacos, imunodeprimidos etc.) ou pela terapêutica prescrita (ex: soros, drenos, cadeiras de rodas etc.). Situações que, na maioria das vezes, impedem ou dificultam a participação em programas recreativos que envolvam atividades de motricidade ampla. Além destes limitantes, os espaços físicos das unidades de saúde hospitalar, com suas exigências de assepsia e controle rígido de ruídos, em nada favorecem a aplicação de técnicas lúdicas que incluam movimentos corporais mais intensos ou vigorosos.

A disparidade entre o conhecimento e conteúdos adquiridos nos bancos acadêmicos e a realidade hospitalar exigiu uma adequação em meus conceitos e métodos de abordagem até então formuladas para um professor de Educação Física. Foi então, a partir da desconstrução³ do perfil esperado para este profissional e da ampliação de suas competências e capacidades academicamente limitadas à prescrição e avaliação de exercícios e ou programas físicos, que me senti autorizada a adentrar neste universo, centrado no “saber médico” e, de forma responsável, buscar contribuir com meu “saber lúdico” em um Serviço de Recreação Terapêutica em nível de saúde preventiva, curativa e paliativa para pacientes clínicos, cirúrgicos e psiquiátricos de todas as faixas etárias.

Uma proposta afinada as idéias de Luz (2007), ao afirmar que os profissionais de educação física necessitam adaptar suas funções para atuarem no campo da assistência desenvolvendo uma percepção diferenciada do corpo capaz de superar o modelo biomecânico, academicamente aceito e disseminado. Pois, como afirma a autora:

[...] não se trata de ‘treinar’ (caso do desporto) ou de ‘adestrar’ (caso da maioria das ginásticas) e talvez nem mesmo de habilitar (caso da educação escolar) o corpo dos praticantes para o desempenho de atividades físicas, mas, na maioria das vezes, simplesmente, colocar em contato com seu próprio corpo pessoas que jamais se detiveram em ‘senti-lo’ ou ‘ouvi-lo’ como algo seu pulsante, com capacidades e limites. Incluindo na concepção de corporeidade as categorias de saúde, vida e vitalidade. (LUZ, 2007, p. 15).

³ Desconstrução conceito desenvolvido por Jacques Derrida (2005) que propõe uma postura analítica do objeto histórico mostrando sua historicidade e como este foi construído.

O lúdico surge então, neste contexto, como um instrumento de intervenção para este “novo” educador físico, uma tecnologia de relações capaz de interrogar sentidos e significados, possibilitando a busca de novos referenciais para a intervenção clínica e o acesso ao universo hospitalar por vias não medicamentosas, favorecendo a autonomia e a co-responsabilidade crítico-transformadora no âmbito da atenção e do cuidado.

O interesse por realizar um estudo sistematizado sobre os aspectos que compõem o brincar adaptado e aplicado com propósitos terapêuticos em hospitais crescia em mim conforme aumentava minha consciência e responsabilidade para com os sujeitos “assujeitados” pelas técnicas e tecnologias, rotinas e protocolos prescritos.

Foi preciso agregar, então, à minha bagagem de professora/educadora conhecimentos oriundos de diferentes ciências tradicionalmente ligadas à área da saúde, como: psicologia, psiquiatria, medicina e enfermagem, nutrição etc. Conhecimentos que possibilitaram a ampliação da minha capacidade para analisar criticamente o entorno da ação lúdica, mantendo-me alerta ao cumprimento dos preceitos éticos, promovendo o aprimoramento de uma escuta integral e cuidadosa dos indivíduos e dos coletivos e, principalmente, indicando o diálogo como eixo norteador do meu fazer no contexto hospitalar.

Marcas emblemáticas da Pedagogia Freiriana e que, neste estudo, representam os elos invisíveis que interligam educação e saúde. Uma aproximação fortalecida no Curso de Mestrado em Educação onde agreguei ao censo analítico e crítico o necessário rigor técnico e metodológico dispensado às produções científicas de qualidade. Uma experiência acadêmica que serviu de lastro para as construções teóricas, os embates com o meu fazer terapêutico e as minhas escolhas metodológicas.

Para o presente trabalho optei pelo Estudo de Caso uma vez que possibilita a visualização do ambiente assistencial e amplia os significados das mensagens contidas e reforçadas pelo brincar enquanto instrumento terapêutico compatível com a abordagem emancipatória de Paulo Freire.

Como técnica central usei a entrevista semi-estruturada tendo como referência Minayo (1996), que descreve este tipo de entrevista como um instrumento apropriado para se obter dados objetivos e/ou concretos bem como dados subjetivos ligados a vivência, opiniões valores e sentimentos dos entrevistados. Uma técnica que inclui no seu perfil a flexibilidade para combinar perguntas estruturadas e não estruturadas, que favorecem a livre expressão e uma maior interação entre pesquisados e pesquisador.

A escolha dos informantes, a princípio, foi estabelecida seguindo critérios de proximidade com a ação e seus efeitos, sendo selecionados então, pacientes clínicos e cirúrgicos (crianças, adolescentes, adultos e idosos), seus acompanhantes e colaboradores do SRT / HCPA. Ao longo do percurso, contudo, outro olhar foi surgindo e amadurecendo minha caminhada mudando a configuração dos sujeitos pesquisados. No caso as crianças deixaram de ser sujeitos diretos da pesquisa, sendo colhidas, somente, as falas de seus acompanhantes. Esta escolha visou aproximar as percepções e vivências sobre a saúde, doença e a hospitalização.

Foram entrevistados, ao total, cinco pacientes, cinco acompanhantes e dezoito colaboradores. Sendo oito profissionais contratados e dez acadêmicos das modalidades de estágio obrigatório (curricular) e não obrigatório (extracurricular).

Ampliando os recursos de pesquisa analisei, também, registros acadêmicos, administrativos, jornalísticos e fotográficos, bem como relatos de experiências de membros de equipes ligadas ao SRT/HCPA. Esta complementação da técnica serviu para aproximar as informações captadas na entrevista semi estruturada com o cenário de uma internação hospitalar.

Assim, o convite à leitura deste texto é reforçado pela intenção nele contida de quebrar fronteiras dos saberes pré-formados, desterritorializando o nosso “ser técnico e profissional” colocando-nos frente a frente com o humano ato de sofrer e outras manifestações contidas em situações de adoecimento e hospitalização.

Nas páginas que compõem o primeiro capítulo dedico-me a promover um resgate da trajetória da assistência hospitalar suas singularidades e desafios

analisando as estruturas e dinâmicas adjacentes, àquilo que se mostra à primeira vista no campo das técnicas/tecnologias do cuidado, tecendo considerações sobre o complexo universo relacional entre a educação e a saúde. Um universo, contemporaneamente, permeado por questões históricas, sócio-políticas e culturais que afetam os enunciados das políticas públicas que regulam a assistência e o brincar em ambiente hospitalar.

No capítulo seguinte apresento um enquadramento semântico do brincar a partir dos significados, força e limite das palavras que o representam sem perder de vista o valor e as diferentes nuances que adquirem neste contexto. Uma opção realizada por estar convencida de que as palavras carregam em si, e nas suas considerações antropológicas, o poder de nos ajudar a entender o mundo, seus costumes e crenças. Neste caso, o mundo da saúde e do sofrimento.

A criação de espaços de livre expressão e criatividade dentro de instituições de saúde e sua utilização como estratégias não medicamentosas para o alívio da dor e agenciamento dos desconfortos decorrentes da hospitalização, são generosamente fundamentados neste capítulo. Para tanto, tomo como exemplo a origem e estrutura do Serviço de Recreação Terapêutica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre seu fazer, as políticas e currículos no âmbito da saúde, bem como as práticas educativas contidas nesta proposta exitosa e pioneira e seu papel terapêutico relevante.

Na seqüência o destaque recai sobre os princípios norteadores da Pedagogia Emancipatória de Paulo Freire. Quais sejam: o diálogo, a participação crítico-transformadora e a autonomia aqui representando as categorias de análise da nossa pesquisa.

O diálogo, enquanto marco teórico-conceitual das formulações Freirianas, é convidado a balizar as relações interpessoais efetuadas no cotidiano hospitalar, o modelo hegemônico assistencial, a humanização hospitalar e as igualdades e desigualdade em saúde. Já a participação crítica e a autonomia, elementos descrito por Paulo Freire como libertadores/transformadores de realidades, surgem no corpo da pesquisa como parâmetros para a análise das rotinas, saberes,

currículos padrões e papéis definidos no contínuo das ações em saúde, em especial das ações lúdico-terapêuticas oferecidas pelo Serviço de Recreação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

2 A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: SINGULARIDADES E DESAFIOS

A fim de delinear o cenário do nosso estudo tomaremos emprestados referenciais teóricos e históricos que se ocupam em descrever a organização dos espaços de cuidados, seus diferentes atores e as dinâmicas curriculares lá existentes. Consideramos esta retomada como ponto de partida para a compreensão e o aprofundamento de um problema importante que assola o atual sistema de saúde brasileiro, a assistência hospitalar.

Registros históricos apontam que as civilizações na Antigüidade eram altamente desenvolvidas em vários setores da atividade humana, mas pouco no que refere ao cuidado com os doentes e a assistência à saúde tanto individual, quanto coletiva.

Confirmando, Foucault (2008) relata que apesar de ser uma instituição milenar, o hospital, na sociedade ocidental, só passou a ter um papel de instrumento terapêutico e local de cura no final do século XVIII. Nesse período, grupos organizados como a Academia de Ciências da França tentavam instituir nos hospitais existentes certas padronizações clínicas, tendo como principal objetivo o estudo dos aspectos físicos e funcionais para transformar os depósitos de doentes, da época, em instituições que buscassem a assistência à saúde em locais adequados às práticas médica. Até então, os hospitais dedicavam esforços em afastar os enfermos da sociedade, separando-os para esperar a morte, não havendo nenhuma, ou quase nenhuma, intervenção sobre a doença ou o doente.

Conforme Foucault (2008), os cuidados com os doentes, assim como dos órfãos, viúvas, pobres e viajantes eram de responsabilidade de seguidores e adeptos de religiões ou doutrinas religiosas onde os diagnósticos e as terapêuticas, por longo tempo, constituíam-se em práticas empíricas, "magias", "cultos religiosos", "superstições", "encantamentos", "interpretação de sonhos", muito mais do que em um produto de observação e análise criteriosa de características e queixas dos do paciente e/ou sinais e sintomas de sua doença ou histórias terapêuticas pregressas.

O Hospital permanece com essas características até o começo do século XVIII e o hospital geral, lugar de internamento, onde de justapõe e se misturam os doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc. é ainda, em meados do século XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece. (FOUCAULT, 2008, p. 102).

Sem conhecimento das bases biológicas e fisiológicas envolvidas no processo do adoecimento relacionava-se o surgimento ou permanência das dores e dos sofrimentos orgânicos e mentais às justas penitências aplicadas em virtude de possíveis faltas contra doutrinas e/ou divindades que eram cometidas pela própria pessoa enferma ou ainda, resultado por dívidas comportamentais, éticas ou espirituais de seus antepassados. A saúde estava intimamente ligada à idéia de um dom ou dádiva de caráter místico e a sua evolução era de total responsabilidade e vontade dos deuses, com pouca ou nenhuma possibilidade de interferência humana no seu desfecho.

Desta forma o hospital, enquanto estrutura assistencial com as características e peculiaridades observadas nos dias atuais constitui-se em uma instituição recente. Uma invenção relativamente nova no que se refere à organização e a sistematização de processos e práticas terapêutica com o objetivo de alcançar a cura de doentes. Mas, a principal mudança percebida diz respeito à formação e ao envolvimento médico que, até o século XVIII, não incluía as atividades hospitalares, sendo sua tarefa restrita a observação do comportamento dos doentes para auxiliar a natureza no processo de cura.

Com o advento das guerras surge a necessidade de criação de unidades emergenciais de atenção a saúde que acabaram impulsionando a organização de hospitais militares na Europa. Como conseqüência, a ordem e a disciplina, marcas fortes das corporações militares foram absorvidas pelas instituições assistenciais influenciando no funcionamento hospitalar tal como conhecemos hoje. Como exemplo desta aproximação transformadora destacamos a identificação numérica dos indivíduos/pacientes conforme o leito ocupado, a organização e o alinhamento dos leitos, o estabelecimento de horários rígidos para a realização das rotinas, a hierarquização de tarefas/funções e a separação das enfermarias por doenças com necessidades terapêuticas especiais. Para Foucault (2008), com estas medidas,

finalmente, o hospital assume ser um campo documental normatizado, além de um espaço de controle e cura.

Nos anos que se seguiram, o poder disciplinador foi sendo gradativamente absorvido e aperfeiçoado tornando-se uma estratégia de gestão de homens e de corpos, e é este poder que assume a tarefa de reorganizar o hospital. “É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização.” (FOUCAULT, 2008, p. 107).

Com a medicalização o hospital passa a ser percebido como um instrumento de promoção de saúde/cura com funções terapêuticas, espaço de experimentação e formação médica e onde a clínica⁴ aparece como sua dimensão essencial. A figura do médico ganha, neste contexto, um lugar de destaque sendo reconhecido como principal responsável pela re-organização hospitalar.

Com o passar dos tempos as organizações hospitalares tornam-se bastante complexas sugerindo um rearranjo na condução diretiva onde a terapêutica passa a ser de responsabilidade de equipes multidisciplinares com elevado grau de especialização para atuarem na prevenção de doenças, restauração da saúde, promoção do conforto e da qualidade de vida. Uma dinâmica que prevê a utilização de tecnologias conforme indicação do Informe Técnico número 122, de 1957 da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1957), onde o hospital é

[...] parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva. Incluindo em seu rol de oferecimentos serviços extensivos à família (em seu domicílio) e, ainda, centros de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais. (LISBOA, 2002).

Tarefas que, cotidianamente, na assistência hospitalar encontram-se relacionadas à emblemática figura do médico enquanto guardião do corpo e da saúde. Com seu arsenal de técnicas e tecnologias minuciosamente desmembrado em protocolos, este profissional assume a função de atender o maior número de

⁴ Clínica concebida aqui, segundo Foucault (2008), como um lugar de formação e transmissão de saber no contexto das organizações hospitalares.

detalhes, sintomas e sinais patológicos encontrados em corpos adoentados descritos em literaturas que coletivizam a dor e o sofrimento. Descrições que buscam prever e quantificar através de textos e testes as reações e limites do que poderá ser alcançada em nível de cura, melhoria de qualidade de vida e/ou situações de terminalidade.

Uma protocolarização da assistência e da saúde merecedora de considerações uma vez que, exercida de forma desmedida, tende a direcionar as práticas clínicas a uma despersonalização dos indivíduos enfermos retirando o singular, isolando ou, pior ainda, banalizando os sentimentos abrigados nos sinais e sintomas encontrados nos corpos em prol da aparente segurança contida na medicalização e nas tecnologias avançadas.

Universalizando o discurso sobre os progressos tecnológicos de Paulo Freire (2007a) veremos que os limites éticos para sua aplicabilidade devem estar intimamente comprometidos com as necessidades e interesses dos indivíduos e dos coletivos em um processo democrático equilibrado de saberes, decisões e ações.

A todo o avanço tecnológico haveria de corresponde o empenho real de resposta imediata a qualquer desafio que pusesse em risco a alegria de viver de homens e mulheres. [...] Não se trata, acrescentemos, de inibir a pesquisa e frear os avanços, mas de pô-los serviço dos seres humanos. (FREIRE, 2007a, p. 130).

O saber médico, prevalente no cotidiano e nas rotinas, estabelece o controle e o poder através de siglas e códigos que compõem uma linguagem própria conhecida e instituída como “idioma oficial” do universo hospitalar. Esta “linguagem médica” constitui a parte disciplinadora visível dos complexos processos de saúde que é aplicada sobre os corpos fabricados e adestrados na complexa teia relacional do sistema de saúde para que atinjam os padrões conhecidos como, normalidade. Foge ao objetivo deste estudo, no entanto, uma maior fundamentação sobre parâmetros ou padrões de normalidade. O que importa aqui é reter a tese sobre a supervalorização das complexas tecnologias que afastam o profissional/humano do paciente/humano como pano de fundo para as nossas próximas problematizações.

Paulo Freire (2007a), referindo-se ao uso e aplicação dos contributos tecnológicos e científicos, alerta que posturas radicais tendem a distanciar o pensar certo, reflexivo e coerente de um fazer certo, dinâmico e transformador. “Divinizar ou diabolizar a tecnologia ou a ciência é uma forma altamente negativa e perigosa de pensar errado. [...] Pensar certo é fazer certo.” (FREIRE, 2007a, p. 34).

Fazer certo no âmbito da saúde remete a “boniteza” da prática fundamentada na ética, no aprimoramento técnico/tecnológico baseado na unicidade de cada indivíduo e na afetividade que representa a força-motora das relações terapêuticas humanizadas.

Para Bermejo (2008) a burocratização, a massificação, a centralização, a disputa de poder, a progressiva desumanização e outros fatores, obstaculizam gravemente o exercício do cuidar e da práxis terapêutica. A relação médico-paciente é intermediada, na maioria das vezes, por aparelhos, sondas, tubos, etc. que estabelecem os limites da aproximação e da comunicação, mas é nestas tecnologias que, paradoxalmente, são depositados confiança e esperança de cura e de sanção do sofrimento.

Com isto, os sistemas de referência em saúde acabam rendendo-se a presença obrigatória de aparatos tecnológicos avançados ligados, quase sempre, ao uso de máquinas e equipamentos modernos para serem usados nos processos de diagnose e terapêutica para identificar, tratar ou quantificar sinais e sintomas dos indivíduos adoentados. Esta visão reducionista para Mehry (2006) tem dificultado bastante a compreensão do que vem a ser o trabalho em saúde.

Ampliando este conceito propõe que olhemos com atenção os processos de trabalho realizados no conjunto das intervenções assistências para além das ferramentas-máquinas usadas. Salaria que, acima destas tecnologias duras, são mobilizados intensamente conhecimentos sob a forma de saberes profissionais bem estruturados, protocolados e normatizados como a clínica do médico, a clínica do dentista, o saber da enfermagem, do recreacionista, do psicólogo, etc.. O que permite dizer que há uma tecnologia menos dura do que os aparelhos e as

ferramentas de trabalho e que está sempre presente e que Mehry (2006) denominou de leve-dura.

Além destas duas tecnologias o autor identifica outra denominada de “tecnologia leve”, construída no encontro com usuário/paciente nas relações e trocas de sensações e sentimentos na qual se opera um jogo de expectativas, cumplicidade, momentos de fala, escuta e interpretações em torno dos problemas que precisarão ser enfrentados. Um processo intervencionista nomeado pelo autor de “trabalho vivo” que abre espaço para a subjetividade num exercício profícuo de esperança, autonomia e co-responsabilidade.

Todavia, como afirma Gafo (2000), este foi sempre o grande desafio da medicina desde que nasceu das mãos de Hipócrates e que já aparecia nos escritos das antigas culturas, o de favorecer a relação entre o profissional da saúde e o paciente. Uma profunda crise no paradigma do atual modelo de intervenção em saúde, uma vez que desloca o foco da atenção do cuidado para a pessoa do usuário e onde as relações (tecnologia leve) são consideradas igualmente terapêuticas, se comparadas às tecnologias duras ou leve duras.

Nesse sentido, afirma Mehry (2006), os recursos tecnológicos com que se pode contar são praticamente inesgotáveis, pois, ficam centrados no trabalho vivo que, enquanto tecnologia leve, produz um compromisso permanente com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver, autonomizar. Os modelos assistências desenhados dessa forma serão cada vez mais dependentes de uma clínica muito mais profunda e rica.

A questão central é: como garantir que a relação entre os que detêm os conhecimentos técnicos em saúde e quem vive o duro momento de uma enfermidade seja uma experiência saudável de respeito e autonomia? Para tanto precisamos nos debruçar sobre um tema que não é exclusivo do mundo da assistência, mas refere-se a todos os espaços de realização e atuação humana. Um problema ético, como nos apresenta Bermejo (2008), de alta frequência, mas às vezes de baixa intensidade, qual seja: a humanização das relações.

Afirma-se, amiúde, que o processo de tecnologização da saúde vem sendo acompanhado de um processo lento, mas gradual de desumanização. Um discurso permeado pelo receio de que a massificação da assistência e das altas tecnologias acabe por transformar os indivíduos em objetos, o singular em seriado, “coisificando” os sintomas e sentimentos e colocando em risco a identidade pessoal.

Gafo (2000) relaciona o significado mais claro da desumanização e de despersonalização com a perda das características pessoais, a falta de cuidado para com a dimensão emotiva e os valores com a ausência de calor humano que encobre, muitas vezes, os sentimentos de impotência e o desconforto pela falta de autonomia do próprio doente que, manipulado como um objeto passivo, não pode intervir e opinar nos procedimentos prescritos e diagnósticos infaustos.

Um ser paciente, impotente que distante da sua própria realidade gravita por realidades que lhe são postas numa imitação passiva desprovido de um pensar comprometido com suas necessidades e interesses. Paulo Freire dedicou grande parte de sua obra ao aprofundamento destas relações desiguais compostas por opressores e oprimidos onde, ao assumirem-se como oprimidos, os indivíduos abandonam o direito de apreender a realidade com critérios pessoais visualizando-a com olhos alheios, vivendo uma realidade imaginária e não mais a sua. Seres subjugados a um poder invisível e alienante de extraordinária eficiência ao qual Freire (2007a) denominou de burocratização da mente.

