

O PAPEL SOCIAL DA CRIANÇA HOSPITALIZADA E A CONTRIBUIÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO CONTEXTO HOSPITALAR

CLÁUDIA TERRA DO NASCIMENTO¹

DANIEL ZACARON²

FERNANDO COPETTI³

Resumo

Este estudo investigou o papel da criança hospitalizada e as possíveis contribuições do profissional de educação física no contexto hospitalar, diante das necessidades de movimentação corporal da mesma. Os papéis foram detectados através de uma entrevista dirigida aos enfermeiros; e a história de movimentos através de entrevista com os pais. Os resultados demonstraram que o papel vivenciado pelas crianças no hospital refere-se ao papel social de doente, o qual implica em obediência, submissão e abandono da movimentação corporal, fato esperado pelos enfermeiros e realizado pelas crianças. Assim, é fundamental a contribuição do profissional de educação física, às crianças, na promoção de situações que possibilitem o viver outros papéis diferentes do ser doente. Dessa maneira, a movimentação corporal não será somente uma ajuda física, mas, uma forma de reflexão e comunicação com o mundo.

Palavras-Chaves: papéis sociais, hospitalização infantil, profissional de Educação Física.

Abstract

This study investigated the role of hospitalized child and the possible contributions of physical education professional in the hospital context due to the necessity of body motion of the child. The roles was detected through an interview with the nurses; and the motion activities through interview with parents. The results reveal that the role experienced by children in hospital refers to the social role of the sick which implies obedience, submission and total lack of body motion, something expected by nurses and done by the kids. So, is important the contribution of the physical education professional, to children, to give the opportunity to live other roles besides being sick. In this way, body motion will be not only physical

help, but, a way of reflection and communication with the world.

Key Words: social roles, children hospitalization, physical education professional.

Introdução

A situação da hospitalização, do 'estar doente' e do impacto psíquico dessa descoberta, constituem-se, à criança em tratamento hospitalar, uma ameaça real a sua integridade corporal. Estudos realizados por PERINA (1992), comprovam que a doença, o hospital e o tratamento promovem às crianças sentimentos de ansiedade, sendo incrementados pela dor física decorrente de algumas atividades terapêuticas.

Nesse contexto, o movimento que poderia levar ao desenvolvimento, através de várias atividades, não é levado em consideração, já que a criança acaba sendo vista somente como um ser doente, que não pode movimentar-se (LEITÃO, 1990). É justamente nesse sentido que o profissional de Educação Física poderia mediar o desenvolvimento psicomotor de tais crianças, trabalhando o campo da expressão do movimento.

¹ Especialista em Desenvolvimento Humano, UFSM;

² Professor de Educação Física, UFSM;

³ Mestre em Ciência do Movimento Humano, UFSM;

No entanto, um dos fatores positivos para o desenvolvimento é a experiência de vários papéis (BRONFENBRENNER, 1996). A esse respeito, Bronfenbrenner apud KREBS (1995) salienta que "o desenvolvimento humano é facilitado através de interações com pessoas que ocupam uma variedade de papéis e a participação em um repertório de papéis cada vez maior" (p. 62). Em seu estudo, PERINA (1992), coloca que crianças com câncer são vistas como crianças apáticas, sem condições de movimentarem-se, prostradas em uma cama. Também OLIVEIRA (1998), coloca que a interpretação social do 'estar doente' é resultado de categorias cognitivas socialmente construídas. Afirma ele que as representações da doença estão ligadas a um corpo com problemas e que, portanto, precisa descansar.

Em relação à iniciativa das crianças em propor atividades (**pergunta 2**), verificou-se que 60% dos entrevistados esperam que as crianças não proponham atividades. O Sujeito 2 expressou tal expectativa, colocando *Não, não espero; a rotina tem que ser seguida para o bem deles*. Outros 40% apresentaram expectativas de iniciativa do paciente. Esse índice deve-se, segundo OLIVEIRA (1998), ao fato de que "as crianças doentes são vistas como seres frágeis" (p. 82), e nesse sentido, necessitam da ajuda do adulto, devendo colaborar com o mesmo. De acordo com o autor, "estar saudável é atributo de força física" (p. 83). Assim, crianças hospitalizadas são seres frágeis e sem força, que não poderiam propor atividades.

É importante ressaltar que não se está questionando a importância da adesão ao tratamento. Tem-se consciência de que a adesão é fundamental ao sucesso do tratamento. Questiona-se a falta de participação do paciente na rotina hospitalar, bem como a falta de esclarecimentos nas decisões que são tomadas com ele. Se a criança tivesse maior conhecimento acerca da doença e do tratamento, poderia colaborar de forma mais consciente com o próprio tratamento.