Um estado refinado de estranheza, de auto-demissão da mente, do corpo consciente, de conformismo do indivíduo, de acomodação diante de situações consideradas fatalisticamente como imutáveis. É a posição de quem se assume como fragilidade total diante do todo- poderosismo dos fatos que não apenas se deram porque tinham que se dar, mas que não podem ser ‘reorientados’ ou ‘alterados’. (FREIRE, 2007a, p. 114).

Gomes e Fraga (2001), ao estudarem os direitos dos indivíduos hospitalizados, trazem a idéia de um sentimento de subordinação assumida por parte dos pacientes em relação a seus cuidadores, uma posição de entrega total com raros questionamentos sobre as condutas e em menor escala com revelações de sentimentos.

Em contrapartida, afirmam que os profissionais de saúde com sua formação e saber técnico acreditam estar habilitados a exercerem certo poder sobre sua clientela, esquecendo que quando um usuário procura ajuda em um serviço de saúde não está simplesmente atrás de conhecimento, exames e tecnologias de ponta. Nesta dinâmica de interações buscam, também, soluções para os seus problemas através de relações de confiança que garantam que suas queixas serão escutadas de forma única e singular. Uma escuta que acolhe e insere os sofrimentos e as queixas na história clínica e a complementa com exames, suspeitas, discernimento clínico, confiança e empatia para a construção de um plano de intervenções terapêuticas resolutivas.

Seguindo esta lógica Mehry (1998 apud CECCIM; PINHEIRO, 2006, p. 26), nos diz que a busca do usuário/paciente é por um serviço de saúde “usuário-centrado”, que contemple suas necessidades, suas vontades, a liberdade quanto ao modo escolhido para levar sua vida além do compromisso que tudo será feito para restabelecer sua saúde. Desta forma espera que sejam confortadas suas dores e angústias qualificando, assim, sua existência. Mas, de modo geral, o paciente e seus familiares são os últimos a serem ouvidos, com isto sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados. Sobre estes sentimentos identificados Freire (2007a, p. 56) ressalta que:

[...] a auto desvalia é outra característica dos oprimidos. Resulta da introjeção que eles fazem da visão que deles têm o opressor. De tanto ouvirem de si mesmos que são incapazes [...] terminam por se convencer de sua incapacidade.

Paralelo a isto Santa Roza (1999) destaca que a perda da saúde, normalmente, vem acompanhada de rupturas com hábitos e rotinas dos indivíduos acarretando uma série de alterações e crises. Situações que podem ser, minimamente, atendidas se houver uma conformação adequada das relações tecnológicas duras, leve-duras e leves. Minayo (2004 apud MITRE, 2006), acredita que este cenário será alterado à medida que nas relações entre profissionais e pacientes possa ser percebida e respeitada a singularidade e a humanidade do outro, ou seja, “[...] sua capacidade de pensar, de interagir, de ter lógica, se expressar e ter intencionalidade.” (MINAYO, 2004 apud MITRE, 2006, p. 285). Uma

práxis que levará os indivíduos a tomarem consciência da realidade, questionando e refletindo sobre o processo saúde-doença-intervenção de forma compartilhada e dialógica.

Para Mitre (2004), muitas vezes em nome da eficiência e da eficácia terapêutica, a equipe técnica de saúde se distancia do “sujeito” e de suas singularidades visto que estas tendem em modificar os modelos tradicionais de cuidado provocando incertezas e instabilidade ao quebrarem as normas e protocolos, responsabilizando os serviços de saúde e as pessoas com os problemas e as situações particulares dos seus usuários/pacientes.

Neste contexto, estratégias estão sendo pensadas e experimentadas para o enfrentamento das más práticas, da coisificação do cuidado, da vida, da morte e do sofrimento tendo como base a amorosidade e a competência científica humanizada. Um desafio que pode ser conquistado, como sugere Freire, através da dialogicidade dos encontros entre os homens que mediatizados pelo mundo, transformam e humanizam as relações para a humanização de todos. Um encontro terapêutico capaz de recuperar a dimensão humana, tendo a saúde e a qualidade de vida como meio e meta a ser conquistada.

Barbero (1999 apud BERMEJO, 2008), apresenta uma interessante reflexão referindo-se a humanização da assistência como uma “tecnologia de ponta”. Entendendo, outrossim, que as relações humanas e humanizadoras que se pretende promover no meio da saúde seriam de fato tecnologias que, para além dos aspectos meramente humanitários, tem a missão de resgatar a unicidade do indivíduo que não podendo ser repetido ou generalizado deve ser respeitado no seu protagonismo e privilégios no processo de saúde. Para tanto, o indivíduo enfermo necessita ser ajudado a compreender sua situação com informações claras e precisas a fim de que possa assumir a responsabilidade de fazer opções dentre as possibilidades terapêuticas disponíveis, pois, do contrário, desempenhará um papel alienado, passivo e dependente.

2.1 POLÍTICAS E PROCESSOS EM SAÚDE

O adoecimento e hospitalização mobilizam sentimentos diferentes, mas nunca indiferentes nos indivíduos envolvidos. Sentimentos percebidos e expressos de maneira singular com variações determinadas pela proximidade, evolução ou condução destes eventos.

Reconhecer estes movimentos, internos e externos, compromete a instituição de saúde e suas diversas equipes a oferecer, não só técnicas e tecnologias resolutivas, mas avançar no entendimento deste contexto, promovendo um olhar e uma escuta capaz de agenciar a vida e suas necessidades.

Ceccim (1997) chama esta escuta de “escuta em saúde” que, incorporando a perspectiva de atenção integral, se volta à promoção da saúde (produção de vida e de sentimentos) alicerçada nos processos interativos de percepção e sensibilidade.

Uma adequação que, ao nível da assistência hospitalar, não se constitui em tarefa fácil visto o impacto da cultura assistencial médico-centrada e o domínio normativo-prescritivo dos conhecimentos e práticas clínicas que estabelecem e constroem o currículo que direcionam as relações e ações no ambiente terapêutico.

Bernstein (1971 apud FORQUIN, 1993, p. 85), afirma que: “[...] o modo como uma sociedade seleciona, classifica, transmite e avalia os saberes reflete a distribuição do poder em seu interior e a maneira pela qual é assegurado o controle social dos comportamentos individuais.” Isto gera um sistema de mensagens que estabelecem os códigos de saberes com variações decorrentes dos contextos institucionais e sociais nos quais estão inseridos. Currículos que, revestidos de intencionalidade, representam os interesses e expectativas dos sujeitos e/ou organizações na busca da manutenção das hegemonias e do controle rígido das rotinas e das regras.

A semelhança dos espaços escolares, os currículos prescritos para o ambiente hospitalar são percebidos pela compartimentalização de saberes e por

estarem impregnados de uma hierarquia de interesses e responsabilidades com pesos e poderes desarmonicamente distribuídos. Uma relação que desprezando, muitas vezes, as diferenças e singularidades dos sujeitos imbricados no complexo processo saúde/doença/hospitalização, afasta cuidadores e cuidados do que deveria ser *a priori* o norte da atenção integral e humanizada em saúde: o diálogo, o rigor ético, o respeito, a justiça e a autonomia. Conceitos mobilizadores/geradores de transformação aos quais Freire dispensou especial atenção em seu repertório pedagógico, político e literário e que hoje servem de medida a nossa análise crítica do entorno que compõe o universo da internação hospitalar.

Estas idéias, quando transportadas para este cenário, falam da compatibilidade entre rigor e competência técnico-científica com a amorosidade nas relações, e dos benefícios que advêm desta postura na construção de ambientes favoráveis e permeáveis a mudanças. Mudanças que estimulam à assunção de condutas vigilantes contra práticas injustas e desumanas onde, centralizando a atenção na pessoa, redimensionam a confiança nos medicamentos e nos instrumentos acessórios de diagnósticos e tratamento. Com isto, conforme Bermejo (2008) diminui-se os riscos de banalizar a dor e o adoecer humano e de elevar a técnica a uma condição “tirana” da idolatria que encobre a eficácia do uso da palavra e do encontro na consolidação do cuidado integral e humanizado.

Nesta linha, algumas pospostas vêm sendo implementadas como, por exemplo, a Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2003) criada para reunir e sistematizar as determinações propostas na reforma sanitária nos anos 70. Tendo como pilares éticos e políticos os princípios do Sistema Único de Saúde Brasileiro - SUS⁵ aponta estratégias para a resolução de problemas como a dificuldade no acolhimento das demandas e a desvalorização do trabalho em saúde que, muitas vezes, acaba desmotivando a formação de vínculo entre usuários e equipes.

⁵ O Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com objetivo de diminuir a desigualdade de acesso a assistência à Saúde tornando obrigatório o atendimento público a toda população.

Um método de inclusão que induz a mudanças nos modos de gerir e cuidar em saúde onde os espaços de participação e acesso são preservados resultando num processo democrático de negociação e pactuação entre sujeitos. Relação que, apostando no acolhimento dos sentimentos, interesses e necessidades dos beneficiários do sistema de saúde intermediados pelos saberes dos profissionais, produz um contrato terapêutico a partir da combinação de técnicas biomédicas e do anseio do próprio usuário em seu cuidado. Uma clínica democrática e ampliada que permite o ingresso do “outro” produzindo o deslocamento dos papéis e o compartilhamento de responsabilidades.

Analisando as construções teóricas da PNH é possível perceber que a humanização no contexto hospitalar não se reduz a um discurso vazio e dissociado, pois revestidas do caráter humano indissociável do cuidado acabam interferindo de maneira concreta nas práticas de saúde e na organização do sistema. Uma dinâmica acordada e consensuada coletivamente a partir de uma participação crítica para a promoção de novas atitudes e principalmente de novas éticas. Tema sublinhado por Freire (2007a) ao destacar os limites e os conflitos entre o que é de direito e o que é moral na construção ético libertadora das atitudes humanas uma vez que ética para o autor:

[...] condena o cinismo; [...] a falsear a verdade, iludir o incauto, golpear o fraco e indefeso, soterrar o sonho e a utopia, prometer sabendo que não cumprirá a promessa; [...] se sabe afrontada na manifestação discriminatória de raça, de gênero, de classe. (FREIRE, 2007a, p. 16).

Assim, esta ética de caráter universal, quando utilizada como “norte” para as atitudes humanas, pode contribuir para a elaboração justa e saudável das regulações e políticas públicas também no contexto da saúde uma vez que remete ao respeito pelo outro e suas diferenças. Seguindo esta linha direcionamos nosso olhar para o SUS que, através da Lei Orgânica de Saúde em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, definiu como matrizes éticas, ideológicas e doutrinárias a Universalidade, Equidade e a Integralidade para a condução das práticas e processos assistenciais (BRASIL, 1989).

A saúde enquanto direito fundamental do ser humano tem na Universalidade a garantia de que o Estado proverá as condições indispensáveis ao pleno exercício e o acesso a atenção e assistência à saúde em todos os níveis de complexidade. A Equidade, princípio de justiça social, vai comprometer os serviços de saúde com a diminuição das desigualdades tratando desigualmente os desiguais, com investimentos maiores onde a carência é maior.

Já a Integralidade, neste contexto, vem garantir o oferecimento contínuo e articulado de ações e serviços necessários a resolução de cada caso em todos os níveis de complexidade da assistência, sejam eles de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde. Um princípio que propõe uma postura de recusa ao reducionismo, a fragmentação, à objetivação dos sujeitos, reafirmando a necessária abertura para o diálogo, o respeito e a aceitação do outro.

Posturas provocativas que, no contexto da assistência e do cuidado, nos faz pensar no “desafio da complexidade” proposto por Morin (2001) onde o entendimento sobre a saúde descortina a necessidade de que a ciência resgate sua capacidade de gerar sínteses diante de sujeitos fragmentados e em crise pela crescente evolução das especializações.

A ciência e os saberes, para este autor, vêm perdendo a noção de multiplicidade e diversidade em consequência da simplificação dos processos que acabam passando por cima da ordem, desordem e das contradições existentes em todos os fenômenos e nas relações entre eles. Para tanto, recomenda uma reforma do pensamento que pressupõe a consciência de si e do mundo, um movimento crítico sobre o próprio pensar, seus métodos na busca de uma “visão poliocular ou poliscópica”, onde “[...], as dimensões físicas, biológicas, espirituais, culturais, sociológicas, históricas, daquilo que é humano deixem de ser incomunicáveis.” (MORIN, 2001, p. 30).

Desta forma o compartilhamento e a solidariedade passam a ser fundamentais para superação do que Morin (2001) chama de crise “planetária” e que nada mais é do que a exposição das fragilidades e da impotência humanas diante das incertezas

que cotidianamente se apresentam. Um conflito que necessita do reconhecimento, em última instância, da unidade dentro do diverso e o diverso dentro da unidade.

Nos espaços assistenciais o convívio diário com as diferenças e vulnerabilidades se misturam com imprevistos e urgências, impelindo os trabalhadores de saúde a buscarem alternativas intervencionistas que superem, muitas vezes, os espaços e as fronteiras disciplinares e culturais. Uma dinâmica de encontros, desencontros, permeada por sentimentos de fracasso e imobilidade diante de situações limite que exigem competência e confiança em si e no outro. Um jogo relacional complexo, onde o diálogo democrático pode assegurar a eficiência e resolutividade do plano terapêutico, tese reforçada por Morin (2001) quando salienta a importância da comunicação dos pedaços separados do quebra-cabeça.

Desta forma a produção de cuidado interdisciplinar amplia a visão e melhora a ação, incorporando a percepção do outro e evitando o que Merhy (2006) chamou de “cegueira situacional”, onde ângulos de um caso seguem desconhecidos uma vez que cada profissional capta somente partes de uma mesma realidade. Esta estratégia na assistência tende a minimizar as distorções e valorizar os envolvidos coresponsabilizando-os com a condução e tomadas de decisões através da participação problematizadora no complexo campo das especializações em saúde.

2.2 A EDUCAÇÃO E SAÚDE ENQUANTO UM DESAFIO DIALÓGICO

A exemplo da educação, a saúde em nosso país também busca conquistar seu espaço e garantias de amplos e justos direitos onde o surrado e frágil jargão “Saúde para Todos” venha a ser traduzido como “saúde integral, humanizada, de qualidade para todos e todas baseada no respeito às especificidades e atendimento igualitário das demandas”.

Um espaço aberto e democrático onde as prioridades possam ser discutidas e soluções encontradas coletivamente. Um espaço de interlocução, como nos

apresenta Marques (1996), de diferentes vozes, que se aproximam, solidarizam-se e identificam para a construção de espaços comuns de atuação, sem, no entanto renunciarem a si mesmas, preservando, assim, as condições e as posições de seus saberes, necessidades e experiências de vida.

Nesta linha, mudanças importantes foram implementadas no contexto da saúde pública brasileira na última década que, desde a reforma sanitária⁶ iniciada em meados dos anos 70, vem passando por um processo de legalização e normatização, congregando direitos constitucionais para usuários, profissionais e gestores. Novos rumos que, segundo Rocha & Centurião (2007), já são percebidos no contexto das políticas públicas, nas instituições de saúde e, de forma ainda tímida, nos cursos de graduação e formação das universidades públicas e privadas brasileiras.

Como exemplo desta defasagem, destacamos as orientações oferecidas nas Escolas Superiores de Educação Física do RS onde, até o presente momento, não encontramos definições claras quanto ao pertencimento e competências para que os profissionais em formação possam atuar terapeuticamente na área da saúde hospitalar. Esta situação aponta para a necessidade de mudanças nas atuais grades curriculares construídas sob a lógica da plenitude orgânica e psíquica.

Urge fortalecer estas práticas, redirecionando metodologias e estratégias que associem conhecimentos e vivências em serviços de saúde, planejamento e gestão de políticas públicas, práticas de atenção em saúde integral, princípios sociais e éticos alinhados ao cotidiano da assistência e do cuidado, escuta terapêutica, participação em atividades de prevenção e produção de cuidados em saúde. Co-responsabilizando, assim, as instituições de ensino superior a oferecerem à sociedade profissionais críticos, criativos e capazes para atender as demandas dos indivíduos e dos coletivos.

⁶ A Reforma Sanitária Brasileira nasceu durante a ditadura militar e consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde foi debatido um novo modelo de saúde para o Brasil ficando garantido na Constituição que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.

Para tanto é preciso considerar as inovações surpreendentes que invadiram o planeta no século XXI, que sugerem um movimento de afastamento do caráter humano no ser e fazer das pessoas em detrimento das novas e avançadas tecnologias. Sem esquecer, também, que a sociedade globalizante vem provocando uma revolução nas comunicações, nas relações, nos valores, bem como na forma de construir e armazenar idéias e memórias.

Histórias e memórias que não podem ficar circunscritas a um passado estanque devendo contribuir para o aperfeiçoamento do presente sem correntes ou amarras na inércia, servindo como verdadeiras molas propulsoras para o entendimento e transformação de realidades.

O Brasil viveu nos anos 70 um verdadeiro modismo pedagógico onde por influência e inspiração de estudos desenvolvidos por Jean Piaget as escolas mais progressistas foram invadidas, principalmente na educação infantil, por uma avalanche desenfreada de brinquedos e jogos com finalidades pedagógicas. Seguindo a orientação piagetiana a atividade lúdica seria o berço obrigatório das atividades intelectuais da criança, contribuindo para o desenvolvimento das funções cognitivas das crianças sendo, por isso, indispensável à prática educativa.

Nesta mesma época surgiam no país, também, os primeiros espaços lúdicos em hospitais, utilizando os jogos e brincadeiras como ferramentas não apenas para simples entretenimento, mas atividades que inseridas em um plano terapêutico se propunham tratar e/ou amenizar sintomas provocados por doenças e tratamentos traumáticos.

Passados quase trinta anos, e com o advento e valorização de outras tendências pedagógicas, o brincar perdeu sua centralidade nos debates escolares, mas no âmbito da assistência hospitalar esta ação, curiosamente, segue ganhando força e credibilidade por intervir diretamente sobre os indivíduos, ambientes e realidades.

Poucos autores dedicaram-se a fazer estudos aprofundados do brincar e sua trajetória em espaços educacionais e terapêuticos até nossos dias e, grandes

questões que subjaziam as discussões sobre este tema na década de 70, permanecem em aberto e merecem ser retomadas: Como garantir a participação crítico/transformadora dos indivíduos em atividades lúdicas em diferentes contextos?

Para encaminhar estas questões, sugerimos, como ponto de partida, a valorização da história do brincar onde fazendo uma inversão de conceitos, o passado deixa de ser uma queda no nada, tornando-se uma passagem ao ser, uma consolidação do ser no tempo. Um tempo onde o presente não se esgota na ação que realizamos, mas adquire sentido no passado e nas perspectivas de futuro.

E a preocupação com o “futuro desejado” para a ação lúdico-terapêutica em ambiente hospitalar ganhou força e vigor com o sancionamento da Lei Federal n. 11.104, de 25 de março de 2005 (BRASIL, 2005) que dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de espaços lúdicos em hospitais com internação pediátrica. Iniciativa governamental que tem suscitado dúvidas e inquietações no que se refere aos currículos e à formação dos profissionais da saúde, acompanhadas por reflexões teórico-ideológicas que justifiquem os programas lúdicos propostos como parte dos planejamentos terapêuticos a nível preventivo, curativo e/ou paliativo e que estabelecerão os novos caminhos para o binômio, educação e saúde.

3 O BRINCAR COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE

Partindo das formulações propostas por Huizinga (1980), historiador alemão que viveu entre 1872 e 1945, em sua obra *Homo Ludens* é possível entender a apropriação do jogo pelo homem ao longo da história da humanidade visto ter esta ação uma função vital com capacidade de ampliação da vida.

Com características estruturantes esta atividade encerra um elemento não material em sua essência, como afirma Huizinga (1980), que promove um movimento pendurar entre o real e o imaginário. Desta forma é possível a criação de outro mundo onde os papéis e as situações são possíveis, garantidas, validas e sustentadas pela intenção dos jogadores e onde a conexão com a realidade configura-se em um exercício de livre escolha. Assim, durante a brincadeira, os indivíduos são o que quiserem ser, detentores de um acesso privilegiado do simbólico e dos processos complexos da vida que podem ser apreendidos e criativamente expressos.

Para Vygotsky (1991), os comportamentos ensaiados em cenários lúdicos preparam o indivíduo para situações para as quais não está preparado para enfrentar na vida real, projetando para as atividades imitadas/ensaiando atitudes, valores, hábitos que posteriormente podem vir a ser internalizados.

Todos conhecemos o grande papel que nos jogos da criança desempenha a imitação, com muita freqüência estes jogos são apenas um eco do que as crianças viram e escutam aos adultos, não obstante estes elementos da sua experiência anterior nunca se reproduzem no jogo de forma absolutamente igual e como acontecem na realidade. O jogo da criança não é uma recordação simples do vivido, mas sim a transformação criadora das impressões para a formação de uma nova realidade que responda às exigências e inclinações da própria criança. (VYGOTSKY, 1991, p. 12).

Winnicott (1975) afirma, também, que tanto as crianças quanto os adultos tem no ato de brincar a oportunidade de praticar abertamente sua liberdade criativa. Um movimento de transformação do real que se dá por exigência das necessidades do indivíduo que brinca, e que vem confirmar a habilidade transgressora, livre e ilimitada contida no lúdico que autoriza, conforme Mitre (2004), a habilidade

inventiva do ser humano de experimentar um despertar de um estado improdutivo do corpo e da mente construindo e reconstruindo a lógica dominante do presente estado das coisas assumindo, explicitamente, a crença em si, nas idéias e sonhos elementos percebidos como intrínsecos da humanidade.

Diante desta complexidade, cair na tentação de explicar o encantamento, a magia e o fascínio do jogo, que envolve e conquista o indivíduo por inteiro, independentemente da idade, de maneira simplista a partir da análise de manifestações meramente orgânicas e metabólicas, pode aprisionar o pesquisador e reduzir o valor e as possibilidades de aplicação desta ação. Este envolvimento encerra em si, dentre outras coisas, uma infinidade de recursos simbólicos que passam pela própria essência e características do brincar, por seu poder e autonomia de criar cenários, personagens, emoções e situações para serem ludicamente vividas.

As brincadeiras, como nos apresenta Oliveira (1992), oferecem, principalmente para as crianças, a possibilidade de ir até o outro, experimentar ser como se fosse o outro e voltar até si mesmo. Oferece, também, a maravilhosa possibilidade de ir até a fantasia, vivê-la intensamente e poder voltar à realidade, sem se perder pelo caminho ou se fixar na situação imaginada “[...] Um mecanismo que constrói a noção de si mesmo, do outro e do meio no qual é parte ativa.” (OLIVEIRA, 1992, p. 55).

Assim, desvendar o brincar não se constitui em tarefa fácil, principalmente se considerarmos os diferentes registros, conceitos e contextos de aplicação, mas circular por entre verbetes nos dicionários, “ceifar” termos em literaturas relacionadas pode ser útil para a elucidação deste fenômeno fascinante que envolve o homem e o brincar ao longo dos tempos.

Estudar as palavras e os sentidos da linguagem pode indicar, conforme nos diz Alves (1988), o limite do “nosso” mundo e os caminhos possíveis para a investigação pretendida. Mesmo havendo significativas diferenças terminológicas e conceituais no universo das manifestações lúdicas buscaremos, neste estudo, considerar somente a essência dos componentes que as constitui.

Para Santa Roza (1999) o termo brincar não possui equivalente nas principais línguas européias: os verbos *spilen* (alemão), *to play* (inglês), *jouer* (francês) e *jugar* (espanhol) significam tanto brincar como jogar e também são utilizados para definir outras atividades como a interpretação teatral e musical.

Em português, o termo brincar, oriundo do latim *vinculum*, significa laço, união (CUNHA, 1982) e possui uma especificidade que as palavras de outras línguas que o recobrem não apresentam. Brincar é, para Kishimoto (2002), uma palavra utilizada para denominar o ato de divertir-se de um modo geral, gracejar ou zombar e o brinquedo caracteriza-se por ser o objeto-suporte no ato de brincar e da brincadeira.

Em Dornelles (2001), encontramos um conceito ampliado de brincadeira carregado de possibilidades intervencionistas uma vez que a autora apresenta esta ação como um espaço de experimentação, organização, construção, criação e recriação do mundo (DORNELLES, 2001).

Já a palavra jogar aplica-se mais freqüentemente aos passatempos e divertimentos sistematizados, sujeitos a normatizações e regras e que segundo Antunes (2003) constitui-se em uma ação de onde é possível extrair o que a vida tem de essencial.

Os conceitos de *lazer* e *recreação* em nada se diferenciam do ponto de vista da dinâmica sócio-cultural que produz o divertir-se no mundo moderno. As duas expressões surgem em decorrência de um problema lingüísticos visto que, nem todas as línguas modernas dispõem de termos equivalentes para o vocábulo lazer em português, como é o caso do *licere* latino, *loisir* em francês, *leisure* em inglês. O espanhol, o italiano, o alemão, por não possuírem palavras correspondentes, passaram a adotar termos com raiz igual à recreação com a mesma finalidade e praticamente o mesmo sentido.

A palavra que apresenta uma maior abrangência é o latino *ludus* que, segundo Santa Roza (1999), nos remete as brincadeiras, aos jogos de regras, as competições, a recreação e as representações teatrais e litúrgicas. Dela, segundo

Cunha (1982), deriva em nosso idioma o termo lúdico, significando tanto o brincar quanto o jogar.

Sem a pretensão de abraçar ou aprofundar todos estas nomenclaturas e significações consideraremos como lúdico-terapêuticas todas as atividades ou fenômenos relacionados ao brincar, a recreação, as brincadeiras e aos jogos que promovam prazer e bem-estar realizados com fins de tratamento e saúde, uma vez que a diversidade de termos não compromete os interesses propostos para este estudo quais sejam: entender as aplicações desta ação no contexto hospitalar e suas interfaces com os princípios educativos e emancipatórios de Freire.

Nossa escolha por englobar no termo lúdico as denominações relacionadas, vem reforçada pela idéia de Luckesi (1998) que caracteriza a ludicidade como uma experiência de autonomia e plenitude que permite aos indivíduos abstraírem a realidade, dedicando-se por inteiro a ela, transformando-os, mesmo que momentaneamente, em seres pleno, livres, alegres e saudáveis.

Sendo considerado aqui saudável o estado de valoração positiva de experiências vividas e de ideais que se almeja alcançar ou manter e que, freqüentemente, independem de um estado de completo bem-estar, físico, mental e social difundido como parâmetros de “Saúde” pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948. Uma noção que descola dos aparatos médicos e medicamentos a responsabilidade, exclusiva, com o “ser e estar saudável”, sublinhando a importância da atenção aos projetos ideais e experiências vividas e acumuladas pelos indivíduos sejam ela positivas ou negativas.

Uma internação hospitalar é, na maioria das vezes, percebida como uma experiência de vida desagradável, potencialmente ansiogênica capaz provocar danos irreparáveis. Durante a hospitalização é comum observarmos, principalmente nas crianças, reações que exigem pronta intervenção por parte da equipe, pais e familiares. O medo e ansiedade são exemplos de emoções vividas, em ambiente hospitalar que nem sempre são reveladas por palavras e, muitas vezes, só serão percebidas através de padrões comportamentais manifestos por: irritabilidade,

inapetência, choro excessivo, alterações de humor, insônia, negativismo, agressividade, isolamento afetivo, passividade e/ou apatia.

Sintomas que apontam que a vivência de uma hospitalização pode constituir-se em um risco igual ou maior do que os da própria doença original. Para Sikilero, Morselli e Duarte (1997) com o aval de Biermann (1980), se estas manifestações não forem prontamente identificadas e atendidas, poderão comprometer de forma significativa, a terapêutica prescrita.

Neste cenário o brincar assume *status* de instrumento terapêutico comprometendo-se com a tarefa de amenizar os traumas decorrentes da situação ansiogênica de hospitalização, do enfrentamento da dor e adoecimento buscando o equilíbrio físico e/ou emocional, modificando ambientes e realidades, estabelecendo vínculos e relações através da participação ativa do paciente no processo de intervenção em saúde no qual esta inserido.

Aberastury (1992) estudando Freud validou esta afirmativa baseando-se no fato de que, ao brincar, a criança passa de uma situação passiva frente à doença a outra ativa, na qual controla imaginariamente o ambiente.

O brinquedo possui muitas características dos objetos reais, mas pelo seu tamanho, pelo fato de que a criança exerce controle sobre ele, transforma-se num instrumento para domínio de situações penosas, difíceis, traumáticas que se engendram na relação com objetos reais. Além disso, o brinquedo é substituível e permite que a criança repita à vontade situações prazenteiras e dolorosas que, entretanto, ela por si mesma não pode reproduzir no mundo real. Ao brincar, a criança desloca para o exterior os seus medos, angústias e problemas internos, dominando-os por meio da ação. (ABERASTURY, 1992, p. 15).

Trazendo idéias de Brougère (2002), formuladas a partir de estudos de Winnicott sobre o interjogo do bebê com a sua mãe e etapas posteriores como a dos jogos compartilhados, percebe-se que a criança vai construindo, acumulando, experimentando e enriquecendo sua cultura e repertório lúdico. É neste repertório que o indivíduo hospitalizado buscará recursos do seu domínio para superar internamente as adversidades externas.

Se considerarmos a hospitalização como uma experiência única, intransferível, tanto quanto são singulares as culturas e repertórios lúdicos de cada pessoa, fica evidente que as brincadeiras, nem sempre, proporcionarão as mesmas gratificações, ou serão usados para alcançar as mesmas finalidades. Cada sujeito irá utilizar a brincadeira para atender de modo muito particular as suas necessidades, sejam elas corporais, emocionais e/ou sócio-intelectuais.

Estes contextos e conceitos fundamentam a existência de espaços de livre expressão e criatividade em hospitais e unidades de saúde sob a orientação de profissionais capacitados, que busquem conciliar em um programa de atividades lúdicas as necessidades, interesses e limitações do indivíduo enfermo, que tem sua vontade de brincar preservada mesmo em situação de hospitalização.

Dada a relevância da ação cabe lutar para que todos os indivíduos enfermos, independente da idade ou dos motivos geradores da internação, tenham o direito de exercerem sua “natureza brincante⁷”, pois este tempo de adoecimento vivido no ambiente hospitalar se constitui em um momento dentro de sua história de vida que não pode ser desprezado ou sublimado.

Para tanto é preciso garantir a igualdade de acesso, a continuidade e a credibilidades da ação lúdica em espaços de saúde em seus diversos níveis de complexidade. Um trabalho articulado entre as construções teóricas e o campo empírico, como no caso deste estudo onde leituras refinadas sobre a inclusão do brincar, no contexto hospitalar, apontavam possíveis relações entre os discursos ético-democráticos de Freire e a organização e condução de serviços lúdicos regulares em hospitais gerais como o Serviço de Recreação Terapêutica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

⁷ Termo descrito por Santa Roza (1999), Psicanalista Infantil em seu livro *Quando brincar é dizer* usado para designar as necessidades e manifestações naturais das crianças expressas pela via lúdica.

3.1 A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE RECREAÇÃO TERAPÊUTICA DO HCPA COMO MARCO REFERENCIAL

A escolha de um modelo assistencial, capaz de valorizar os sujeitos para além de suas limitações orgânicas e/ou emocionais, estimulou a organização dos primeiros centros de atendimentos lúdicos de caráter terapêutico para pacientes clínicos e cirúrgicos em nosso país. Ferramentas que vieram minimizar a “aridez afetiva”, muitas vezes encontrada nos corredores de um hospital, deslocando o eixo da atenção centrada na doença para uma proteção e cuidado focado na saúde.

Com base nos resultados da pesquisa histórica realizada no SRT, pode-se dizer que os Estudos e experiências realizadas em hospitais da Europa, na década de 50, serviram de inspiração para a professora da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Tereza de Freitas Galvão que planejou e implantou, em 1979, uma proposta lúdico-terapêutica adaptada às necessidades de crianças enfermas na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA.

Inaugurado na década de 70, o HCPA traz na sua história marcas do seu vínculo acadêmico com a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que orientou sua criação e condução. O Clínicas, como é conhecido na comunidade rio-grandense, integra a rede de hospitais universitários do MEC, ocupando-se, desde seu início, com ensino, a pesquisa e a assistência de qualidade. Tem como uma de suas prioridades a inclusão de ações inovadoras, humanizadas e resolutivas, médicas e não médicas, como o brincar terapêutico que hoje está inserido no tratamento dos pacientes internados, clínicos, cirúrgicos e psiquiátricos de todas as faixas etárias.

Uma técnica com potencial para resgatar o lado sadio dos indivíduos, catalisando habilidades, criatividade e diferentes manifestações de alegria para a produção de energia e vitalidade que contribuem para a superação das barreiras e dos preconceitos que determinam que a doença e a hospitalização devam ser preenchidas somente por solidão, angústias, sofrimentos, tristezas e dor.

No entanto, as experiências e referenciais teóricos nacionais existentes na época em que o SRT/HCPA⁸ foi concebido, apresentavam como núcleo das intervenções lúdico-terapêuticas os pacientes com sofrimento mental e preconizavam o oferecimento de atividades físicas (jogos e desportos), trabalhos manuais e ocupacionais voltadas para inclusão no mundo do trabalho e treinamento de tarefas da vida diária.

Exemplos que não atendiam, plenamente, as demandas existentes em unidades de internação pediátrica inseridas em hospitais com características generalistas o que exigiu, da professora Tereza e de sua equipe, criatividade, bom senso e sabedoria para buscar subsídios que a formação acadêmica não privilegiava.

Como sinais desta carência citamos o desconhecimento sobre as principais patologias da infância, técnicas de controle de infecção, ética e abordagem de familiares/pacientes/equipes, bem como a escolha e a organização das atividades que deveriam compor a programação lúdico-terapêutica dos pacientes internados. Uma fragilidade técnica para lidar com a realidade, e os contextos adjacentes ao adoecimento e a hospitalização, que elegeu a mesma estrutura (planos de aula) utilizada nas escolas como modelo de organização das atividades recreativas dentro das unidades assistenciais do HCPA.

Rígido em sua forma e no seu conteúdo, o planejamento atendia grupos pré-determinados de pacientes distribuídos de acordo com a disponibilidade de tempo livre dentro da apertada rotina hospitalar. Um plano de intervenção que, a princípio, excluía os interesses, necessidades e as limitações, individuais, impostas pela doença e tratamento dos usuários/ pacientes com fortes marcas assistencialistas sem muito espaço para o diálogo, autonomia e participação crítico transformadora.

Estas situações foram sendo contornadas, ao longo dos tempos, com o aprimoramento e compartilhamento de saberes e de fazeres com os demais

⁸ As informações coletas sobre a formação e trajetória do Serviço de Recreação Terapêutica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre fazem parte da história oral, do referido serviço, sob a ótica dos que a vivenciaram.

profissionais ligados a assistência e ao cuidado hospitalar. Relações, destacadamente, complexas quanto à distribuição do poder e heterogêneas quanto às óticas epistemológicas das diferentes formações disciplinares, mas que contribuíram, sobremaneira, para o entendimento e assimilação, por parte dos recreacionistas, das diversidades cotidianas das praticas e rotinas hospitalares.

Desta forma se constituiu o atual Serviço de Recreação Terapêutica – SRT - do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pioneiro no oferecimento de programas recreativos como parte do tratamento em instituições de saúde de caráter público, geral e universitário no Brasil.

Aplicando e ampliando o conceito de atenção integral em saúde o SRT, ao longo deste tempo, vem contribuindo, significativamente, para a recuperação e diminuição do tempo de internação sendo eficiente estratégia para a humanização da assistência e das relações entre familiares, equipes e pacientes de todas as faixas etárias. Tendo como pressupostos institucionais norteadores: sua missão, visão e valores descritos e documentados no relatório anual de 2006. Conforme segue:

Missão

Coordenar as atividades e programas recreativos para pacientes do HCPA contribuindo para a assistência e humanização do cuidado, oportunizando a transformação de ambientes e realidades. Formar recursos humanos, disseminar conhecimento e fomentar a pesquisa, qualificando-se, assim, como um serviço de assistência, ensino e pesquisa de caráter lúdico-terapêutico e ocupacional.

Visão

Ser um referencial nacional na área lúdico-terapêutica e ocupacional para pacientes clínicos cirúrgicos e psiquiátricos de todas as faixas etárias.

Valores:

- a) respeito;
- b) responsabilidade;
- c) conhecimento;

d) comprometimento.

O SRT compõe, hoje, o *staff* de serviços médicos do HCPA estando ligado ao organograma da Instituição, diretamente, a Vice-presidência Médica – VPM contribuindo para o crescimento institucional e a saúde brasileira.



Gráfico 1 - Organograma da Administração Central do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Fonte: Hospital de Clínicas de Porto Alegre ([2009]).

No início da sua trajetória o Serviço de Recreação encontrava-se subjugado à chefia do Grupo de Apoio Assistencial - GAA e este a VPM e a presidência do HCPA o que afastava o SRT do centro das decisões institucionais dificultando o encaminhamento das suas necessidades e a valorização do brincar. Uma postura de apoio técnico, subjugada aos interesses médicos dentro do processo de saúde/doença/intervenção. Atualmente esta ação, com *status* terapêutico, é considerada como parte do tratamento e seus técnicos identificados como membros da equipe multiprofissional responsável na construção e condução da terapêutica prescrita.

Um avanço que propicia ao SRT ser reconhecido pela comunidade interna e externa do HCPA, não só por seu pioneirismo, mas principalmente, por sua

competente atuação no campo da assistência, ensino e pesquisa. Integrando suas atividades à dinâmica de trabalho das equipes multiprofissionais que atuam junto aos pacientes hospitalizados, à filosofia da empresa e as novas tendências tecnológicas e acadêmicas que emergem, cotidianamente.

3.2 A DINÂMICA ESTRUTURAL DA AÇÃO LÚDICA NO CONTEXTO HOSPITALAR.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre conquistou e mantém seu lugar de referência no cenário da saúde brasileira devido a excelência de seus serviços e ao cumprimento de sua missão Institucional que esta ligada a prestação de uma assistência de qualidade com responsabilidade social, formação de recursos humanos e a geração de conhecimentos com a participação decisiva na transformação de realidades e no pleno desenvolvimento da cidadania.

Oferecendo atendimento em mais de 60 especialidades com destacado grau de qualificação, a Instituição tornou-se foco nas melhores práticas e do uso de modernas tecnologias, facilitando que se estabeleça no próprio ambiente assistencial um profícuo campo de pesquisa e formação para alunos de graduação, cursistas, residentes e profissionais em especialização. Beneficiam-se com isto não apenas os estudantes, mas toda a sociedade, na medida em que o Hospital contribui para disponibilizar ao mercado, profissionais com experiência adequada, sólida e humanizada.

Reafirmando os compromissos do HCPA, o Serviço de Recreação Terapêutica disponibiliza, desde sua implantação, infra-estrutura para o fomento do ensino, pesquisa e a promoção de cuidados em saúde realizada por uma equipe formada por 9 profissionais de nível superior, concursados, das áreas de Educação Física, Pedagogia e Terapia Ocupacional, 21 estagiários/acadêmicos extracurriculares que recebem bolsa auxílio oriundos destas mesmas áreas, 13 vagas para ingresso de acadêmicos de estágio curricular ligados a quatro unidades

de ensino superior públicas e privadas de Porto Alegre e Grande Porto Alegre e 12 vagas para profissionais/cursistas do Curso de Formação em Recreação Terapêutica do Programa de Incentivo de Curso e Capacitação para Profissionais do HCPA-PICCAP. Na época da nossa pesquisa o serviço aguardava a chegada de 3 profissionais selecionados para a primeira turma do Curso de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde-RIMS da Instituição.

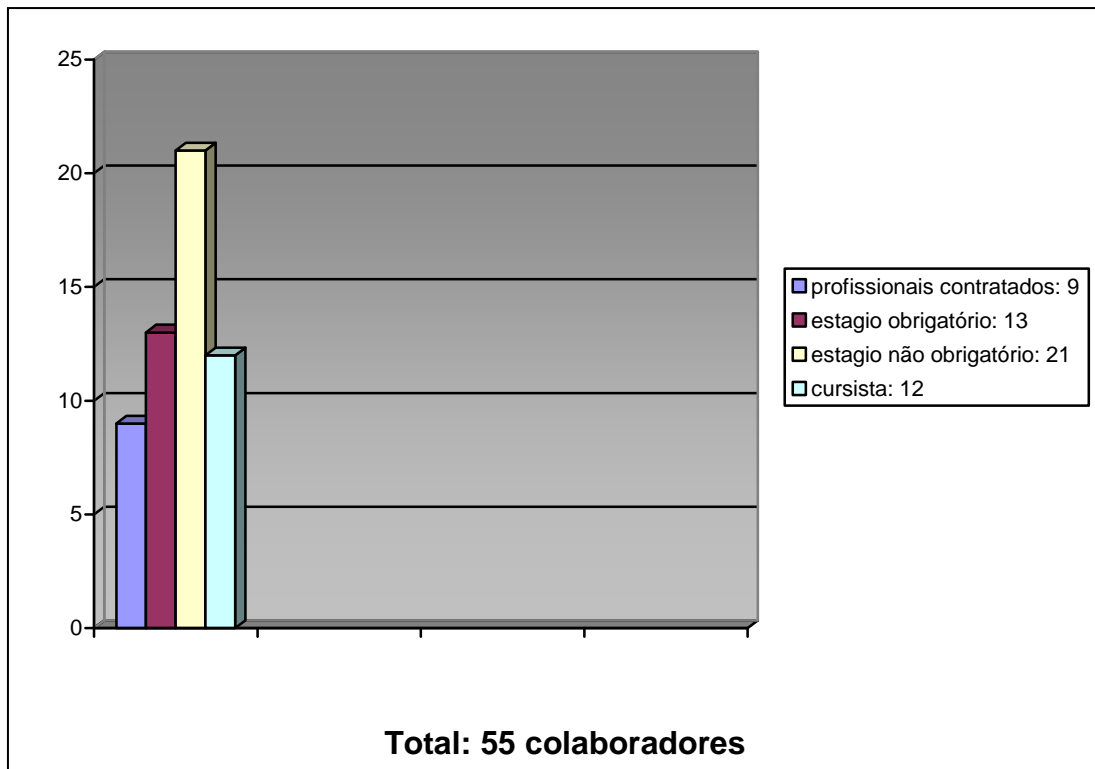


Gráfico 2 - Quadro Funcional do SRT conforme registros da Coordenadoria de Gestão de Pessoas do HCPA – 2008
Fonte: Elaborado pela autora.