Em relação às expectativas de aceitação ou não a mudanças pelo paciente

(**pergunta 3**), observa-se que a maior expectativa sugere o estabelecimento dos padrões comportamentais já profundamente estabelecidos (GONÇALVES, 1994). O papel esperado para a criança no hospital é o de um bom doente. Como coloca TORRES (1999), "a criança precisa deixar de ser sujeito e tem que se comportar passivamente para ser considerada um bom doente e, desta forma, não ser rejeitada" (p. 131).

Essa relação de poder entre pessoas que possuem papéis hierarquizados (um detém poder e o outro não), fica clara quando Bronfenbrenner apud KREBS (1995) coloca que "Quanto maior o grau de poder socialmente sancionado para um dado papel, maior a tendência para o ocupante do papel executar e usufruir do poder, e para aqueles em posição subordinada a responder com maior submissão, dependência, ou falta de iniciativa" (p. 61).

Por outro lado, tem-se consciência de que observar a dor e o sofrimento de uma criança é uma dura experiência para todos os envolvidos com ela (TORRES, 1999). Inclusive, há uma grande preocupação social com a saúde do segmento infantil, tentando fazer o melhor possível em combate à doença, conforme ficou explícito nas pesquisas de OLIVEIRA (1998). Assim, as expectativas dos enfermeiros em relação às atividades que o paciente não gosta (**pergunta 4**) foram, na maioria, de manifestação do paciente. O papel do enfermeiro ficou nítido nessa realidade, conforme expressou o Sujeito 4 *Sempre se espera que eles se manifestem quando se sentem incomodados; procuro tentar solucionar; é o meu papel*.

Ainda, o elemento da expectativa do enfermeiro em relação ao que o paciente espera dele nas atividades, precisa ser analisado. Verificando essas expectativas, observou-se que a maioria dos enfermeiros esperam que os pacientes esperem que eles (enfermeiros) proponham as atividades e a organização da rotina hospitalar, conforme o Quadro 2:

QUADRO 2: Expectativa do enfermeiro em relação ao que o paciente espera dele

Perguntas da entrevista	Expectativas demonstradas	Nº
Pergunta 5: Que tipo de atividades você acha que seu paciente quer que você proponha para ele no hospital?	- Atividades terapêuticas	05
	- Atividades lúdicas	03
	- Sem expectativa clara	02
Pergunta 6: Você acha que seu paciente espera que você proponha todas as atividades da rotina?	- Sem participação do paciente	07
	- Participação do paciente na rotina	03

As expectativas demonstradas pelos enfermeiros centram-se em um paciente que deve esperar que o enfermeiro proponha todas as atividades da rotina e que elas sejam de ordem terapêutica (**pergunta 5**). Essa expectativa foi declarada por 50% dos entrevistados. Mais uma vez a condição de 'estar doente' é inferida ao estar em situação de dependência, porque estando fraco o paciente automaticamente passa a depender daqueles que têm o poder de auxiliá-lo (TORRES, 1999).

A doença representa sofrimento, limitação corporal e dependência, levando a pensar que a saúde é apenas a ausência de doença física (LEITÃO, 1990). A criança, então, é observada do ponto de vista da doença. Não leva-se em consideração as formas de contemplar um tratamento que ofereça benefícios ao desenvolvimento infantil. Ao contrário, o objetivo é proporcionar atividades que combatam a patologia. A doença passa a ser o objetivo principal de viver.

Assim, quando questionados a respeito da rotina do hospital (**pergunta 6**), 70% dos enfermeiros relataram não esperar que os pacientes esperem propor atividades a essa rotina pré-estabelecida. O Sujeito 4 colocou: *Com um tempo aqui eles já sabem que não se mandam*. Tal índice aponta a legitimação do papel social de doente. Segundo BRONFENBRENNER (1996), "a legitimação do papel é conseguida por se colocar o papel no contexto de instituições

firmemente estabelecidas na sociedade" (p. 73). Como é muito difícil e conflitante auxiliar uma criança, via procedimentos dolorosos, é mais fácil que a mesma aceite-os como fundamentais à manutenção da própria vida (TORRES, 1999).

Nesse sentido, as crianças não são estimuladas a vivenciarem outros papéis, além do de doente. O papel de doente é descansar e aceitar seu tratamento; o papel do profissional da saúde é organizar a rotina hospitalar. Esses correspondem, portanto, aos papéis sociais vivenciados no contexto hospitalar.

B) A História de Movimento e a Frequência das Crianças ao HUSM

Com a entrevista dos pais, pode-se apresentar os seguintes elementos: **Frequência à escola:** das 22 crianças, apenas 36% (8 crianças) freqüentam à escola; outras 64% (14 crianças) não freqüentam à escola. **Prática de Educação Física:** das crianças que freqüentam à escola apenas 03 fazem educação física, uma vez por semana, o que equivale a 14% de toda a amostra.