A produção assistencial média do SRT/HCPA em 2009 foi de 35.341 atendimentos/oficinas, distribuídos em quatro núcleos de atenção: Núcleo de Atenção à Saúde da Criança, Núcleo de Atenção à Saúde dos Adolescentes, Adultos e Idosos, Núcleo de Atenção à Saúde Mental e Núcleo de Atenção à Saúde Primária.

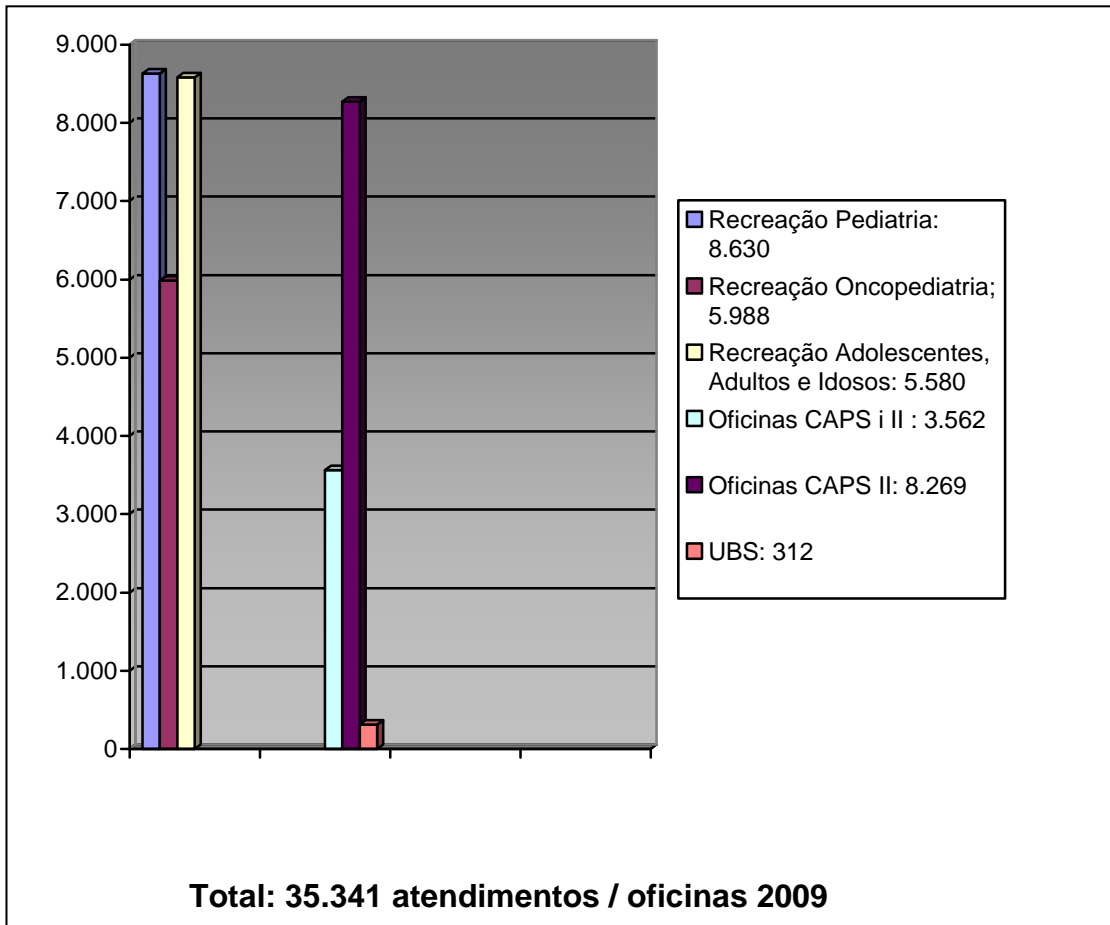


Gráfico 3 - Quantitativo de atendimentos / oficinas lúdicas e ocupacionais conforme dados do Relatório Anual do SRT/ HCPA – 2009
 Fonte: Elaborado pela autora.

Valores significativos se comparados à produção/atendimentos realizados no contexto geral do Hospital, o que demonstra o impacto nos resultados assistenciais do SRT/HCPA no cenário institucional.

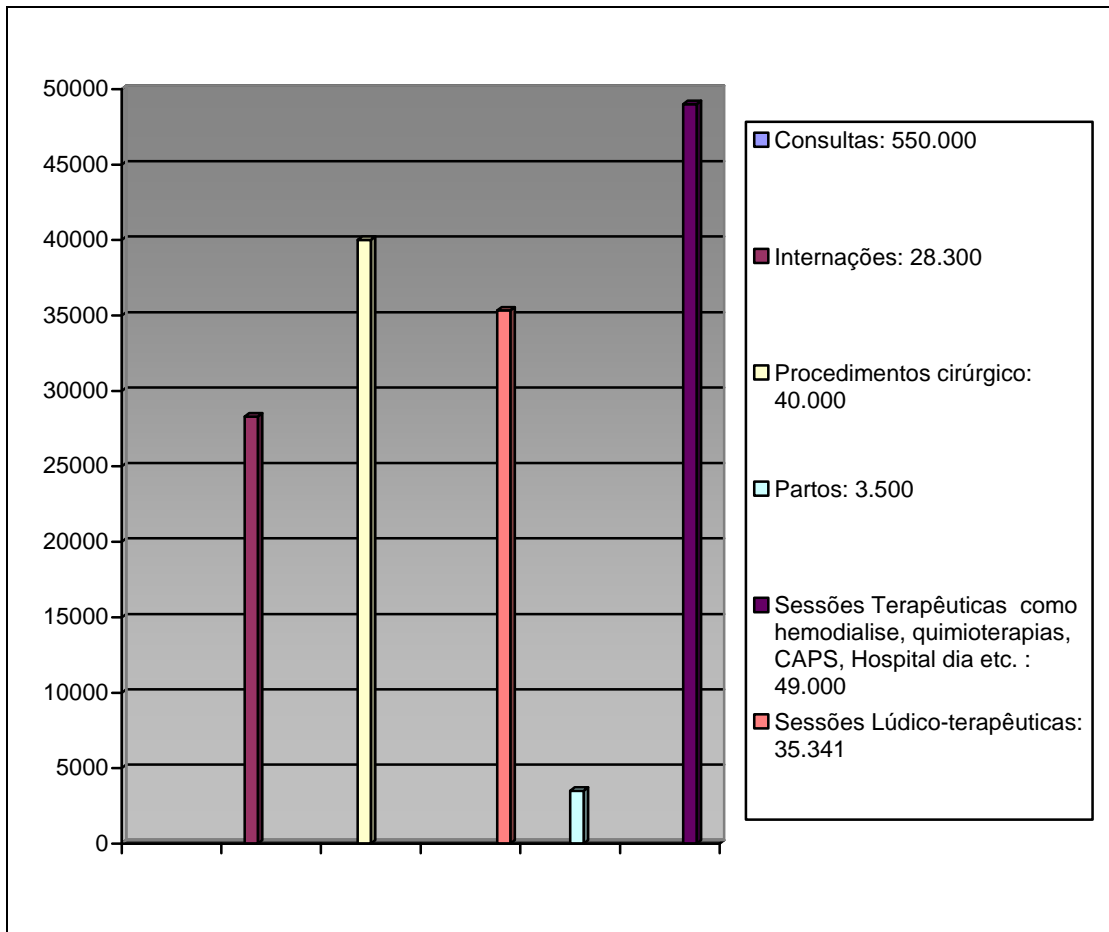


Gráfico 4 - Quadro comparativo dos atendimentos realizados no HCPA e no SRT de acordo com dados disponibilizados no Foulder Institucional de junho de 2008.

Fonte: Elaborado pela autora.

Cada núcleo de atendimento do SRT/HCPA abrange espaços institucionais distintos e selecionados conforme necessidades terapêuticas estabelecidas pela patologia, tempo de internação, grau de isolamento afetivo e social e idade de seus usuários/ pacientes.

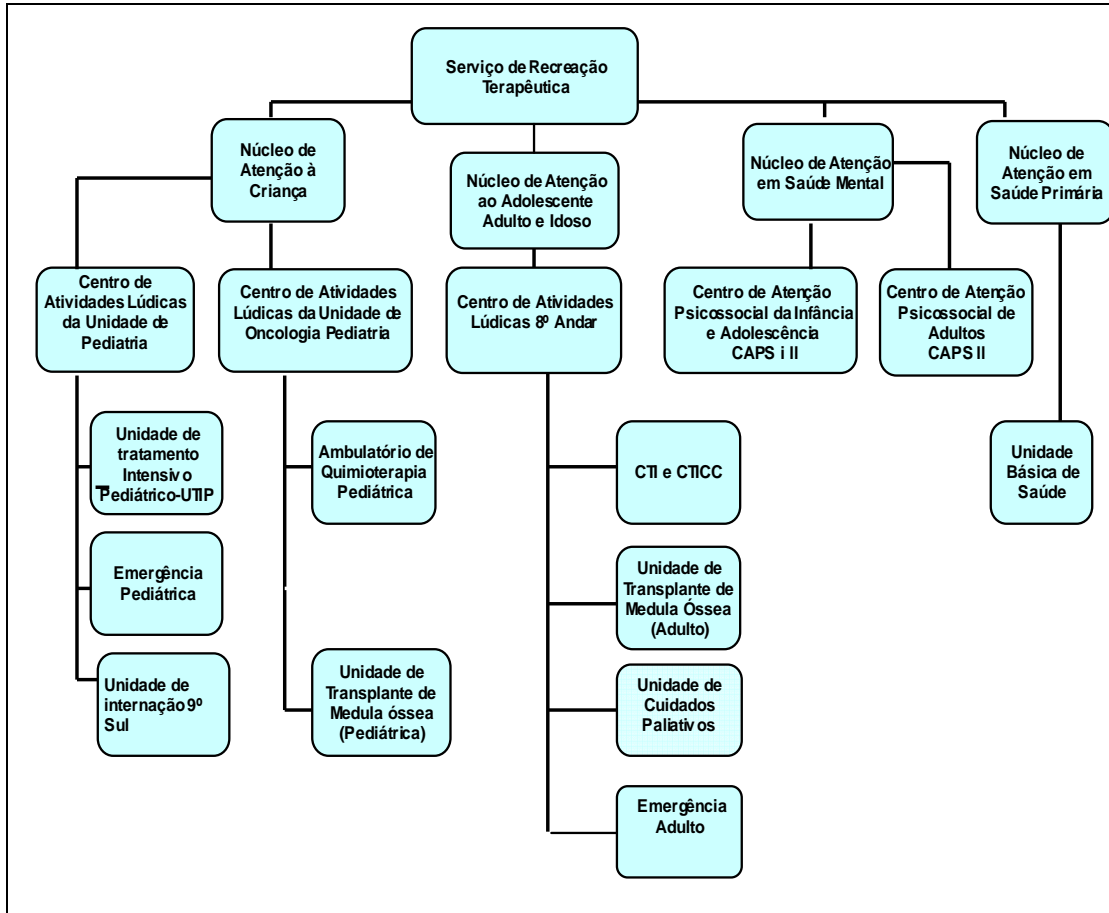


Figura 1 - Espaços de atuação descritos e documentados no Relatório Anual do SRT/HCPA de 2006

Fonte: Elaborado pela autora.

O Núcleo de Atenção à Saúde da Criança tem sob sua responsabilidade o desenvolvimento da programação lúdica para pacientes da Unidade de Internação Pediátrica localizada no 10º andar do Clínicas, com capacidade para receber 87 pacientes clínicos, cirúrgicos e psiquiátricos de 0 a 14 anos e da Unidade de Oncologia Pediátrica situada no terceiro andar ala leste, com disponibilidade para receber 26 pacientes em tratamento quimioterápico de até 18 anos. Em cada uma destas unidades o Serviço de Recreação Terapêutica oferece uma sala de atividades, adequadamente projetada, para atender as necessidades de sua clientela de forma sistemática, de segunda a sábado nos períodos da manhã e da tarde. As atividades desenvolvidas procuram respeitar o interesse e as necessidades da sua clientela sem descuidar dos cuidados de segurança e controle de infecções.



Figura 2 - Sala de Recreação da Unidade de Internação Pediátrica
Fonte: Elaborado pela autora.



Figura 3 - Sala de Recreação da Unidade de Oncologia Pediátrica
Fonte: Elaborado pela autora.

Os atendimentos lúdicos não se restringem aos Centros de Atividades Lúdicas Infantis (salas de recreação) outros espaços recebem, também, a atenção da equipe de recreacionistas pediátricos como: Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico - UTIP, Emergência Pediátrica, Unidade de Oncologia Pediátrica, Unidade de Transplante de Medula Óssea Pediátrica- e quartos de pacientes com restrições e/ou isolamento.

A proximidade com a academia favoreceu que o Serviço de Recreação fosse escolhido, também, como palco para experimentação e atuação para estudantes através da inclusão em três Projetos de Extensão Universitária inovadores. Com metodologias bastante distintas entre si, os projetos se beneficiam do espaço de atuação e supervisão, oferecendo uma alternativa educativo-assistencial atraente e eficaz para os estudantes e pacientes da Instituição.

O Projeto de Extensão Universitária Sarau no Hospital surgiu no ano de 2006 ligado ao Departamento de Música da UFRGS onde através de apresentações artísticas promovidas por acadêmicos, professores e pós-graduandos, os pacientes e seus familiares têm a oportunidade de conhecer e se beneficiar dos efeitos prazerosos da música clássica / erudita.



Figura 4 - Projeto de Extensão Universitária Sarau no Hospital
Fonte: Elaborado pela autora.

O Projeto Crescendo com a Gente surge em 1998 da necessidade de se oferecer aos estudantes dos primeiros períodos do Curso de Enfermagem um contato com o universo hospitalar através do desenvolvimento e apropriação de técnicas lúdicas para posterior aplicação em sua prática assistencial. Durante o projeto o acadêmico tem a oportunidade de planejar, aplicar e avaliar a programação lúdica oferecida para um grupo pré-selecionado de pacientes da Unidade de Pediatria sob a supervisão dos recreacionistas do SRT/ HCPA e enfermeiras de plantão.



Figura 5 - Projeto de Extensão Universitária Crescendo com a Gente
Fonte: Elaborado pela autora.

O mais antigo Projeto de Extensão Universitária ligado ao Serviço de Recreação Terapêutica iniciou nos anos 90 sob a coordenação do núcleo da Hora do Conto da Faculdade de Comunicação e Biblioteconomia da UFRGS com o nome de “Era uma vez... A visita da fantasia.” As interrupções sofridas por este projeto durante este período, segundo relatos da equipe profissional do SRT/HCPA destacaram ainda mais os benefícios culturais e terapêuticos da inclusão do livro e das boas leituras no contexto da saúde hospitalar.



Figura 6 - Projeto de Extensão Universitária “Era uma vez... A visita da fantasia”
Fonte: Elaborado pela autora.

Além das áreas de intervenção e da supervisão oferecida nos três Projetos de Extensão Universitária, a equipe de atendimento lúdico pediátrico participa de dois programas institucionais criados com intuito de qualificar a atenção pediátrica oferecida. Como características multiprofissionais o Programa de Proteção à Criança visa à identificação de situações de negligências e maus tratos provocados contra as crianças pela família e/ou comunidade. O SRT/HCPA está inserido, também, no Programa para a Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado que, contando com a contribuição do olhar criterioso de profissionais de todas as áreas, assume a tarefa de avaliar os processos terapêuticos e ações institucionais potencialmente danosos a integridade e bem-estar dos pequenos pacientes internados. Suas ações estão baseadas no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 1980) e nas determinações contidas na Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado (BRASIL, 1995).

O Núcleo de Atenção à Saúde do Adolescente Adulto e Idoso dispõe de uma espaçosa sala de atividades localizada no 8º andar, equipada para oferecer uma diversificada programação lúdica para grupos de até 60 pacientes/dia adultos, adolescentes e idosos, clínicos cirúrgicos e psiquiátricos (adolescentes), internados em diferentes unidades do HCPA. Localizado em andar ortopédico este espaço foi

ergonomicamente pensado para garantir conforto e mobilidade para usuários e equipe técnica responsável.



Figura 7 - Sala de Recreação Para Pacientes Adolescentes Adultos e Idosos
Fonte: Elaborado pela autora.

Quando impossibilitados de deslocarem-se até a recreação, os pacientes adolescentes, adultos e idosos recebem a visita do recreacionista após avaliação e encaminhamento dos membros da equipe multidisciplinar envolvida. Além dos atendimentos realizados via encaminhamentos, o Núcleo de Atenção ao Paciente Adolescente Adulto e Idosos desenvolve uma programação lúdica adaptada nas Unidades de Cuidados Paliativos, Emergência de Adultos, Centro de Tratamento Intensivo SRT e Unidade de Atendimento a pacientes Imunodeprimidos.

Os indivíduos com sofrimento psíquico que compõe o Núcleo de Atenção à Saúde Mental são atendidos pela equipe do SRT no Centro de Atenção Psicossocial do HCPA. Os CAPS, modelos substitutivos dos antigos asilos manicomiais, surgem na década de 90 responsabilizando as unidades de saúde e a sociedade a sumirem a loucura e suas necessidades. Dividindo o mesmo prédio, o CAPSi II se destina ao atendimento de distúrbios psiquiátricos e comportamentais da infância e adolescência e CAPS II para o tratamento e acompanhamento de pacientes adultos com sofrimento mental. Os usuários dos CAPS do Hospital de Clínicas participam de oficinas lúdicas, esportivas e ocupacionais visando à autonomia e a reinserção

psicossocial bem como a inclusão no mundo do trabalho e a circulação por espaços comunitários.

Esta modalidade terapêutica coloca os CAPS na vanguarda do tratamento da loucura e exigem uma preparação/formação profissional diferenciada para atender esta demanda. O SRT/HCPA integra a equipe multiprofissional dos CAPSi II e CAPS II desde seu início, no ano de 2000, oferecendo profissionais com qualificação específica em saúde mental, conforme exigência descrita na Portaria 336 do Ministério da Saúde que orienta e regula as ações a serem desenvolvidas para usuários com limitações psíquicas e emocionais. São eles: dois educadores físicos e um terapeuta ocupacional contando, também, com o apoio de cursistas do Curso de Formação em Recreação Terapêutica, acadêmicos/estagiários e em breve um residente integrante do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - RIMS.



Figura 8 - Centros de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência - CAPSi II (foto superior) e de Adultos - CAPS II (foto inferior)

Fonte: Elaborado pela autora.

Já o Núcleo de Atendimento a Saúde Primária tem a Unidade Básica de Saúde Santa Cecília/HCPA como cenário para a aplicação da programação lúdico terapêutica para grupos específicos de usuários. Atuam na UBS um educador físico, um terapeuta ocupacional, acadêmicos curriculares e extracurriculares. As oficinas esportivas e ocupacionais são direcionadas e adaptadas para atender as necessidades preventivas e terapêuticas do grupo de idosos, do grupo de controle do tabagismo e do grupo de mães/gestantes.



Figura 9 - UBS/HCPA - Santa Cecília
Fonte: Elaborado pela autora.

As atividades cotidianas do Serviço de Recreação Terapêutica do HCPA, com suas diferentes nuances e aplicabilidades, podem contribuir para a recuperação dos pacientes e a qualidade do cuidado. Esta afirmação é passível de comprovação através de manifestações verbais, comportamentos e/ou indicadores adequados, mas o que desperta nossa curiosidade exploratória são as mensagens subjacentes as ações e relações estabelecidas pelo SRT e que interferem no diálogo democrático, na autonomia e na participação crítico libertadora no ambiente hospitalar.

4 CUIDADOS EM SAÚDE, O LÚDICO E SUAS INTERFACES COM A PEDAGOGIA EMANCIPATÓRIA

Nossa escolha por estudar as ações de cuidado em saúde, o brincar e suas relações com a pedagogia Emancipatória não tem a intenção de demarcar territórios ou destacar diferenças entre modelos de intervenção no âmbito da educação e da saúde, e sim mostrar como estranhamente estes espaços se aproximam desfazendo fronteiras e fortalecendo a atenção e o cuidado integral a vida.

Ao falarmos em cuidados em saúde precisamos reconhecer a existência de manifestações e significados ancorados no plano do senso comum, onde os cuidados em saúde ou para saúde acabam, normalmente, restritos ao uso/aplicação de técnicas e procedimentos prescritos em um plano terapêutico, visando à promoção e/ou recuperação da saúde dos indivíduos.

Esta definição reducionista, segundo Mitre (2004), retira da ação de cuidado a possibilidade de designar, além das práticas e processos terapêuticos, também os constructos filosóficos contidos nos sentidos adquiridos por esta ação nas diversas situações cotidianas.

Heidegger (1995), em seus estudos filosóficos sobre o cuidado na esfera da saúde, defende a idéia de que a atitude, a condição e a ação de “estar cuidando” são as que mais amplamente nos fazem compreender o sentido de nossa existência como seres humanos. Assim, o cuidado em Heidegger (1995) é percebido como o elemento existencial que possibilita a autocompreensão e a (re)construção contínua e simultânea da condição humana.

Nesta perspectiva, pensar o cuidado, como valor intrínseco e mobilizador da vida, coloca o homem diante de duas importantes dimensões: De um lado o cuidar como um ato individual, e de outro o cuidar como um ato de compartilhamento de ações, sentimentos e projetos, fortalecendo e possibilitando a (re)significação da humanidade entre os envolvidos, forjando a identidade de todos e de cada um.

É no contínuo desta interação/mediação que acreditamos se estabelece o sentido das práticas e dos saberes que orientam o cuidar humanizado na esfera da saúde. Um cuidado perpassado, cotidianamente, por questões políticas, hierárquicas e movimentos emancipatórios que pretendemos identificar pela lente teórica e crítica dos pressupostos contidos na pedagogia freiriana, alvo neste estudo.

Mas como ampliar esta condição e passar para a ação no contexto da organização e efetivação da atenção a saúde? Como elaborar e aplicar modelos de atenção integral e humanizada em saúde na perspectiva emancipatória que rejeitem noções reducionistas sobre o cuidar?

A proposição hipotética, para estas indagações, situa-se para além da simples relação entre meios e fins, nos coloca diante da necessidade de implementação de ações que extrapolam o caráter técnico da saúde e destacam a reciprocidade e a autêntica associação/integração entre sujeitos e suas diversidades.

Neste sentido, precisamos partir da idéia que durante uma internação hospitalar muitos fatores podem causar estranheza em pacientes e seu grupo familiar e dificultar os processos e as relações como, por exemplo: ambientes assépticos, rotinas rígidas, equipes multiprofissionais com seus saberes compartimentalizados, técnicas e tecnologias complexas e avançadas. Situações que precisam ser administradas e revertidas em benefício das necessidades orgânicas e/ou emocionais dos que buscam a saúde neste local. Uma saúde entendida, aqui, em seu sentido ampliado, heggeriano, não como uma ausência de doença, mas como a possibilidade saudável de valorização e compartilhamento das experiências vividas e de ideais que se deseja manter ou que se almeja alcançar.

Em geral esta aproximação do sujeito/paciente, suas necessidades e o cotidiano hospitalar é perpassada por diferentes configurações de poder, emoções e sentimentos que sugerem um afastamento da essência humana nas noções de cuidado em saúde. Daí a importância de se resgatar na relação entre cuidadores e cuidados uma escuta respeitosa, o diálogo crítico e a participação

libertadora/transformadora buscando, assim, resignificar a humanidade dos sujeitos envolvidos.

Para tanto buscamos, no aporte teórico conceitual das práticas educativas proposta na metodologia Freiriana, justificativas para as ações e técnicas lúdicas oferecidas durante a hospitalização como ferramentas terapêuticas e emancipatórias, neste lugar destinado ao cuidado e a atenção integral à vida.

Paulo Freire, mestre e intelectual brasileiro, dedicou sua vida à tarefa de educar para além dos conteúdos registrados nos cadernos e dos limites previstos nas avaliações escolares. Adotou uma forma diferente de relacionar educação com realidades vividas, colocando suas idéias, experiências e sabedoria a serviço da alfabetização de adultos, e mais enfaticamente, a serviço dos direitos esquecidos dos “politicamente marginalizados”.

Em um país onde a arte de ensinar recebe pouco, ou quase nenhum, incentivo Freire, intrepidamente, declarou dos bancos escolares aos mais altos escalões acadêmicos suas crenças e convicções a despeito das conseqüências pessoais e/ou profissionais concedidas aos “transgressores”.

Nascido em 19 de setembro de 1921, em uma família de classe média do Recife, filho de um oficial militar e de uma dona de casa, Paulo Reglus Freire fez com que, da sua amizade com os meninos da periferia, surgisse a afeição e interesse pelas causas dos menos favorecidos, seus sonhos e necessidades. Estas diferenças e injustiças suscitaram em Freire, desde muito cedo, o anseio por intervenções diretas e transformadoras que pudessem minimizar as dificuldades de sobrevivência das classes populares.

Seus estudos, do primário ao curso de Direito, foram realizados em seu Estado. Ao invés de exercer sua profissão de advogado optou por lutar em outros “fronts”, por aquelas que seriam as grandes causas de sua vida: a igualdade entre os indivíduos e a conquista da liberdade a partir da educação.

Assumindo, então, sua carreira de professor, lecionou a nível universitário as disciplinas de História e Filosofia da Educação, mas foi o engajamento em movimentos sociais que oportunizou Freire declarar, abertamente, suas preferências políticas e escolhas ideológicas sendo considerado, durante o período da ditadura militar brasileira (1964), uma “ameaça nacional” e obrigando-o ao exílio na Bolívia e posteriormente no Chile.

Em terras chilenas Freire teve a oportunidade de produzir várias obras literárias que deram voz, e vez, a suas idéias. Somente em 1979 retorna ao seu país e morre em 1997 ao lado de sua segunda esposa e de seus dois filhos.

O mérito por sua dedicação e competência, no campo educativo/pedagógico, é hoje amplamente reconhecido, extrapolando as fronteiras brasileiras, provando que seus métodos e técnicas pedagógicas podem ser universalizados e transportados para outras realidades se considerados nos seus aspectos sociais, políticos e humanitários.

No seu emblemático livro a Pedagogia do Oprimido, Freire estabelece a base para suas teorias, trazendo como fundamento central da educação a necessidade de conscientização do “aluno” para reconhecer sua posição desfavorável dentro da relação professor/aluno e em sentido ampliado, na vida. O aluno, nesta obra, é a parcela frágil, sem representatividade e expressão no processo ensino-aprendizagem, um ser oprimido dentro de uma concepção intitulada pelo próprio Paulo Freire de “educação bancária”, difundida e identificada em modelos pedagógicos, tradicionalmente, utilizados em escolas brasileiras. Nesta modalidade educativa, seja por impedimento, ignorância, ou acomodação, o aluno assume uma postura inferiorizada de um receptáculo dos conhecimentos que lhe são disponibilizados e/ou depositados e que tendem a torná-lo alheio e alijado do que deveria ser o “seu” processo de construção de conhecimento.

Para Freire, ao tomar as rédeas de sua parcela de responsabilidade na proposição educativa, o individuo oprimido passa de uma posição de acomodação alienante a um despertar, uma inquietação crítica e transformadora.

Suas obras identificam possibilidades e desafios referentes à transformação de realidades sócio-culturais, sendo seus ensinamentos um imperativo quando o interesse é evitar a marginalização de toda a ordem, e em todos os espaços, onde esta possa se estabelecer, seja nas escolas, nas ruas, hospitais etc.

Comparar ambiente hospitalar e escolar, bem como as relações estabelecidas nestes ambientes entrecortados por processos, saberes e objetivos diferenciados, pode parecer tarefa impossível de ser realizada, mas a partir da análise de práticas particularizadas, à luz de conhecimentos científico-metodológicos respaldados em fragmentos teórico-conceituais freirianos, ficamos estimulados a buscar possíveis aproximações na complexidade destes universos.

O caminho escolhido para alcançar o nosso objetivo foi a pesquisa qualitativa que, para Minayo (1996), agrega o significado e a intencionalidade como elementos integrantes das ações, relações e estruturas sociais, do contexto estudado. Uma escolha onde, para Morse e Richards (2002 apud MITRE, 2004), a garantia de êxito recai sobre o método selecionado para responder à questão norteadora.

Optamos, então, pelo Estudo de Caso uma vez que possibilita uma visualização do ambiente assistencial, ampliando os significados das mensagens contidas e reforçadas pelo brincar enquanto instrumento terapêutico no contexto da atenção hospitalar. Nossa pesquisa, realizada no período de novembro de 2009 a maio de 2010, não teve a intenção de avaliar ou delimitar os efeitos terapêuticos decorrentes da inclusão de atividades lúdicas no contexto da assistência e do cuidado hospitalar no HCPA, mas compreender a lógica das relações e intervenções lúdica, sua estrutura e busca por uma identidade teórica, neste caso uma identidade que se aproxime da abordagem teórico-metodológica libertadora e emancipatória de Paulo Freire.

Como técnica central, elegemos a entrevista semi-estruturada, tendo como referência Minayo (1996), que descreve este tipo de entrevista como um instrumento apropriado para se obter dados objetivos e/ou concretos bem como, dados subjetivos ligados a vivência, opiniões valores e sentimentos dos entrevistados. Uma técnica que inclui no seu perfil a flexibilidade para combinar perguntas estruturadas

e não estruturadas, que favorecem a livre expressão e uma maior interação entre pesquisados e pesquisador.

A escolha dos informantes, a princípio, foi estabelecida seguindo critérios de proximidade com a ação e seus efeitos, sendo selecionados, então, pacientes clínicos e cirúrgicos (crianças, adolescentes, adultos e idosos), seus acompanhantes e colaboradores do SRT/HCPA. Ao longo do percurso, contudo, outro olhar foi surgindo e amadurecendo nossa caminhada, mudando a configuração dos sujeitos pesquisados. No caso, as crianças deixaram de ser sujeitos diretos da pesquisa, sendo colhidas, somente, as falas de seus acompanhantes. Esta escolha visou aproximar as percepções e vivências sobre a saúde, doença e a hospitalização.

Foram entrevistados 05 pacientes, 05 acompanhantes escolhidos aleatoriamente, sem o compromisso expresso de terem vínculos entre si. Foram convidados a participar, também, 18 colaboradores do serviço sendo 08 profissionais e 10 acadêmicos extracurriculares com bolsa auxílio. Dos 18 colaboradores entrevistados (32% do quadro funcional total do SRT/HCPA) 15 são do sexo feminino e 3 do sexo masculino. Uma diferença quantitativa em nossa amostragem de 83,3% que indica uma predominância do envolvimento feminino no campo do brincar terapêutico. Índice esperado, tendo em vista as construções discursivas presentes nesta área da assistência e do cuidado. A faixa etária dos respondentes da pesquisa variou de 21 a 58 anos.

A liberação por parte do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação- GPPG, através do parecer do Comitê de Bioética do HCPA (Anexo F), a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D) foram condições *sine qua non* para inclusão das informações no presente trabalho. Quanto ao uso das imagens, colhidas de pacientes/usuários, foi usado o Termo de Concessão de Imagens (Anexo E) e as não autorizadas foram trabalhadas para dificultar a identificação. As imagens surgem no corpo do trabalho para dinamizar valores, emoções e falas ligada a alegria vivenciada no espaço/tempo da hospitalização.

Para referenciar os pacientes/usuários foi adotada a letra "P" seguida de numeração seqüencial para diferenciá-los. Os acompanhantes foram identificados com a letra "A", os colaboradores receberam as letras "C" para os profissionais

contratados pelo HCPA e a letra “E” para os estudantes/acadêmicos do SRT/ HCPA e igualmente seguidos de numeração seqüencial correspondente. Ficando nossa amostra representada, então, conforme quadros explicativos abaixo:

Nome	Idade	Procedência	Sexo	Tempo de internação no HCPA
P 1	46 anos	Capital do Estado	Masculino	14 dias
P 2	30 anos	Interior do Estado	Feminino	54 dias
P 3	43 anos	Interior do Estado	Feminino	32 dias
P 4	29 anos	Capital do Estado	Masculino	10 dias
P 5	24 anos	Interior do Estado	Masculino	30 dias

Quadro 1 - Síntese das informações sobre os Pacientes do HCPA envolvidos no estudo
Fonte: Elaborado pela autora.

Nome	Idade	Procedência	Grau de parentesco	Sexo
A 1	51 anos	Interior do Estado	Irmã de paciente	Feminino
A 2	29 anos	Capital do Estado	Mãe de paciente	Feminino
A 3	54 anos	Capital do Estado	Mãe de paciente	Feminino
A 4	22 anos	Interior do Estado	Esposa de paciente	Feminino
A 5	37 anos	Capital do Estado	Mãe de paciente	Feminino

Quadro 2 - Síntese das informações sobre os Acompanhantes dos pacientes do HCPA envolvidos na pesquisa
Fonte: Elaborado pela autora.

Nome	Idade	Área de formação	Tempo de atuação no SRT / HCPA	Sexo
C 1	40 anos	Ed.Física	13 anos	Feminino
C 2	46 anos	Ed.Física	10 anos	Feminino
C 3	35 anos	Ed.Física	9 anos	Feminino
C 4	58 anos	Nível médio	29 anos	Feminino
C 5	47 anos	Pedagogia	17 anos	Feminino
C 6	24 anos	Ed.Física	3 anos	Feminino
C 7	33 anos	Ed.Física	8 anos	Feminino
C 8	25 anos	Terapia- Ocupacional	6 meses	Feminino

Quadro 3 - Síntese das informações sobre os Profissionais Contratados do SRT/ HCPA envolvidos na pesquisa

Fonte: Elaborado pela autora.

Nome	Idade	Área de formação	Modalidade de estágio	Tempo de atuação no HCPA	Sexo
E 1	27 anos	Ed.Física	Extra-curricular	8 meses	Masculino
E 2	24 anos	Pedagogia	Extra-curricular	2 anos	Feminino
E 3	24 anos	Pedagogia	Extra-curricular	1 anos	Feminino
E 4	26 anos	Ed.Física	Extra-curricular	7 meses	Feminino
E 5	21 anos	Ed.Física	Extra-curricular	1 ano e 6 meses	Masculino
E 6	21 anos	Pedagogia	Extra-curricular	6 meses	Feminino
E 7	21 anos	Ed.Física	Extra-curricular	6 meses	Feminino
E 8	21 anos	Ed.Física	Extra-curricular	6 meses	Feminino
E 9	23 anos	Ed Física	Extra-curricular	7 meses	Masculino
E 10	24 anos	Ed. física	Extra-curricular	9 meses	Feminino

Quadro 4 - Síntese das informações sobre os Estagiários do SRT/HCPA envolvidos na pesquisa.

Fonte: Elaborado pela autora.

Ampliando os recursos de pesquisa analisamos, também, registros acadêmicos, administrativos, jornalísticos e fotográficos bem como, relatos de experiências de membros de equipes ligadas ao SRT/HCPA. Esta complementação da técnica serviu para aproximar as informações captadas na entrevista semi estruturada com o cenário de uma internação hospitalar.

No processo de elaboração das perguntas exploratórias concentramos a atenção nas categorias de análise selecionadas dentre os princípios norteadores da Pedagogia Emancipatória de Paulo Freire. São elas:

- a) O diálogo balizando as relações interpessoais efetuadas no cotidiano hospitalar e no SRT/HCPA, modelo hegemônico assistencial, humanização hospitalar, igualdades e desigualdade em saúde;
- b) A autonomia e a participação crítica como indicativo libertador/transformador correlacionando as questões ligadas ao paciente, sua doença e tratamento com as rotinas, currículos padrões e papéis definidos no continuo das ações em saúde, em especial das ações lúdico-terapêuticas.

Para garantir o foco nos objetivos do trabalho, pré-estabelecemos uma ordem para a análise dos discursos colhidos nas entrevistas realizadas. Conforme segue:

- a) Transcrição e digitação das falas colhidas nas gravações;
- b) Leitura dos discursos e seleção dos trechos significativos;
- c) Análise comparativa dos vários discursos (convergências e divergências);
- d) Distribuição dentro das categorias selecionadas;
- e) Estruturação e interpretação dos discursos a luz do referencial teórico relativo ao tema proposto para este estudo (Pedagogia Emancipatória de Paulo Freire).

4.1 DIÁLOGO: IGUALDADES E DESIGUALDADES EM SAÚDE

A assistência em saúde reflete em seus processos e práticas a síntese de diferentes éticas, culturas e códigos. Uma heterogeneidade, presente nas falas e no conteúdo da comunicação, que permeia o complexo sistema relacional do universo hospitalar.

Partindo de conceitos disponibilizados em dicionários da língua portuguesa encontraremos o termo comunicação ligado a capacidade de dividir e discutir idéias, de dialogar, de conversar com vistas ao bom entendimento entre pessoas. Podemos inferir, então, que quando se comunicam, as pessoas têm a oportunidade de trocar informações baseadas em um arcabouço cultural, educacional, vivências e experiências individuais que trazem consigo e que as constitui. Para tanto é importante, como nos aponta Paulo Freire (2007a), que estes homens particulares e concretos se reconheçam como criadores de culturas e capazes de compor o seu repertório cultural singular, exclusivo.

Complementando, Mitre (2004, p. 19) afirma que “Em virtude das regras, valores e códigos próprios e da diversidade das pessoas que nele convivem o hospital pode ser encarado como tendo uma cultura peculiar.” Uma cultura que, percebida de diferente forma pelos diferentes atores sociais que a compõe, será aceita ou confrontada. Como exemplo, a autora traz a idéia de que os profissionais de saúde, em geral, constroem, adotam e partilham estes códigos fortalecendo-os. Já os pacientes e familiares, na maioria das vezes, demonstram estranheza diante de rotinas e falas, bastante distantes de suas experiências de vida, o que pode gerar insegurança, inadequação e conflitos e acabar refletindo negativamente na terapêutica e na condução dos processos de saúde.

Assim, a comunicação apresenta-se como uma ferramenta necessária para o conhecimento/reconhecimento do outro e para a construção de diálogos e compartilhamentos saudáveis de saberes, superando modelos baseados na

transmissão pura e simples de informações o que, em última análise, dificulta a percepção e o poder transformador engendrado no e pelo ato de se comunicar.

Se nos colocarmos atentos aos pormenores da cotidianidade de um hospital encontraremos as falhas de comunicação como um importante empecilho na condução de planos efetivos de cuidado e nos processos de humanização da assistência.

Foi com este olhar que nos colocamos na busca por identificar estas dificuldades, a partir da análise das rotinas e ruídos presentes em um hospital geral, universitário, de referência e de alta complexidade como Hospital de Clínicas de Porto Alegre onde circulam em média 12.000 pessoas/dia (dado apresentado no vídeo Institucional / 2009). Um indicador numérico, expressivo, que pressupõe a existência de grandes e graves falhas de comunicação identificadas a partir das falas dos sujeitos selecionados para participarem das entrevistas semi estruturadas (colaboradores do SRT, pacientes e acompanhantes internados no HCPA), nos registros constantes na Sessão de Ouvidoria do hospital e, também, na Pesquisa de Opinião Institucional. Todavia, cabe registrar que estes instrumentos (ouvidoria e pesquisa de opinião) figuram para nossos entrevistados como ferramentas relacionais subutilizados e pouco resolutivas no encaminhamento democrático e dialógico das demandas. Uma vez que, para a maioria dos nossos informantes, nestes espaços o dialogo fica reduzido a um depósito de queixas e indignações frente aos processos e práticas por parte dos usuários e colaboradores da saúde conforme relato a seguir:

Dentro da instituição tem alguns espaços que deveriam ser espaços de diálogo e que tem esta proposta de estarem escutando o usuário ou o familiar como: As pesquisas de opinião e espaços de ouvidorias, né? Mas que ficam muito como um instrumento assim [pausa], como espaços de denúncias, né? (C.2).

Desta forma, quando perguntamos aos nossos entrevistados sobre o lugar que o diálogo ocupava dentro da dinâmica relacional da Instituição e como seria possível vencer a polaridade entre um diálogo puramente informativo com vistas a avançar para um diálogo mais construtivista e democrático encontramos:

Acho que existe um pouco dos dois. Talvez seja uma conversa informativa, mas também tem muito diálogo [pausa]. Eu to sempre com os meus pacientes e sempre tento me colocar numa postura aonde eles possam falar e eu também possa. Não é só informativa [pausa], mas é importante informar eles (pacientes). Mas não vejo nossas conversas só como informativas. (E. 2.)

Esta fala nos remete a infinidade de informações contidas em protocolos e planos terapêuticos prescritos durante uma internação hospitalar que precisam ser rigorosamente transmitidas e efetivamente compreendidas. Para Freire (2007a, p. 86), “A dialogicidade não nega a validade de momentos explicativos, narrativos onde o professor expõe ou fala do objeto.” Para o autor, o fundamental é que os envolvidos no processo saibam que a postura deles deve ser dialógica, aberta curiosa, indagadora e não apassivada, enquanto fala ou mesmo enquanto ouve. “Tem pessoas mais passivas, aceitam tudo não questionam as coisa, mas, a princípio, eu acredito que eles (pacientes) tenham liberdade de falar.” (E. 3.)

O paciente e seus acompanhantes necessitam apropriar-se das rotinas e dos procedimentos para que possam aderir e colaborar criticamente com o tratamento. Um processo terapêutico de caráter educativo, que deve estar como sugere Paulo Freire (2007b, p. 14), “[...] intimamente associado à tomada de consciência da situação real vivida pelo educando.” Educando que, neste estudo, será intencionalmente substituído pela figura do paciente e/ou seus acompanhantes, visto serem estes no processo de saúde-doença-intervenção a parcela supostamente frágil e marginal, tal qual descrevia Paulo Freire o aluno no interior do processo ensino/ aprendizagem.

Eu sempre procuro explicar para eles (pacientes) da forma que eu sei e da forma que eles entendam. Eu acho então que é bem isto. É no dialogo onde eu faço coisas efetivas que vai melhor pra eles. Eu explico, eu coloco a verdade [pausa], o quê e o porquê que eles estão fazendo isto ou aquilo, porque que eles estão aqui. Afinal, eles tão fora do nosso contexto. (E. 2.).

Ou ainda como relata uma colaboradora do SRT / HCPA

Como fazer uma interface entre o diálogo e a rotina é que é o desafio. É muito devagar que se consegue mexer nas coisas que estão estabelecidas [pausa], assim, por exemplo: Entrar num diálogo... com a instituição, com suas rotinas e com as rotinas da própria equipe. (C.8.).

É necessário, então, que se preservem espaços relacionais que privilegiem uma escuta ampliada envolvendo sentimentos e percepções sobre as situações vivenciadas na hospitalização.