Prática de outra atividade física: foi encontrado um índice de 4% de crianças que pratica alguma atividade física (1 criança - clube de futebol - uma vez por semana). Todas as crianças que freqüentam à escola, não o fazem, regularmente, tendo em vista a exigência de freqüência ao HUSM.

Frequência ao hospital: 59% (13 crianças) freqüentam o HUSM uma vez por semana; 23% (5 crianças) freqüentam o hospital duas vezes por semana; 14% (3 crianças) freqüentam o HUSM duas vezes por mês; e 4% (1 criança) freqüenta o hospital uma vez por mês.

Pode-se colocar, então, que as crianças não contam, em sua grande maioria, com os estímulos escolares de movimentação e experimentação corporal. Em contrapartida, a maioria das crianças freqüentam o ambiente do hospital semanalmente, o que faz com que não sejam assíduas. A maioria das crianças são sedentárias. Essa falta de movimento e de experimentação corporal é, sem dúvidas, um dado preocupante. Como

coloca MONTERO-SENDIM (1988), "a experiência motora serve de base para uma série de estabelecimentos de relações da criança com o mundo, suas relações consigo, com os outros, com o tempo e o espaço" (p. 45). Pode-se, então, inferir que essas crianças possuem pouca experiência corporal, devido a falta de convívio em ambientes que estimulem o movimento e a experiência

do próprio corpo. No entanto, o movimento possui, de acordo com TANI (1998), relevâncias de ordem biológica, social, cultural, psicológica, cognitiva e evolutiva. Diz o autor, "é através do movimento que o ser humano se relaciona um com o outro, aprende sobre si mesmo, quem ele é, o que é capaz de fazer" (p. 41).

Além da inexistência de estímulos motores no contexto hospitalar, bem como da falta de convívio das crianças com tais estímulos em outros contextos, não pode-se deixar de colocar as alterações corporais, inerentes ao tratamento da doença. No hospital as crianças estão expostas a experiências de dor, angústia, ansiedade, estresse físico e psicológico, bem como a alterações bruscas na estética corporal.

C) A contribuição do Profissional de Educação Física no Hospital

De acordo com o conceito de saúde adotado neste estudo, o qual não significa apenas a ausência de doenças físicas, a necessidade de se contemplar atividades que estimulem o desenvolvimento infantil das crianças em tratamento clínico no contexto hospitalar é fundamental. Essa seria uma forma de trabalhar com outras questões que a saúde envolve, situação importante no contexto investigado, diante dos achados desta pesquisa. Tais achados contemplam a imagem detectada por PERINA (1992) em seu estudo: "crianças prostradas em uma cama, esperando a morte" (p. 63). As consequências desenvolvimentistas de se vivenciar muito tempo um único papel, de acordo com KREBS (1995), é preocupante, já que interações em repertórios de papéis cada vez mais complexos são fundamentais à criança. Essas experiências, no entanto,

não acontecem no contexto investigado.

Aqui entra o importante papel do profissional de educação física no contexto hospitalar, através da concretização de um trabalho que poderia promover atividades de cunho social, modificando os papéis vivenciados pelas crianças nesse contexto, levando-as ao desenvolvimento. Parte-se do princípio de que antes de serem crianças doentes, são crianças em desenvolvimento.

O instrumento de trabalho seria o movimento humano. Esse, antes de tudo é um fenômeno sócio-cultural, constituindo-se em uma das formas de expressão e de relação do homem com o mundo. GONÇALVES (1994) coloca que o homem pensa, sente e age através do seu corpo. O corpo humano revela não somente a singularidade pessoal, mas caracteriza-a dentro de um grupo cultural. O ato de movimentar-se significa dialogar com o mundo. É uma das muitas formas nas quais a correlação entre o homem e o cotidiano se manifesta. Nesse processo concretiza-se a humanização de cada um e também do outro. O movimento humano não é somente físico, mas intencional, sendo construído dentro de um contexto vivido que o torna concreto (FELDENKRAIS, 1977). Nesse sentido, o movimento é também um mediador do desenvolvimento, principalmente da criança. OAKLANDER (1980), afirma que a criança é o seu corpo, ela se expressa e fala com o corpo todo, através dos movimentos.

O movimento no ser humano assume, portanto, uma grande significação. OLIVEIRA (1997), diz que o movimento, desde o início da vida, é elemento de reflexão, enquanto realizador intencional da expressão humana, suporte que permite a aquisição de conhecimentos acerca do mundo.

Assim, realizar um trabalho que leve uma criança hospitalizada a movimentar-se pode melhorar a sua habilidade de enfrentar e aprender a respeito da situação de doença. A fantasia, através do movimento, permite a expressão direta dos sentimentos em relação ao presente, pois ajuda a criança a falar sobre esses sentimentos. OAKLANDER (1980) diz que

Geralmente o processo de fantasia infantil é o mesmo que seu processo de vida. Podemos penetrar nos recantos mais íntimos do ser da criança por meio da fantasia. Podemos trazer à luz aquilo que é mantido oculto ou que ela evita, e podemos também descobrir o que se passa na vida da criança a partir da perspectiva dela própria (p. 25).