Durante a internação eles (pacientes) são tão mexidos e remexidos e ainda tem que baixar a cabeça para regras da enfermagem, dos médicos. Ninguém pergunta como está o coração (sentimentos). Acho que é necessário um espaço onde eles possam ter vez e onde possam ter voz. (E. 2.).

O perigo da acomodação, e do assistencialismo, para Freire, está na violência do seu antidiálogo que, “[...] impondo ao homem mutismo e passividade não lhe oferece condições especiais para o desenvolvimento ou a ‘abertura’ de sua consciência que, nas democracias autênticas, há de ser cada vez mais crítica.” (FREIRE, 2007b, p. 65).

[...] eu acho que tudo é um pouco limitado sabe. O que é proposto ali é o que eles (pacientes) têm acesso. Eles até não sabem se eles têm este direito, que eles podem falar. Eles utilizam o que eles têm ali, os meios que eles têm, o que é proposto para eles. Eles, neste sentido, eu acho, que eles não buscam além daquilo que é oferecido para eles. Ou por não saber ou por comodidade ou por não abertura dos serviços. (E. 4.).

A comunicação dentro do hospital depende de vários fatores, dentre os quais a disponibilidade das pessoas que cuidam e a “audácia” das pessoas que são cuidadas, em construir, de buscar seu lugar de escuta.

“[...] eu acredito que o espaço existe, mas vai de quem quer falar, também, né? Mas, a oportunidade é pra ter [pausa], eu acho que tem que ser aberta.” (E. 3.).

Neste sentido esta escuta torna-se uma opção de participação a partir de uma tomada de consciência do seu papel do seu espaço de intervenção onde, para Freire (2007a), é possível emergir o verdadeiro diálogo que “[...] não é transferir, depositar, doar ao outro, tomando como paciente do seu pensar a inteligibilidade das coisas, dos fatos, dos conceitos.” (FREIRE, 2007a, p. 38). Para ilustrar esta afirmação, capturamos nas falas dos entrevistados indícios de que a dialogicidade

está ligada, primeiramente, a uma iniciativa do profissional, mas, sem que com isto isente o paciente e a família de um envolvimento ativo.

[...] pode existir, vai depender da intenção do profissional se o profissional der esta liberdade de igualdade para o paciente aí, sim [pausa]. E ele (profissional) só tem benefício com isto, mas para isto vai depender muito, também, da iniciativa do paciente e dos seus acompanhantes. (C.5.).

Tem pacientes que se fecham e se isolam que não querem falar nada e: 'façam alguma coisa por mim e Deus me livre!'. Não querem se envolver. Já outras pessoas, não. São mais interessadas. Eu acho que a responsabilidade não é toda do profissional. O paciente tem que se colocar e ver o lado dele e procurar o espaço dele. Tem que se abrir e conversar tem que dizer alguma coisa. Às vezes, deve ter muito mais participação do paciente do que do médico. Mas, têm gente que têm muito medo de falar e de decidir. (P.3.)

Complementando:

A gente (profissional) tem que fazer uma busca, entender o paciente, a família. Entendeu? Este papel, acho que é o principal, sabe? De buscar, de entender porque muitas vezes eles (pacientes) ficam fechados na dele. Você tem que buscar ele. Eu me sinto assim, no papel de ir à busca. De ir atrás deles de ir ao encontro. Normalmente, quando eles chegam, eles são fechados. Eles não sabem ainda o que vai acontecer. Eu acho que é muito importante. Eu me sinto bem neste papel. De ter esta vontade, de buscar, de ir ao encontro do outro. (E. 5.).

O desencadeamento dos processos dialógicos, por iniciativa dos profissionais em saúde, aparece também em nossas entrevistas como algo que deveria obrigatoriamente estar desvinculado de características ou do perfil pessoal, mas forjado e embasado no conhecimento de princípios e diretrizes norteadoras de políticas e processos reguladores que possam garantir a sua sistematização e continuidade.

Nossa! Acho que não pode ser responsabilidade só do perfil do profissional, porque assim fica pessoalizado. Acho que fica na boa vontade das pessoas. Eu acho que não pode ser assim. Acho que tinha que vir da formação, lá na graduação tu (futuro profissional) deveria ter aula sobre o que é o SUS, protagonismo, sobre Humanização. (C.6.).

O fator tempo aparece em nossa pesquisa como um impedimento, importante, para que se estabeleçam relações dialógicas sistemáticas no cotidiano da assistência. O tempo dentro de unidades hospitalares é quase sempre "tempo de urgência", onde as fragilidades da vida estão constantemente expostas e onde

um bom investimento do tempo pode determinar a condução de uma situação vivida e/ou o desfecho da própria vida.

Um grande problema é o tempo. Então, no que eu digo do tempo não é nem o tempo de executar é o tempo de planejar pra depois fazer parte do dia-a-dia. E poder dizer: 'Ah, agora nós (equipe saúde) vamos mudar a nossa sistemática, agora nós vamos ter um tempo maior, uma abertura maior'. Mas, a gente acaba se atropelando com o relógio, com o dia-a-dia e deixando estas coisas (relações dialógicas), que são tão importantes passarem. (C.7.).

[...] dentro da medida do possível, aqui no hospital, dentro da estrutura hospitalar, o tempo é curto para conversar. Mas, [pausa] existe espaço, né? Para os funcionários poderem conversar e trocar suas idéias nas reuniões de equipes. Espaços, não só fechados, formais, como espaços informais, também. E o paciente, também tem alguns lugares, espaços pra serem escutados, mas, o tempo é muito curto. (C.1.).

Eu acho que a gente (profissional) não consegue ter tempo de sentar e organizar isto. Acho que se a gente tiver um tempo para poder planejar melhor, acho que as coisas vão conseguir ser mais sistematizada. Porque a gente tem, às vezes, a boa vontade tem a intenção e não consegue executar toda esta forma que não é nova, mas é uma novidade, sim. Mas, a gente sabe que precisa ter esta conversa, precisa ter este diálogo, mas, às vezes, por falta de tempo acaba passando por cima, passando batido. (C.7.).

Outra questão a ser considerada diz respeito à rotatividade em hospitais gerais como o HCPA, que podem atingir índices assustadores. Trabalhando com números e considerando o porte do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com seus 784 leitos disponíveis e uma ocupação por leito inferior a sete dias, podendo chegar a uma média anual de 28.300 pacientes/ano em situação de internação, conforme informações do Relatório Institucional/2009. Esta realidade, para a maioria dos entrevistados, é um complicador para o aprofundamento dos diálogos e para a criação de vínculos terapêuticos saudáveis conforme segue:

“Circula muita gente na unidade. Tem pacientes que passam e a gente realmente não consegue ter um diálogo. Quando a internação é curta, por exemplo.” (E. 8.).

“[...] as que ficam pouco tempo, às vezes, a gente não tem tanto contato. Não tem jeito de falar com todos.” (E. 1.).

No desdobramento das entrevistas encontramos relatos que apontam, também, como um empecilho para que se estabeleçam relações dialógicas, a presença de posturas francamente hegemônicas que definem a tônica dos discursos, limites e papéis que serão cumpridos pelos atores sociais envolvidos no processo saúde – doença - hospitalização.

“(...) dentro de um hospital a figura que mais demanda certo poder ainda é o médico, hierarquicamente o médico, a enfermagem, depois os outros”. (C.5.)

[...] existe uma escala: primeiro o médico, depois o enfermeiro, etc. Eu acho que existe sim uma padronização, uma hierarquia, mas, todos (equipe de saúde) estão voltados para um único foco, que é visão do paciente e o bem estar dele (paciente). (E. 4.).

Estes discursos remetem a necessidade imperiosa de uma postura vigilante e, constantemente, advertida com relação ao respeito, a ética e a humanidade por parte dos indivíduos, devendo as atitudes discriminatórias, desviantes e transgressoras serem combatidas em nome da “boniteza de ser gente”, conforme expressão de Paulo Freire ao reafirmar que: “Qualquer discriminação é imoral e lutar contra ela é um dever por mais que se reconheça a força dos condicionantes a enfrentar.” (FREIRE, 2007a, p. 60).

“Acho que as pessoas não são escutadas de forma igual, varia de acordo com a profissão, com seu nível de instrução. Então se a democracia tem este sentido, então existe uma semi-democracia no hospital”. (C.4.)

[...] acredito que não é muito justo, assim. A gente cuida a forma como se fala [pausa], tudo que se fala. Se é com um colega de trabalho, se é com um paciente, se é com um familiar de paciente. Com cada um tem uma estrutura diferente para a gente falar com cada um. Neste sentido não há uma democracia. É bem diferenciado a fala, né? Com cada nível de pessoa, se é com colegas de serviço ou se é com paciente. Eu acho que neste sentido não tem escuta igual. É bem subdividido, digamos assim. (E. 4.).

“Eu acho que tem espaço, que todo mundo tem o direito de falar, o direito de dar sua opinião, mas muitas vezes, dependendo da equipe, dependendo da situação a ser escutada, a última palavra é a palavra médica.” (E. 9.).

Discorrendo sobre esta relação de submissão do homem pelos mitos e suas forças dominantes, Paulo Freire (2007b, p. 51) alerta que “Uma das grandes, se não a maior, tragédia do homem moderno, está em que hoje dominado pela força dos mitos vai renunciando, sem saber, a sua capacidade de decidir.”

Já escutei muito que procedimentos e decisões foram tomadas pela equipe, por exemplo, onde a opinião do paciente não valeu, onde ele não pôde nem opinar. Como se eles (pacientes/familiares) não tivessem voz. Quando eles souberem da sua força, isto vai mudar. (C.6.).

Desta forma resta a este indivíduo cumprir as tarefas que lhes são apresentadas pelas elites que

[...] as interpreta e lhas entrega em forma de receita, de prescrição a ser seguida. E quando julga que se salva seguindo as prescrições, afoga-se no anonimato nivelador da massificação sem esperança e sem fé, domesticada e acomodada: já não é sujeito. Rebaixa-se a puro objeto. Coisificando-se. (FREIRE, 2007b, p. 51).

De um modo mais geral assim, querendo ou não, tem um pouco da hierarquia dos médicos. Os médicos falam e a gente vê se a gente quer concordar ou não. Mas no fim a gente obedece. A fala deles (médicos) vem em primeiro lugar, até porque é o critério. Então [pausa] talvez a gente (estagiário) até tenha espaço para fala, mas que não tem peso igual, não tem. (E. 3).

Palavras Freireanas reforçam uma postura ética na qual “[...] Por mais que me desagrade uma pessoa, não posso menosprezá-la com um discurso que cheio de mim mesmo, decreto sua incompetência absoluta. Discurso em que, cheio de mim mesmo, trato-a com desdém, no alto de minha falsa superioridade.” (FREIRE, 2007a, p. 49).

“Acho que em algumas equipes e reuniões, a gente já conseguiu conquistar nosso lugar, mas têm outras que não tem jeito [pausa], a gente (profissionais do SRT) não consegue nem ter acesso.” (C.6.).

Com este olhar, voltado para a justiça e equidade de acessos e oportunidades, o autor nos conduz a pensar na desigualdade de escuta e a fragilidade ética para se alcançar relações dialógicas, também, no cotidiano da

assistência e do cuidado. Barreiras invisíveis, construídas pelo antidiálogo que isolam as equipes de saúde entre si e da realidade vivida pelo indivíduo doente no enfrentamento de suas dores, angústias e receios frente às estranhezas das práticas e processos da hospitalização.

Eu acho que dentro de uma instituição hospitalar existe algo de um suposto saber por parte dos profissionais, né? E eu acho que os profissionais, muitos deles, então se colocam no lugar de que eles sabem e não deixam que as famílias [pausa] falem, não ouvem o que as famílias sentem e o elas têm a dizer. (C.3.).

Nos espaços que a gente já esta inserida, acho que a nossa fala tem importância, só que fica muito a critério, normalmente, do médico. Se ele (médico) quer abrir espaço para as outras profissões ele abre, escuta e discute, mas no momento que ele achar que não precisa do nosso saber, da nossa (profissional SRT) experiência não vai ter este espaço, então acho que tá muito centrada ainda na questão pessoal do médico, dependendo de quem é o médico vai ter um escuta ou não. (C.6.).

Assim seja qual for à forma escolhida para expressarem seu desconforto frente à “aridez” comumente relacionada à hospitalização, é necessário que se abram caminhos entre o profissional de saúde e o paciente, que diminua a distância entre os envolvidos de tal forma que acione a sensibilidade, o respeito e a humanidade em ambos.

Ainda tem mundos que estão bem separados. O mundo do profissional com o olhar dele, mas têm outros mundos, né? Outras realidades pra ele conseguir estar entendendo, né? Entendendo que existem outros mundos, que as lógicas das pessoas não são conforme a do profissional e o que ele pensa. Que, às vezes, o profissional quer implementar o seu ritmo, a sua vontade, a sua verdade [pausa]. Mas, eu acho que, às vezes, é com boa intenção, porque ele acredita naquilo. (C.2.)

Às vezes eu penso, quem sabe é uma norma da equipe ser assim, de criar uma certa distância. Porque eu sei que tem pessoas que são abusadas. Tu dá o dedo e querem a mão. Ai, todos sofrem as conseqüências. Às vezes, eu penso: Será que não é por isto que as pessoas ficam longe umas das outras? (P. 4.)

Conforme Mehry (1996), os processos de trabalho em saúde são construídos a partir do encontro de um agente produtor/profissional com seu arsenal de conhecimentos, equipamentos, tecnologias com um agente consumidor/paciente que, em certa medida, também é objeto da ação daquele produtor. Mas, nesta

relação, é preciso lembrar que este consumidor/paciente não deixa de ser um agente produtor uma vez que oferece, também, conhecimentos, visões e representações do seu modo sentir e elaborar necessidades de saúde colocando seu arsenal a serviço deste processo de produção e trabalho coletivo. Nesta linha, para Freire (2007a), o trabalho comum e seus produtos adquirem vigor a partir do compartilhamento do saber genuinamente democrático

[...] eu acho que a gente (profissional) deve se despir disto. Que a gente tem um saber absoluto. Sim, [pausa] a gente tem um estudo, tem um saber, mas a gente não pode deixar de ouvir o que as pessoas têm a dizer e ter a percepção do que as pessoas pensam. Elas têm uma opinião formada sobre as coisas. Claro que a gente tem um saber pelo estudo, mas, a gente pode agregar o saber destas famílias ao nosso saber e não se colocar numa posição que a gente sabe tudo e o resto não sabe nada e, assim, se colocar numa posição superior. (C.3.)

[...] acho que ainda não é como a gente (profissional SRT) gostaria que fosse. Acho que já melhorou, eu estou aqui há 8 anos, e dos oito anos pra cá eu já senti, assim, que as pessoas tem uma voz mais ativa que já conseguem ser escutadas. Mas, eu acho que ainda é segmentada, alguns setores escutam mais, algumas pessoas escutam mais do que outras. (C.7.).

[...] quando eu (acompanhante) busquei ser escutada, eu fui. Mas, cabe também a mim ir atrás. Cabe a mim, me sentir no direito de ir, de buscar. Eu acho que tem este espaço, mas, não sei se é bem claro. Não sei [pausa]. De uma certa forma fica um pouquinho a desejar. Podia ser uma coisa mais abrangente, sabe? (A.5).

Este “isolamento comunicacional” tende a piorar quando consideramos em particular a situação dos pacientes e seus acompanhantes. O mutismo por parte deste grupo de indivíduos, esta ausência de assumirem verbalmente suas próprias dores e necessidades encontra-se, na maioria das vezes, ligada à despersonalização e incapacidade de lutarem contra a passividade histórica e à dureza dos papéis elitistas e autoritários existentes no contexto da saúde e do cuidado. Com isto, o paciente e seus familiares seguem sendo os últimos a serem ouvidos e terem suas falas valorizadas.

O dialogo não é democrático, tem graduação. Tu (paciente) pode falar aquilo que pensa para uma determinada pessoa e ela vai falar para outra e pra outra e assim vai ... Um diálogo cheio de hierarquia. E a gente (paciente)? Nem sei onde a gente fica. (P.1.).

(...) é complicado, pois, muitas vezes, a gente (profissional do SRT) escuta das mães: ‘Ah! Mas, eu falei pro médico que isto estava acontecendo, que meu filho é assim, assim, assado’. E eu ouço em reuniões e não sei até que

ponto estas mães são escutadas. 'Não sei por que, mas, elas ficam invisíveis e, muitas vezes, não são escutadas'. (E. 3.).

Para Merhy (1996), no encontro do trabalhador de saúde e o usuário, no interior de um processo de trabalho, estabelece-se um espaço denominado pelo autor de "intercessor". Segundo Merhy (1996), "intercessor" deriva da palavra "interseção/intercessores" é o resultado de um processo singular, constituído no momento do encontro. Este termo é usado pelo autor, na complexidade relacional da saúde, para designar o interstício que se produz no encontro de "sujeitos", isto é, um espaço de compartilhamento e que passa a existir para os "dois" na busca dos sujeitos coletivos.

"Cada um, dentro do seu conhecimento, olha o paciente de uma forma e eu acho que, se a gente (profissional) conseguir juntar todos estes conhecimentos, tu vais conseguir ter uma visão do paciente como um todo." (C.3.).

[...] muita gente (profissional) acha que tá ali fazendo o seu serviço, que é cuidar da parte da saúde, e deu. E o que a pessoa tá sentindo, as suas frustrações e estas coisas, assim, não se escuta, não se vê. E da parte do profissional: 'eu tô aqui para cuidar da tua enfermidade, né?' E o resto [pausa], esta outra parte, não interessa. Algumas coisas assim, eu já vi. E eu acho que tem que ser diferente, unir o que cada um tá vendo e fazer diferente. (E.3.).

Em suas reflexões Ceccim (1997) aponta ser a atenção de saúde um encontro o que oportuniza a produção de afetos — afecções, já que onde há um encontro afetamos e/ou somos afetados pelo outro. Esse afeto pode se dar de diferentes formas e causar diferentes reações. Como exemplo aponta que "Os de tristeza são todos aqueles que diminuem, entram, bloqueiam ou empobrecem a vida; e os de alegria são todos aqueles que expandem, favorecem, compõem, apontam novos olhares e caminhos." (CECCIM, 1997, p. 28).

[...] enquanto a gente (equipe do SRT) está fazendo uma atividade com o paciente e com a família, eu acho que ali fica tudo mais a vontade, porque acaba virando um bate-papo. A gente se enxerga [pausa], se ouve. Acaba se ouvindo muita coisa. Acho que é porque se fica muito a vontade para falar das coisas que estão acontecendo. Eu acho que o espaço em si favorece o vínculo, a alegria, o diálogo. Acho que a atividade que a gente promove [pausa], acho, desenvolve a escuta e ser escutado, né? Eu gosto disto. Me fortalece. (E.5.)

Segundo Foucault (2007, p. 161)

[...] temos que deixar de descrever sempre os efeitos de poder em termos negativos: ele 'exclui', 'reprime', 'recalca', 'censura', 'abstrai', 'mascara', 'esconde'. Na verdade o poder produz: Ele produz realidade; produz campos de objetos e rituais da verdade. O indivíduo e o conhecimento que dele se pode ter se originam nessa produção.

O poder está em tudo [pausa] aqui no hospital e na vida. Agora depende de como tu (pessoa) exerce ele, se tu exerces o teu poder para potencializar, instrumentalizar as pessoas para que elas comecem a ter esta reflexão ou tu usa o teu poder para te afirmar como pessoa para manter eles nesta lógica. (C.2.).

[...] é um espaço difícil. É matar um Leão a cada dia. A cada hora tu (profissional do SRT) tens que mostrar que tu não tá aqui só brincando. Que tu tens um olhar sobre o que tu estás fazendo. E que tu tem que tá reforçando cada vez que tu vais fazer alguma intervenção ou falar alguma coisa que tu viu ou que tu presenciou, parece que tu tens que bancar isto, que tu não tá aí só brincando, que tu tens um olhar sobre o que tu tá fazendo. Tem um certo uso de poder, mas acho que a gente acaba conseguindo ser escutado pelo nosso esforço, pelo nosso conhecimento. Não no ideal, mas acho que algumas pessoas hoje já conseguem nos enxergar, nos escutar. (C.3.).

[...] porque eu comecei falando no início da entrevista da questão hierárquica dentro do hospital. Se a gente pensar na hierarquia de autoridade, de poder, mas se a gente falar em hierarquia de acesso ao paciente eu acho que vem a recreação em primeiro lugar. (C.5.).

Freire em suas palavras nos alerta que “[...] A mudança do mundo implica a dialetização entre a denúncia da situação desumanizante e o anúncio de sua superação, no fundo, o nosso sonho.” (FREIRE, 2007a, p. 79). Sonhos que, forjados na ética universal da vida, se ampliam e alcançam o sujeito e os coletivos suas necessidades, direitos e diferenças. Um saber compartilhado que, sabendo-se forte, quer mudar o invisível, o impossível como nos diz o próprio Freire (2007a, p. 79) “[...] É a partir deste saber fundamental: mudar é difícil, mas é possível.”

[...] é justamente esta busca. Saber até a onde a gente (pessoa) pode ir e não parar nas barreiras, né? A gente tem que cada vez mais procurar mais coisas e ir a fundo e não se limitar, não parar ali e estacionar. Buscar, interagir, tu buscar o conhecimento, tu ir atrás, tu participar de tudo. Tu não

ter um foco único, tu ver de um modo geral e abrangente. Eu acho que assim tu buscas e tu vai lidar melhor com tudo isto, né? (E. 4.).

“Às vezes nós (profissionais) temos o hábito de impor a nossa vontade, esquecendo que o paciente, que esta na nossa frente, também tem as vontades os desejos dele. É o nosso padrão. Mas, que a gente peca, seguidamente, a gente peca”. (C.4.).

Esta consciência crítica tende a aproximar os indivíduos de um novo modelo de ação chamado por Freire (2007a) de *inédito viável*, que nada mais é do que o de vir, o futuro a se construir, a futuridade a ser criada, a partir de processos reflexivos. Uma proposta prática de superação tomando como ponto de partida a análise crítica da realidade na busca da materialização historicamente possível do sonho almejado

A dificuldade em mudar é uma coisa muito, muito forte, é algo do ser humano. As supervisoras discutem e a gente planeja junto, que vai fazer diferente, mas eu vejo que, muitas vezes, a gente acaba batendo na mesma tecla. Isto não que dizer que, com o tempo, não possa ser modificado. Mas acho que tem uma dificuldade de mudar que é inerente ao ser humano. (E. 10).

[...] ainda tem coisas que são impostas e às vezes para se mudar, pra se pensar de outra maneira, é mais demorado. [...] Tenho certa dificuldade. É um processo que eu tô sempre trabalhando, mas pelo tempo de hospital que eu tenho, já tenho muitas coisas enraizadas assim à gente [pausa], eu procuro sempre estar tentando escutar e mudar. Tem se dado mais espaços, se ouvido mais, mas tem coisas que eu acho [pausa] podem melhorar. (C.1.).

4.2 PARTICIPAÇÃO CRÍTICA E AUTONOMIA NO COTIDIANO HOSPITALAR

Edgar Morin (2001), refletindo sobre a construção do conhecimento, aponta que “[...] Todo o conhecimento, para ser pertinente deve contextualizar seu objeto.” (MORIN, 2001, p. 37). Seguindo esta linha faremos uma retomada conceitual da autonomia e da participação, sem perder de vista o marco referencial do presente estudo, a Pedagogia Freiriana e o cenário analítico escolhido: o Serviço de Recreação Terapêutica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Um serviço

comprometido com a assistência, com o fomento a pesquisa e com a formação acadêmica e profissional para a saúde.

Para entender o SRT/HCPA e sua relação com a pedagogia emancipatória, debruçamos nosso olhar sobre as dinâmicas processuais subjacentes a sua participação nas redes de cuidado, a sua modelagem tecnológica e as questões relacionais implicadas na organização da matriz institucional.

Para Mitre (2006), as instituições de saúde caracterizam-se por suas inúmeras regras pautadas na disciplina, eficiência, hierarquização de saberes que produzem uma rotina onde, na maioria das vezes, os usuários e profissionais encontram pouco espaço para expressar sua singularidade e autonomia. Um desconcertante descompasso entre as atitudes, necessidades e valores dos usuários/pacientes e as ações, regulações e condução filosófica da instituição hospitalar onde estão inseridos.

No dia-a-dia da assistência este desequilíbrio tenciona e provoca, muitas vezes, um afastamento entre o fazer cuidado e o ser cuidado que dificulta a complicada, mas necessária busca pela autonomia e participação dos indivíduos no cotidiano hospitalar. Um contraponto frente aos rígidos protocolos, regras e papéis hierarquicamente definidos como encontramos na fala dos sujeitos entrevistados:

[...] agora, o ideal seria que houvesse uma maior participação, uma maior integração, né? Que cada um pudesse expressar seus sentimentos, suas raivas, suas ansiedades da forma livre, que melhor lhe conviesse em todos os espaços da instituição. Mas, em espaços como os nossos aqui do hospital, no nosso esquema fechado, quadrado, é difícil de acontecer, eventualmente acontece, mas não é o dia-a-dia. Infelizmente. (C.4.).

A Integração como sugere Freire (2007a), vem a ser uma relação do homem com a realidade bastante diferente do que se espera de seres ajustado ou acomodados uma vez que, autoriza os indivíduos usarem sua capacidade de transformação para mudarem os contextos a sua volta através do uso da criatividade, da liberdade e da autonomia. Para o autor, então, a integração: “[...]”

resulta da capacidade de ajustar-se à realidade acrescida da de transformá-la a que se junta a de optar, cuja nota fundamental é a criticidade.” (FREIRE, 2007a, p. 50).

Quando eu (acompanhante) cheguei aqui no hospital eu me estressei com a rotina, os horários, as regras. Coisas diferentes. Tudo muito diferente lá de casa. Mas no final a gente se acostuma. Conversa daqui, conversa dali e arruma um jeito de continuar com uns hábitos da gente. Quer ver? Fiz amizade com o pessoal da cozinha (copa) e agora consigo fácil, fácil a água pro meu chimarrão. Nem precisei deixar de tomar. Mas também não fico reclamando. Acho que isto (regras), faz parte. (A.4).

[...] Na medida em que o homem perde a capacidade de optar, e vai sendo submetido a prescrições alheias que o minimizam e as suas decisões já não são suas, porque resulta de comando estranho, já não se integra. Acomoda-se. Ajusta-se. O homem integrado é o homem ‘*Sujeito*’. (FREIRE, 2007a, p. 50).

Esta percepção do autor foi um achado constante em nossa pesquisa que exemplificamos com a fala que segue:

Muitas vezes eu tenho a sensação que quanto tu (profissional) tens uma coisa programada que nem todas as pessoas, nem todos os teus pacientes, estariam dispostos a fazer o que tu programaste. Eles acabam sendo influenciados e fazem. Então de alguma forma tu diriges. Uma liberdade programada [pausa], eu não sei... No instante em que tu tens e que tu estás num espaço em que tem alguém que te supervisione, te dirige, de alguma forma tu deixa de ser tu mesmo, vai ter alguma coisa..., não digo vigiada, mas alguma coisa que não é tua. Fica limitado. (C.4.).

Entendemos, com esta exposição, que é necessária uma aproximação com o sujeito integral, proposto por Morin (2001), seja em relação ao trabalhador que provê o cuidado, como daquele que necessita dos cuidados e de assumir o papel de sujeito de sua saúde, da sua existência.

[...] pena é que as coisas ficam [pausa] tão separadas. E com certeza, ficam. [pausa] Vocês têm todo um preparo, um jeito. Vocês (equipe do SRT) se importam mais com a afinidade, com o que a gente tá sentindo. O médico é mais corpo e vocês mais coração. (P.2.).

[...] deixa eu explicar melhor: A criança, o adulto, o adolescente quando vem para um local pra buscar uma cura, um tratamento, acaba se despidendo de muitas coisas, da sua própria identidade. Então a questão da identidade é a primeira coisa que se perde estando num hospital. Então eu acho que um dos nossos (equipe do SRT) objetivos é o regate da identidade. Eu acho que o serviço de recreação vem ao encontro de suprir esta necessidade. (C.7.).

A ausência de incentivo e respeito à autonomia na relação do profissional com seu paciente/familiar acabam sendo justificadas pela necessidade de encobrir possíveis falhas e impotências frente à incerteza dos resultados de sua práxis. Como conseqüência reflexa, observa-se, muitas vezes, um controle desmedido da situação terapêutica com conseqüente diminuição da autonomia do doente, que desta maneira termina por ser manipulado, sendo objeto passivo de tudo ou quase tudo que acontece em torno dele.

Esta conversão do paciente em objeto, sua coisificação, a perda de suas características pessoais, a relação de dependência que se estabelece diante do incerto e do imprevisto acaba traduzido em comportamentos adaptativos, medrosos e submissos

A gente (equipe) percebe, muitas vezes, que as crianças vão zelar mais pelo comportamento delas, para se preservar, por respeito e medo [pausa]: “Eu (criança) vou me comportar direitinho e então meu procedimento será menos dolorido e eles (equipe) serão mais bonzinhos comigo”. Tem crianças mais passivas, aceitam tudo não questionam as coisas, nem na hora de brincar. (E. 3.).

Ou ainda:

[...] tem gente (paciente) que é mais quietinha e outras são mais falantes. Tem paciente que se fecha mais. Estes sofrem, e não perguntam nada e perdem o sono com medo de tudo. Acho que eles pensam que vão maltratar eles (equipe de saúde) se ficarem perguntando, enchendo a cabeça da enfermeira, do médico, da equipe. (P.3).

A autonomia na dimensão da saúde cumpre, também, a finalidade de problematizar a realidade, repensando criticamente as rotinas, no presente estudo, as rotinas do SRT/HCPA, na busca de uma liberdade de participação nas ações e programas lúdicos, centrada na responsabilidade e nas reais possibilidades de mudanças e transformações.

Eu acho que o ideal seria que tivesse mais autonomia, sim. Que a gente no SRT desse mais espaço pro paciente/usuário ser livre, ter disponibilidade, né? Que pudesse ter livre arbítrio para fazer que ele (paciente) quisesse o que pra ele fosse bom. Pra mudar, pra extravasar sentimentos e o conhecimento do que está se passando com ele, de elaboração de situações difíceis. Pra ser mais ativo, mudar, transformar. Agora [pausa], como fazer isto dentro de um espaço hospitalar? Não sei, ainda. (C.4.).

Seria bom que os pacientes fossem mais autônomos. Acho que apareceria mais o lado dos pacientes, suas necessidades. Dariam coisas diferenciadas para eles (pacientes) e daria para ver mais as diferenças deles. Porque cada um é cada um. No meu ponto de vista acho que é bem difícil ser autônomo aqui no hospital [pausa]. E eu não sei de que forma. (A.1.).

Dentro de uma proposta crítica, problematizadora, o princípio da dúvida, do questionamento, vem ampliar a compreensão de determinado fenômeno que se está buscando analisar. Uma posição que Freire caracteriza como salutar quando a intenção é refletir sobre possíveis verdades.

Sem a pretensão de atribuir ao sistema de saúde um poder de transformação mais radical do que em outros setores, mas considerando o fato que é um setor sensível, de grande visibilidade e onde acabam se expressando com muita nitidez as distorções e discrepâncias de um mundo repleto de aleijões e injustiças de toda ordem, o uso abusivo do “espaço alheio”, no âmbito da internação, pode servir para discutirmos este tema. Uma vez que este tende a cercear a autonomia dos sujeitos, desautorizando-os quanto à gerência dos cuidados que envolvem sua própria saúde, conforme relato abaixo:

Eu acho que em alguns momentos, volto a dizer, a gente (profissional do SRT) peca [pausa]. Meio que sufoca na intenção de acertar. A gente não quer, não deve errar, mas acaba errando. Muitas vezes, a gente na sala de recreação acaba direcionando a atividade. Muitas vezes, a gente acaba fazendo com que o usuário/paciente mude a visão do que ele tem que fazer, mas, às vezes, é preciso [pausa]. Às vezes, faz parte do tratamento. Então, eu acho que o correto seria que a gente tivesse um diálogo, desse uma abertura, mais autonomia. Mas nem sempre isto acontece. (C.4.).

Tomando por conceito de autonomia a sua relação com a capacidade de governar a si próprio, de gerir suas necessidades e anseios a partir de certo grau de independência e determinação. Podemos inferir, então, que para que se alcance a autonomia é necessário um comprometimento pessoal, intransferível e crítico. Conforme relato:

A base possível para que se tenha a autonomia [pausa], acho que é o jeito da pessoa se sentir firme [pausa], no chão, pra poder começar a caminhar e falar com autonomia. Porque senão ela (pessoa) acaba reproduzindo o teu saber, a tua postura. Ele tem que vir de dentro do sujeito, tem que ser genuíno dele. (C.8).

É possível entender as inúmeras razões de obstrução a que esta capacidade seja uma prática estimulada e sistematizada no cotidiano da assistência. Um dia vivido em ambiente hospitalar pode ser pré-visto e descrito com minúcias nos registros médicos e de enfermagem, restando pouco espaço para as singularidades, escolhas e criatividade.

Questionar rotinas, intervir nos processos, opinar sobre protocolos muitas vezes são atitudes percebidas como despropósitos técnicos e gerenciais.

Muitas vezes tu (acompanhante) te sente insegura. Às vezes tu vê certas coisas e acha que tá errado e quer questionar e, as vezes, a pessoa se ofende, porque ela (profissional) acha: 'eu sei o que eu tô fazendo, eu sou profissional' e não quer ser questionado. E aí nós, os familiares, ficamos calados e seguimos as regras. (A.3).

Eu sei que tem gente (paciente) que questiona por qualquer bobagem e enche a paciência do profissional que tá cansado [pausa], que está se empenhando, que tem o compromisso com a gente, mas as vezes acho que não precisariam ficar brabos se a gente pergunta. Seria bom prestar mais atenção e ter mais paciência com a família e com os pacientes. (A.2.).

O Serviço de Recreação Terapêutica, desde sua criação em 1979, a despeito da condução prescritiva própria das unidades e serviços médicos, tem procurado ser um espaço de livre expressão e criatividade onde os indivíduos, independentes da idade ou diagnóstico, possam opinar e optar sobre a participação ou não da programação lúdico-terapêutica e o seu grau de envolvimento na mesma.

Aqui (recreação) se deixa a criança livre para fazer o que ela quer, tem o espaço, a criança entra, a gente cumprimenta, apresenta o espaço e a criança é livre para fazer a atividade. A gente convida, a gente participa, mas nunca impõe nada. Sempre parte dela. Claro, como vou dizer [pausa]: ofertar a gente oferta, né? Mas se a criança não quer tudo bem. [...] É bem pela vontade da criança. (E. 2.).

Nas salas de recreação as atividades costumam ser de livre escolha dos usuários, as regras podem ser mais facilmente flexibilizadas, as iniciativas acolhidas e as decisões compartilhadas e respeitadas. Freire reafirma e valoriza os exercícios decisórios que compõem e constroem indivíduos autônomos. “[...] a autonomia vai se constituindo na experiência de várias, inúmeras decisões, que vão sendo tomadas.” (FREIRE, 2007a, p. 107).

Eu acho que é um lugar (recreação) onde se permite ao paciente não ter a obrigação, no caso... Onde ele tem autonomia para poder decidir se ele quer fazer ou não quer fazer. Então ele tem, até certo ponto, uma liberdade de escolha. (E. 7.).

Assim como:

Eu (estagiário) tenho autonomia, sabe? Eu me sinto bem a vontade de fazer as coisas na minha área, sabe? Eu me sinto bem à vontade, eu não vejo problema nenhum assim. Eu tenho autonomia de chegar, fazer as coisas, de conversar [pausa] estas coisas assim. Na recreação se têm autonomia, sim. Nas outras áreas eu não posso responder se é igual. Eu acho que os pacientes têm autonomia, também, de chegar, de fazer o que querem. (E. 5.).

Avessa ao controle, ao antidiálogo e ao cerceamento da liberdade criadora, a ação lúdica, na dimensão da saúde, aparece em nossa pesquisa como um dos poucos espaços dentro do Hospital onde se consegue conservar uma escuta diferenciada dos usuários. Um fazer diferenciado que estimula, na maior parte do tempo, que os pacientes busquem gerir suas próprias necessidades e anseios a partir de certo grau de independência, determinação e responsabilidade.

Aqui na recreação o pessoal é mais aberto. Nas unidades de internação e na parte dos exames, o diálogo é mais delimitado [pausa]. Pode se falar pouca coisa e a conversa é mais curta. (P.1.).

Eu acho que é muito interessante porque, através destas atividades, tu (acompanhante) consegue conversar, te abrir mais. O paciente se sente melhor, se sente bem, colabora. Pro meu filho é um paraíso no hospital. (A.2.).

Acho que é necessário um espaço onde eles (pacientes) possam ter vez e onde possam ter voz. Acho que, com certeza, é a recreação. É um espaço onde a gente (equipe do SRT) busca proporcionar isto. Onde eles podem atuar efetivamente. E eu acho isto muito importante. (E.2.).

Complementando:

[...] eles (pacientes) nos escutam e nós (equipe do SRT) escutamos eles [pausa]. Eles nos procuram [pausa]. Acho que a maior prova disto é eles nos procurarem. Eles voltarem depois de já estarem bem ou então de tu sentir que eles tem uma confiança em ti. Ficam mais seguros, inclusive para te trazerem as coisa que não são só do cotidiano do hospital, são coisas pessoais. (E.2.).

Do ponto de vista da promoção da saúde, esta autonomia se aplica a todos os indivíduos envolvidos: o paciente, seu grupo familiar e as equipes responsáveis pela

prescrição e execução da terapêutica indicada. Uma postura que exige constantes reflexões e tomadas de decisões, e que se expressa nas escolhas, nos julgamentos e nas resoluções que, concretamente, são tomadas no cotidiano da assistência e do cuidado e, que em última análise, vão refletir nos processos de vida das pessoas e do trabalho em saúde.

Eu acho que participar depende de paciente para paciente, porque se o paciente é lúcido, e tem alguma noção do tratamento que tá fazendo, ele pode participar do tratamento, sim. Agora, se já não é um paciente lúcido e não tem a participação do familiar, creio que ele não possa participar. Ai fica a critério da equipe médica, da equipe de enfermagem. Mas o ideal é que o tratamento seja decidido assim, junto. (P.1.).

Esta posição prevê um compartilhamento respeitoso e igualitário das demandas, inquietando e instigando a dúvida e fazendo circular a autoridade entre os envolvidos.

Eu acho que a gente (equipe do SRT) busca um [pausa] diferencial, um outro lugar. O lúdico, o recrear, que as pessoas colocam muitas vezes como uma coisa menor, a gente não. A gente tá junto com o saber médico, hegemônico [pausa] com toda a autoridade que ele tem. E a Recreação esta ali naquele espaço. [pausa] contra-hegemônico. A gente está um pouco nesta linha. Dizendo que de outro jeito também é possível. A gente tá dizendo e fazendo outro jeito. (C.2.).

Para Freire (2007a), esta autoridade coerentemente democrática, fundamenta-se na importância de si e na liberdade dos indivíduos para a construção de um clima de real disciplina como mostra: “[...]. A autoridade coerentemente democrática está convicta de que a disciplina verdadeira não existe na estagnação, no silêncio dos silenciados, mas no alvoroço dos inquietos, na dúvida que instiga, na esperança que desperta.” (FREIRE, 2007a, p. 93).

[...] muitas vezes a gente (equipe do SRT) não tem condições de viabilizar esta tal liberdade e a autonomia. Então a gente faz bem a coisa do ‘saber bancário’. A dificuldade talvez fosse menor com um número maior de profissionais, pra que se pudesse dar esta liberdade toda. Porque se tu deres esta liberdade, cada um (paciente) vai buscar o que é de seu interesse, do seu agrado e tu acabas perdendo o controle da situação. (C.4.).

Observa-se que a autonomia é sempre relativa, tanto subjetivamente como coletivamente, já que não podemos exercer nossa autonomia em todos os

contextos. Assim, a autonomia, no cotidiano da assistência, é sempre uma autonomia possível e singular.

[...] cada paciente é um paciente. E a gente não pode tratar todos da mesma forma, dar a mesma liberdade para todos. Mas a gente (profissional) tem uma fala única para todos. O que são regras gerais é para todos, né? A gente vê que cada caso precisa de um cuidado especial, de uma coisa diferenciada para cada um. Pra cada um tem que ter 'aquele' olhar, também. Eu acho que também é uma forma de respeitar, humanizar e é uma forma de ser igual para todos, vendo as necessidades de cada um. (E. 2.).

“A liberdade sem limites é tão negada quanto à liberdade asfixiada ou castrada. A liberdade amadurece no confronto com outras liberdades [...]” (FREIRE, 2007a, p. 105).

[...] é um livre, com regras. Regras para que a coisa não caia na 'gandaia', tipo assim, né? Regras de convivência como a gente (pessoas) tem regras de convivência na sociedade. A gente não pode fazer tudo que a gente quer. Eu acho que existem regras dentro da recreação que são regras para o bom funcionamento, pra manutenção da sala. São regras para organização de um espaço, não para a manutenção de um poder. (C.3.).

Ou ainda:

Na recreação tento me colocar numa postura onde eles (pacientes) possam falar e eu também possa, onde eles possam trazer as coisas deles e onde a gente (equipe do SRT) possa chegar sempre num meio termo. Às vezes eu (estagiário) quero fazer uma coisa eles não querem, então a gente tenta sempre buscar um ponto onde eu possa fazer o meu trabalho e onde eles também se sintam bem, onde eles tenham liberdade. (E. 2.).

O próximo depoimento aponta que a liberdade concedida durante as sessões lúdicas caracteriza-se por uma liberdade de escolhas dentro de opções pré-concebidas:

Eu acho que é um lugar onde se pode escolher com liberdade e responsabilidade, e permite ao paciente não ter a obrigação, no caso. [pausa]. Onde ele tem autonomia para poder decidir se ele quer fazer ou não quer fazer o que esta se propondo. Então ele tem, até certo ponto, uma liberdade de escolha. (C.4.).

A partir destas falas, e ancorados em Freire, podemos refletir sobre a liberdade, seus riscos e a responsabilidade quanto às escolhas realizadas “[...] não se tem liberdade sem risco. O educando que exercita sua liberdade ficará tão mais

livre quanto mais eticamente vá assumindo a responsabilidade de suas ações. Decidir é romper e, para isto, é preciso correr o risco.” (FREIRE, 2007a, p. 93).