É preciso perceber que os sentimentos da criança são a sua própria essência, e que as mesmas constroem um mundo de fantasias porque julgam seu mundo real difícil de viver. A questão é usar essa fantasia, através do lúdico, para que a criança investigue seu atual ambiente e enfrente as forças exteriores do mesmo. Profissional de educação física possui, portanto, o papel social de desmistificar os conceitos de saúde e de doença, através de um trabalho que leve o movimento ao hospital de uma forma lúdica, modificando os papéis arraigados nesse ambiente, bem como promovendo a movimentação corporal enquanto práxis de reflexão e comunicação humana com o mundo.

Assim, se a saúde também passa por um confronto equilibrado da pessoa com o mundo, confronto esse mediatizado pelo corpo, trabalhar seus movimentos também significa estar contemplando a saúde. E, ainda, tendo em vista que as crianças permanecem muito tempo no contexto hospitalar, o que impede a convivência em outros contextos, seria importante proporcionar às mesmas os estímulos que não podem ter em outros ambientes. O hospital estaria, dessa forma, contemplando outros elementos que também dizem respeito à saúde.

Considerações finais

Através dos resultados encontrados neste estudo, pode-se afirmar que o papel vivenciado pelas crianças em tratamento no contexto hospitalar refere-se ao papel socialmente aceito para um doente. Esse papel

possui atribuições de obediência e colaboração, exigindo a prostração em uma cama e submissão à rotina hospitalar. Ser um bom doente, então, significa abdicar das necessidades de movimentação e experimentação do corpo que a criança precisa.

Verificando a história de movimento das crianças fora do hospital, percebe-se a quase inexistência de experiências motoras. As mesmas não possuem experimentação do corpo e de seus movimentos. Na sua maioria, não praticam atividade física, perdendo com isso, os benefícios que essas práticas poderiam trazer ao desenvolvimento infantil.

Destaca-se a necessidade de um trabalho interdisciplinar no contexto do hospital, que envolva a vivência infantil de outros papéis, bem como da experimentação corporal, enquanto práxis humana de reflexão e comunicação com o mundo. O profissional de Educação Física poderia levar o movimento a um ambiente apático, mas principalmente serviria como agente de mudanças sociais, através de modificações nos papéis vividos pelos pacientes e profissionais da saúde, contemplando outros elementos que envolvem a saúde, a qual não significa apenas a ausência de doenças físicas.

Referências Bibliográficas

- BRONFENBRENNER, U. *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados*. POA: Artes Médicas, 1996.
- FELDENKRAIS, M. *Consciência pelo Movimento*. 3ª ed. SP: Summus, 1977.
- GONÇALVES, M. A. S. *Sentir, pensar, Agir: Corporiedade e Educação*. SP: Papirus, 1994.
- KREBS, R. J. *Urie Bronfenbrenner e a Ecologia do desenvolvimento Humano*. Santa Maria: Casa Editorial, 1995.
- LEITÃO, M. S. *O Psicólogo e o Hospital*. PE: Sagra – DC Luzzatto Editores, 1990.

MONTERO-SENDIN, M. Desenvolvimento motor. In: SLYWITCH, M. V. *Desenvolvimento Psicossocial da criança – Abordagem pediátrica e psicológica*. SP: Série Pediatria, Vol. XXX, Sarvier, 1988.

OAKLANDER, V. *Descobrimo Crianças – A Abordagem Gestáltica com crianças e adolescentes*. 7 ed. SP: Summus Editorial, Volume 12, 1980.

OLIVEIRA, G. de C. *Psicomotricidade Educação e Reeducação num enfoque psicopedagógico*. RJ: Vozes, 1997.

OLIVEIRA, F. J. A. de. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. *Doença, Sofrimento, Perturbações: Perspectivas Etnográficas*. SP: Fiocruz, 1998.

PERINA, E. M. *Estudo Clínico das Relações Interpessoais da criança com câncer nas fases finais*. SP: USP, Dissertação de mestrado, 1992.

TANI, G. Liberdade e restrição do movimento no desenvolvimento motor da criança. In: KREBS, R. J.; COPETTI, F.; BELTRAME, T. S. *Discutindo o desenvolvimento infantil*. Santa Maria: SIEC, Livro anual, 1998.

TORRES, W. da C. *A Criança diante da morte – Desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

Contato com o autor:

Rua Duque de Caxias, Ed. Rembrant, 1315, AP. 406,
Centro, Santa Maria, RS.
CEP: 977015-090