Só que as pessoas (pacientes/usuários) puxam o tempo todo o profissional para este lugar, né? As pessoas pedem: Eu (paciente) posso? Aí eu (profissional) retorno para eles a pergunta: Olha, tu é quem sabe. Qual foi o combinado, o que tu escolheu? Ah “Tal e tal”. Então, tu é que sabe, não é eu que sei. Então, eles querem colocar a responsabilidade no profissional. A autonomia que, de alguma forma ele (paciente) conquistou, pesa, porque tem que ter responsabilidade. (C.2.).

Segundo Freire (2007a) para o desenvolvimento da autonomia e de outras práticas emancipatórias há de se ter domínio da relação autoridade-liberdade que, muito embora seja uma relação tencionada, tem a capacidade de gerar tanto a disciplina quanto a indisciplina: “[...] Somente nas práticas em que autoridade e liberdade se afirmam e se preservam enquanto elas mesmas, portanto no respeito mútuo, é que se pode falar de práticas disciplinadas como também em práticas favoráveis à vocação para o ser mais.” (FREIRE, 2007a, p. 89).

Eu (profissional) busco estar promovendo a autonomia nas pessoas que estão na minha volta. E eu acho que, quando tu promove a autonomia, eu acho que um dos indícios, dos sinais é que o profissional fica invisível. Eu acho que, quando tu consegue fazer com que as pessoas a tua volta se apropriem, tomem conta, que aquilo seja delas também, aí tu não fica mais naquele pedestal, né? Tu te dilui ali junto com eles (pacientes/usuários). E eu acho que isto é um grande sinal de que tu tá promovendo a liberdade, a autonomia. (C.2.).

A partir deste relato, conseguimos compreender que a intervenção em saúde passa a ser uma ação coletiva dentro de uma realidade, também, coletiva. Onde os elementos destas intervenções vão criar o inusitado, o “inérito viável”, conforme nomeava Freire (2007a), através da participação de seres autônomos e integrados a realidade e as possibilidades do contexto onde estão inseridos.

Eu acho que a gente, enquanto serviço, também está nesta evolução. Eu vejo que a gente tem conseguido uma melhor escuta, com melhores resultados. Eu acho que a gente tinha, sim, hábitos mais quadradinhos, mais fechadinhos. Agora a gente vê que, de repente, a demanda é outra que eles estão ouvindo funk, hip-hop, por exemplo. Vamos adaptar, então, e construir juntos. A gente consegue perceber, com este olhar menos fechado, menos quadrado, de que as coisas também podem funcionar de uma forma compartilhada, com trocas. (C.7.).

Tomando consciência da complexidade do mundo da saúde em sua totalidade, nossos entrevistados trouxeram em suas falas uma autonomia revestida, também, de um compromisso/necessidade de auto cuidado além das possibilidades de intervenções/ transformações anteriormente relatadas.

Acho que a busca da autonomia em qualquer ambiente, é importante [pausa]. Na escola, ele (Paulo Freire) dizia que era importante [pausa]. Aqui, também, eu acho que é bastante importante por uma questão de cuidado próprio. Às vezes, assim, não tem quem cuide, tem que se incentivar a ter autonomia, tem que aprender a tomar decisão. Isto vai ser em todos os ambientes, né? Lidando com a saúde fica ainda mais delicado e mais importante ser vista a questão da autonomia. (C.7.).

Se a intenção for de causar impacto e de transformar a assistência através do brincar, a prática deverá ser obrigatoriamente, ética e coerente com o discurso. Para Bermejo (2008), enquanto a dimensão ética não entrar explicitamente nos planejamentos terapêuticos, continuaremos falando de antidiálogo, desigualdades e desumanização em diferentes níveis e em diferentes contextos no âmbito da assistência e do cuidado hospitalar.

Porque, aqui no hospital, a autonomia no discurso é diferente da autonomia na prática. Quando se valoriza e se fala: 'Ah! Que bonitinho!'. Mas, daqui a pouco a gente (profissional) tá cerceando, é uma autonomia falha, para dizer: 'Ai que bonitinho! Eu (profissional) faço!'. Mas, na verdade, a gente não está valorizando o outro. Eu acho que na prática é bem diferente que na teoria. (C.7.).

'Não adianta só falar [pausa]. Tem que entender, de verdade, que a gente (acompanhante) tá sensível. E se tu, a pessoa, é escutada, se te dão carinho ou uma palavra meiga então, tu fica forte para dar apoio para o teu familiar, né? E pra cuidar melhor dele. Pois, este é o sentido e isto ajuda na recuperação, no bem-estar. É muito mais humano, né?' (A.1.).

Assim como:

As relações do ser humano não são fáceis, seja no hospital, no trabalho ou na família. Em qualquer lugar o ser humano é complicado. Às vezes, a gente acha, assim, que as pessoas não estão entendendo a gente, mas, a gente não está transmitindo direito aquilo e ninguém é obrigado a adivinhar. É complicada a relação humana. É muito complicada. A gente, a pessoa, tem que ter calma, tem que falar [pausa], mas, tem que ouvir bem pra não interpretar de uma maneira errada, desumana e até cruel, entende? (A.3.).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciei este trabalho falando sobre a alegria e a dor que, no cotidiano hospitalar, contribuem para a formação de uma mesma realidade, um momento vivido. Para finalizar retorno a esta dualidade como constitutiva da emoção que me invade ao escrever estes últimos parágrafos. Um estado que acolhe a felicidade, mérito do dever cumprido, mas também o prenúncio da saudade das pessoas e de tudo que vivi.

Nestes dois anos e meio de realização do curso de mestrado, muitas coisas aconteceram que justificaram não só a mudança do título, inicialmente escolhido para o estudo, mas, também, as modificações em sua estrutura e idéias. Durante este período foi preciso administrar o tempo, vencer carências de todas as ordens e me reencontrar, através da escuta de novos autores e conhecimentos, com o meu lado de educadora. Uma parcela da minha formação, até então, subjugada pelo cumprimento das tarefas terapêuticas e assistenciais que há 29 anos desenvolvo.

Foram momentos profícuos de convivência com os colegas, mestres, com a sistemática acadêmica e, principalmente, com os diferentes sujeitos do campo investigativo: pacientes, familiares e colegas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Encontros onde fortaleci a curiosidade e a sensibilidade sobre o entorno das situações de adoecimento e hospitalização que, muitas vezes, fogem do controle técnico e esbarram nos limites da vida. Questões que mobilizam e conduzem, quase sem querer, a uma escrita com o “coração” obrigando o pesquisador a lutar, com ética e crítica, para não me apartar do “rigor” que uma dissertação exige.

Ao analisar, em contexto hospitalar, as dinâmicas processuais subjacentes as ações lúdicas desenvolvidas pelo Serviço de Recreação Terapêutica do HCPA à luz da pedagogia emancipatória, me deparei de um lado, com um serviço que aposta na inclusão de práticas audaciosas e visionárias, que utiliza a alegria advinda do brincar como ferramenta de intervenção e que conquistou, ao longo de

sua história, um espaço de credibilidade sendo reconhecido, hoje, por seu status de instrumento terapêutico. De outro, fui descobrindo um universo de demandas emocionais, afetivas, sociais, culturais etc. que perpassam o cotidiano do paciente, familiares e equipes dentro de um modelo institucional complexo, rígido e hierárquico com seus discursos e desdobramentos

Foi preciso compreender a relação entre as palavras na composição dos diferentes discursos e suas conexões com os diferentes contextos e realidades bem como dissecar os processos deste serviço atenta a presença de possíveis situações/relações anti dialógicas, heteronômicas e desumanizantes.

Assim, tomei como ponto de partida o fato de que uma internação hospitalar ser percebida de maneira diferente, mas nunca indiferente pelo paciente, familiares e equipes envolvidas. Uma situação, quase sempre, adversa no plano de vida dos indivíduos com características ansiogênicas e desestruturantes que exigem da equipe de saúde um pronto atendimento com a aplicação de recursos tecnológicos que extrapolem o uso de equipamentos (tecnologias duras), conhecimentos e técnicas profissionais (tecnologias leves duras), mas, que valorizem, também, as relações dialógicas e democráticas (tecnologias leves) como intervenções de ponta no cuidado integral e humanizado das demandas dos indivíduos e coletivos.

Para tanto, como indica Morin (2001), torna-se necessária a substituição, no contexto da assistência e do cuidado, de um pensar que isola e separa por um pensamento que distingue e une e que, respeitando as diferenças, reconhece a unicidade. Na pesquisa esta posição aparece retratada na importância dada ao corpatilhamento de saberes e fazeres entre recreacionistas/acadêmicos do SRT/HCPA com pacientes, familiares e demais equipes de forma a diminuir a “cegueira situacional” a que Merhy (2006) faz referência reforçando a co-responsabilidade da condução do tratamento entre os atores envolvidos nas diversas etapas do cuidado em saúde.

O diálogo autêntico que comporta um pensar e agir democrático, como nos ensina Freire (2007a), surge na fala dos pacientes e acompanhantes como um indicativo positivo dentro dos processos do SRT/ HCPA. Um contraponto a

comunicação truncada, refratária e culturalmente hierarquizada próprias das instituições de saúde que, tendem a afastar cuidadores e cuidados dificultando o respeito à ética e uma escuta ativa dos vários *existires*.

Uma postura compartilhada por funcionários e acadêmicos que, identificaram nos processos relacionais no SRT/ HCPA, o compromisso com a superação de uma comunicação baseado na transmissão de informações sobre as rotinas e situações a serem enfrentadas, oportunizando que se estabeleça o diálogo e a tomada de consciência por parte dos indivíduos hospitalizados permitindo a estes, segundo Freire (2007a), assumirem uma posição crítica e transformadora. Eficiente estratégia, conforme o mesmo autor, contra o “assistencialismo nocivo”, onde não há espaço para a responsabilidade, participação e autonomia.

Dentro da estrutura Institucional do HCPA o Serviço de Recreação se destacou, nas entrevistas, como um lugar onde a flexibilidade e a participação são elementos que sustentam o planejamento lúdico-terapêutico e onde se busca um equilíbrio saudável na tensa relação entre autoridade, liberdade e autonomia. Realidades, concomitantemente solidárias e conflituosas. Uma autonomia desejada, mas, percebida no cotidiano da assistência lúdica como sendo a uma autonomia limitada, possível e singular.

Assim, neste cenário, exerci minha capacidade imaginativa conduzida pelas regras acadêmicas, especulando e fazendo considerações sobre o tema escolhido tendo como única certeza que, uma vez concluída a pesquisa, esta carregaria “um sonho”, o meu sonho de tentar contribuir para o futuro de uma ação que acredito tem mais do que um potencial terapêutico: tem a força da mudança.

Afirmção feita sem a intenção de ser profética, mas, baseada nos resultados aqui apresentados e apoiada nas idéias críticas e otimistas de Freire que nos conduzem a pensar de forma promissora para o processo saúde – doença - intervenção, onde, através da inclusão do diálogo democrático será possível a participação de seres autônomos e integrados, aptos a promoverem não só a denúncia das situações desumanizantes, mas, o anúncio de ações para superá-las (FREIRE, 2007a).

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. *A criança e seus jogos*. Porto Alegre: Artmed, 1992.

ALVES, R. *Conversa com quem gosta de ensinar*. São Paulo: Cortez, 1988.

ANTUNES, C. *O Jogo e a educação infantil*. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

ARANHA, M. L. A. *História da educação e da pedagogia*. São Paulo: Moderna, 2006.

BERMEJO, J. C. *Humanizar a saúde: cuidado, relações e valores*. Petrópolis: Vozes, 2008.

BIERMAN, G. A criança e a hospitalização. *Revista Geográfica Universal*, São Paulo, n. 3, p.54-60, 1980. Documento Roche n. 03.

BRASIL. *Lei n. 8069, de 13 de julho*. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Brasília, DF, 1980.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989.

BRASIL. Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente (BR). *Resolução nº 41, 13 de outubro de 1995*. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 17 out. 1995. Seção I, p. 1631920.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa nacional de humanização da assistência hospitalar*. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de humanização*. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. *Lei n. 11.104, de 22 de março de 2005*. Dispõe sobre a obrigatoriedade de Instalação de Brinquedotecas. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, DF, 22 mar. 2005.

BROUGÉRE, G. A Criança e a cultura lúdica. In: KISHIMOTO, T. (Org.). *O brincar e suas teorias*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.

CECCIM, R. B. *Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida*. In: CECCIM, R. B.; CARVALHO, P. R. (Org.). *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta a vida*. Porto Alegre: Ed. da Universidade, 1997.

CECCIM, R. B.; PINHEIRO, R. M. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: CECCIM, R. B.; PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro. IMS-UERJ, 2006.

CUNHA, A. G. *Dicionário etimológico nova fronteira da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

DERRIDA, J. *Pensar a Desconstrução*. Rio de Janeiro: Estação Liberdade, 2005.

DORNELLES, L. V. *Na escola Infantil todo mundo brinca se você brinca*. In: CRAIDY, C.; KAERCHER, G. (Org.). *Educação infantil pra que te quero?* São Paulo: Artes Médicas, 2001.

FORQUIN, J. C. *Escola e cultura: as bases sociais e epistemológicas do conhecimento escolar*. São Paulo: Artes Médicas, 1993.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

FOUCAULT, M. *O nascimento do hospital*. In: MICROFÍSICA do poder. 25. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2008.

FREIRE, P. R. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2007a.

FREIRE, P. R. *Educação como prática de liberdade*. 30. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007b.

GAFO, J. *Dez palavras-chave em bioética*. São Paulo: Paulinas, 2000.

GOMES, I.; FRAGA, M. *Direitos do cidadão hospitalizado*. Fortaleza: Ban Gráfica, 2001.

HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes, 1995. v. 1.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. *Organograma*. Porto Alegre, [2009]. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/321/507/>>. Acesso em: 20 nov. 2009.

HUIZINGA, J. *Homo Ludens*. São Paulo: Perspectiva, 1980.

KISHIMOTO, M. T. *O brincar e suas teorias*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.

LISBOA, T. C. Breve história dos hospitais da antigüidade à idade contemporânea. *Notícias Hospitalares*, São Paulo, ano 4, n. 37, 2002 Disponível em: <<http://www.prosaude.org.br/noticias/jun2002/pgs/encarte.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

LUCKESI, C. C. Desenvolvimento dos estados de consciência e ludicidade. *Interfaces da Educação*, Salvador, v. 2, n. 1, p. 9-25, 1998.

LUZ, M. T. A educação física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Org.). *Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção*. Porto Alegre: Ed. da Universidade, 2007.

MARQUES, M. O. *Educação / interlocução: aprendizagem / reconstrução de saberes*. Ijuí: Ed. Unijuí, 1996.

MERHY, E. E. *Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida*. In: CECÍLIO, I. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. *Micro política do trabalho vivo: pensando sobre as lógicas do trabalho em saúde*. In: TEIXEIRA, M. F. (Org.). *Democracia e saúde*. São Paulo: Husitec, 1996.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MITRE, R. *A experiência da promoção do brincar em hospitais*. 2004. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

_____. O brincar no processo de humanização. In. DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MORAIS, M. C. Ruptura do paradigma. In. O PARADIGMA educacional. Campinas, SP: Papyrus, 1997.

MORIN, E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

OLIVEIRA, V. B. *O símbolo e o brinquedo: a representação da vida*. Petrópolis: Vozes, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Informe Técnico 122. *Fixa as funções para o hospital*. Geneva, 1957.

PIAGET, J. *O raciocínio na criança*. Rio de Janeiro: Editora Real, 1967.

ROCHA, V. M.; CENTURIÃO, C. H. Profissionais da saúde: formação, competências e responsabilidade social. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Org.). *Educação física e saúde coletiva*. Porto Alegre: Ed. da Universidade, 2007.

SANTA ROZA, E. *Quando brincar é dizer*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1999.

SIKILERO, R.; MORSELLI, R.; DUARTE, A. G. Recreação uma proposta terapêutica. In: CECCIN R. B.; CARVALHO, P. (Org.). *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre: Ed. da Universidade, 1997.

VYGOTSKY, L. *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

WINNICOTT, D. *O Brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ANEXO A – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM PACIENTES

Roteiro para as entrevistas com os pacientes

Sexo:

Idade:

Número de Internações no HCPA

Tempo de internação (atual):

Diagnóstico:

Data do diagnóstico:

- A- Como acontece e qual a importância do diálogo durante o tratamento e internação?
- B- Você se sente escutado no cotidiano hospitalar?
- C- Você conhece sua doença, opina e interfere no tratamento e rotina hospitalar?
- D- Os espaços lúdicos do HCPA promovem e estimulam o diálogo democrático, a autonomia e o cuidado humanizado?
- E- A ação lúdico-terapêuticas propicia a participação crítico transformadora, a livre expressão de suas idéias, vontades e sentimentos durante a internação?

ANEXO B – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM OS ACOMPANHANTES

Roteiro para as entrevistas com os acompanhantes

Sexo:

Idade:

Tempo de acompanhamento no HCPA:

Diagnóstico (do paciente)

Grau de envolvimento/ parentesco:

A- Como acontece e qual a importância do diálogo durante o tratamento e internação?

B- Você se sente escutado no cotidiano hospitalar?

C- Os espaços lúdicos do HCPA promovem e estimulam o diálogo democrático, a autonomia e o cuidado humanizado?

D- Qual o seu papel na condução do tratamento indicado para atendimento das necessidades do seu paciente?

E- Você conhece a doença do seu paciente e tem a oportunidades de opinar sobre a condução do tratamento e da rotina hospitalar?

F- A ação lúdica terapêutica propicia a participação crítico transformadora, a livre expressão de idéias, vontades e sentimentos durante a internação?

ANEXO C – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM OS COLABORADORES DO SRT/HCPA

Roteiro para as entrevistas com os colaboradores do SRT/ HCPA

Sexo:

Idade:

Tempo de ligação com o HCPA

Cargo/ Função

Formação

A- No cotidiano hospitalar existe espaço para o diálogo democrático e a escuta criteriosa dos indivíduos?

B- Os espaços lúdicos – terapêuticos do HCPA promovem e estimulam as relações dialógicas, a autonomia e a humanização do cuidado?

C- Qual o papel do profissional de saúde na construção de relações dialógicas na assistência e no cuidado hospitalar?

D- A recreação terapêutica do HCPA propicia a participação crítico transformadora, favorecendo a expressão livre e criativa de idéias, vontades e sentimentos durante a hospitalização?

E- Qual o papel da autonomia no processo de enfrentamento da doença, do tratamento e hospitalização?

F- A Atividade lúdico-terapêutica favorece o entendimento sobre o adoecimento, hospitalização e tratamento, bem como, a participação crítico- transformadora da realidade hospitalar?

ANEXO D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente ao projeto de pesquisa intitulada **A Ação Lúdico Terapêutica no Hospital De Clínicas De Porto Alegre em Perspectiva institucional Emancipatória**. Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é de responsabilidade de Regina Salazar Sikilero, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº99511988 ou e-mail rsikilero@gmail.com

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é uma análise dos processos de trabalho do SRT/ HCPA tendo por base a pedagogia Freiriana

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, do Comitê de Bioética do HCPA.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável ou ainda o Comitê de Bioética do HCPA.

A pesquisadora da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento livre e Esclarecida, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado (a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos

Porto Alegre, ____ de _____ 2010.

Assinatura participante: _____

Assinatura da pesquisadora _____

**ANEXO E – TERMO DE CONCESSÃO DE IMAGENS, FOTOS E/OU
ENTREVISTAS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS E PACIENTES ADULTOS**



ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

**TERMO DE CONCESSÃO DE IMAGENS, FOTOS E/OU ENTREVISTAS PARA
PACIENTES PEDIÁTRICOS**

Autorizo que, nesta data, sejam registradas:

- imagens normais
- imagens, desde que com distorção ou outro recurso que impeça a identificação
- fotos normais
- fotos, desde que com distorção
- entrevista normal
- entrevista, desde que com distorção da voz, para que não seja possível identificação de meu filho(a) ou paciente sob minha responsabilidade e em tratamento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, abaixo relacionado (a).

NOME DO PACIENTE	NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Sob a supervisão do profissional (professor, médico contratado, enfermeiro, outros,) _____

Com a finalidade de divulgação em:

- jornais ou revistas
- emissoras de rádio e televisão
- trabalhos científicos
- sites na internet
- veículos de comunicação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Porto Alegre, _____ de _____ de 2010.



ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

TERMO DE CONCESSÃO DE IMAGENS, FOTOS E/OU ENTREVISTAS PARA PACIENTES ADULTOS

Eu, abaixo assinado, autorizo que, nesta data, sejam registradas:

- fotos normais
- fotos, desde que com distorção ou outro recurso que impeça a identificação
- entrevista normal
- entrevista, desde que com distorção da voz, para que não seja possível identificação de minha pessoa, estando eu em tratamento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre,

Com a finalidade de divulgação em:

- jornais ou revistas
- emissoras de rádio e televisão
- trabalhos científicos
- sites na internet
- veículos de comunicação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Sob a supervisão do profissional (professor, médico contratado, enfermeiro, outros) _____.

Nome paciente: _____

Identidade: _____

Assinatura: _____

Porto Alegre, _____ de _____

ANEXO F – APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 100095 **Versão do Projeto:** 16/04/2010 **Versão do TCLE:** 16/04/2010

Pesquisadores:

REGINA HELENA ALVES SALAZAR SIKILERO

Título: A AÇÃO LÚDICO-TERAPÊUTICA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE:
INTERFACES COM PRÁTICAS EDUCATIVAS EMANCIPATÓRIAS

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 27 de abril de 2010.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA