

CONTRIBUIÇÕES DA LUDOTERAPIA PARA O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL

Mara Alice Diniz Figueiredo¹

RESUMO

Este trabalho propõe analisar o processo de hospitalização infantil que muitas vezes é vivido de forma traumática pelas crianças. Acredita-se, no entanto que esta não deve ser uma constante e que a equipe que trabalha em pediatrias hospitalares pode buscar recursos para tornar esta experiência mais humana. Desta forma busca-se estudos sobre tal experiência e de formas de lidar com esta. Discute-se então a ludoterapia um facilitador deste processo por perceber o brincar como intrínseco à criança e nas diversas referências teóricas da Psicologia baseia-se na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), por esta ter a visão de que a criança está em constante atualização em direção à construção de suas possibilidades levando sempre em conta os limites do meio. Com tal estudo foi possível perceber que a internação pode sim ser um momento menos traumático para a criança quando esta encontra no hospital um ambiente estimulador e de liberdade proporcionado pelo brincar. Isso porque ao sentir que pode ali, ser responsável e ativa em seu tratamento e que suas expressões serão aceitas desenvolverá cada vez mais mecanismos de tornar a internação uma experiência menos traumática.

Palavras chaves: Criança hospitalizada. Ludoterapia. Abordagem Centrada na Pessoa.

Diversos estudos atuais a cerca da internação infantil mostram que esta traz um abalo muito significativo para as crianças que necessitam de tal recurso. Isso porque quando não são favorecidos meios mais saudáveis, estas precisam recorrer às mais diversas opções como regressão, agressividade, distanciamento, dentre outros. Percebe-se também que durante a internação a criança passa por mudanças significativas em sua rotina: deixa de ir à escola, modifica seu horário de refeições, fica longe de seus familiares, amigos e brinquedos – perde, desta forma, o que habitualmente lhe proporciona satisfação e segurança. Passam a conviver em um ambiente desconhecido onde é submetida a procedimentos invasivos e dolorosos sem entender por quê.

É comum perceber que, neste momento, a criança é colocada de fora de seu tratamento, justamente no lugar de paciente, de quem espera que façam algo para si. Os procedimentos ocorrem independentes de ela querer e ou até mesmo se dar conta. Não se explica o porquê de permanecer tanto tempo naquele lugar, de ter que tomar soro ou injeções, de não poder comer as suas comidas prediletas ou até mesmo não brincar com seus amigos.

Mesmo com estas contingências nota-se que ela não é alheia a este processo, ela sente, pois o está experienciando. A criança percebe quando seu corpo se enfraquece ou fortalece, quando um profissional da equipe esconde-lhe algo, quando seus pais estão ansiosos, enfim, percebe os inúmeros fatores que lhe são ocultados. Assim, esta tentativa de poupar a criança faz com que aumente suas dúvidas e fantasias quanto ao que vai ocorrer com ela.

Para discutir uma intervenção psicológica neste contexto este trabalho se baseia na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) e na Ludoterapia Não Diretiva.

Escolhe-se a ACP justamente pela forma que esta vê a pessoa onde, segundo Rogers e Kinget (1975), este tem a capacidade latente ou manifesta de se compreender e resolver seus problemas de modo suficiente alcançando um funcionamento ótimo. Este funcionamento diz de um acordo entre o eu e a experiência e isso ocorre quando *“a estrutura do eu é de um modo tal que permite a integração simbólica*

¹ Psicóloga Clínica, graduada pela PUC Minas. maraalicedf@yahoo.com.br

da totalidade da experiência” (ROGERS; KINGET, 1975, p. 173). O que sustenta a importância da mudança de atitude da equipe que trabalha com a perspectiva de que essas crianças não conseguirão lidar com a realidade da hospitalização.

Colocá-las como participativas em seu processo de tratamento é muito mais do que tirar este papel das mãos da equipe, mas é trabalhar com a criança de forma conjunta, possibilitando que ela se expresse e entenda o que lhe está ocorrendo. É oferecer condições favoráveis para que ela possa elaborar e atualizar-se para então enfrentar esta vivência.

Virginia Mae Axline (1972) afirma que a ludoterapia não-diretiva:

Pode ser descrita como uma oportunidade que se oferece à criança de poder crescer sob melhores condições. Sendo o brinquedo seu meio natural de auto-expressão lhe é dada a oportunidade de, brincando, expandir seus sentimentos acumulados de tensão, frustração, insegurança, agressividade, medo, espanto e confusão. (p.14)

Como se percebe o ambiente hospitalar cercado por estes sentimentos propõe-se que com o auxílio da ludoterapia a criança poderá vivenciar de forma diferente este momento e assim buscar em si recursos para continuar seu processo de desenvolvimento.

A HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL

“Não é isto que nos cansa, e sim o fato de termos de elevar-nos até alcançar o nível dos sentimentos das crianças. Elevar-nos, subir, ficar na ponta dos pés, estender a mão. Para não machucá-las”
(Korczak)

O processo de hospitalização é cercado de intercorrências seja este vivenciado por crianças ou adultos. Algumas destas são facilmente assimiladas pela pessoa, no entanto, outras precisam de uma atenção especial, seja para evitar a ocorrência ou, quando não há esta possibilidade, fazer com que as sequelas sejam diminuídas. Durante a hospitalização os hábitos da pessoa são forçadamente alterados, distancia-se da família, das atividades rotineiras, em geral sente-se dor e passa por baterias de exames e procedimentos muitas vezes intrusivos em busca de uma melhora rápida do quadro orgânico. Camon (1994) destaca também que o paciente sofre uma despersonalização durante o período de internação *“deixa de ter o seu próprio nome e passa a ser um número de leito ou então alguém portador de uma determinada patologia. (...) Deixa de ter um significado próprio para significar a partir de diagnósticos realizados sobre sua patologia”* (CAMON, 1994, p.16). Esta despersonalização, notada na maioria das equipes hospitalares, têm como consequência um afastamento da pessoa de seu processo de tratamento, a pessoa se ausenta assumindo cada vez mais o lugar de paciente, ou seja, quem espera com paciência que façam algo em seu lugar.

Muita coisa pode-se perceber em comum nas internações pediátricas onde geralmente se desconsidera a singularidade destas crianças em constante desenvolvimento. Os fatores supracitados são encontrados em grande parte dos hospitais que acolhem tal faixa etária, pois como levantam Mota e Chaves (2005) as crianças são tratadas no hospital como adultos em miniaturas, estão ali unicamente para tratarem de algum problema de saúde e o seu contexto habitual é simplesmente descartado.

No Brasil, a partir de 1990 com a lei nº 8.069 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente este panorama passou por alterações gerando um início de humanização deste processo genuinamente doloroso para a criança. No Artigo 12 deste estatuto determina-se que *“os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”* (BRASIL, 1990, p.918). Desta forma extingue-se o aspecto considerado por Chiattonne de maior malefício para a criança que é a separação desta de sua mãe visto que tal relação é fundamental para a sua saúde mental. Principalmente neste momento em que há uma ruptura com seus costumes e quando seu corpo sofre alterações geradas tanto pela doença quanto pelo tratamento.

A relação familiar mostra-se importante de diversas formas. Como um exemplo pode se pensar na capacidade de adaptação a esta situação que faz um intercâmbio entre a personalidade da criança e o relacionamento prévio desta com sua família. Quando ela percebe nesta última um porto seguro consegue reagir à internação com menos sofrimento: *“ela tem segurança para permanecer no hospital, para enfrentar situações difíceis e agressivas, pois se sente apoiada e tranqüila como pessoa”* (CHIATTONE, 2003, p. 39). Ela encontra em seu meio familiar condições favoráveis para reagir de forma verdadeira, expressar seus sentimentos tendo a certeza que eles serão aceitos por mais ambíguos que sejam.

Mesmo contando com a presença de uma pessoa amada o acompanhando, a hospitalização não deixa de ser para a criança uma vivência singular sendo dificultada pelo *“medo do desconhecido”* (Chiattonne, 2003, p. 35). Entrando no hospital geralmente de forma abrupta a criança encontra um lugar completamente distinto de sua casa: troca sua cama por um leito; deixa de usar suas roupas preferidas para usar as vestias do hospital; muda seus horários, suas rotinas; convive com companheiros de quarto, enfermeiros, médicos, faxineiros e outras pessoas nunca vistas; havendo, dentre outras mudanças, a da alimentação, passando a comer uma comida completamente diferente a que está habituada.

Esta mudança, assim como a ausência dos pais, em grande parte dos casos não é precedida de informação, as pessoas que lidam com elas, sem perceber compartilham de uma *“lei do silêncio”* (Chiattonne, 2003, p.36) onde a criança fica na expectativa do inesperado já que os procedimentos não são previamente esclarecidos. Esta espera gera na criança fantasias mirabolantes causadoras de inúmeros temores.

Como em uma relação de causa e consequência deste não conhecer as singularidades do hospital e nem os motivos que levou a criança a este, pode fazer com que esta vivencie uma *“sensação de culpa”* (Chiattonne, 2003, p.36) imaginando que sua doença é uma punição a algo que ela não fez ou fez errado. Com isso além do medo e do sentimento de abandono sente culpa e coloca a equipe como quem vem o castigar.

Outra questão sempre discutida quando se trata a hospitalização é quanto à equipe que irá receber a criança geralmente marcada pela dor e sofrimento. A maneira como esta desenvolve seu trabalho é crucial para demarcar as consequências nocivas causadas por este processo. Para lidar com crianças é preciso que a equipe desenvolva constantemente técnicas que busquem tornar esta vivência minimamente traumática, para assim não interferir em seu progressivo desenvolvimento. Chiattonne destaca que:

Uma equipe de saúde extremamente profissional que não consegue visualizar a criança como um todo doente, que não consegue ampliar seu campo de ação e assumir comportamentos e atitudes flexíveis e carinhosas é certamente uma equipe que terá pouco sucesso junto à crianças hospitalizadas. Além disso, pacientes hospitalizados em enfermarias pediátricas extremamente rigorosas e frias com certeza mostrarão maiores sequelas causadas pela hospitalização. (CHIATTONE, 2003, p. 39)

Assim, fica clara a necessidade de que os funcionários que receberão as crianças se atualizem sempre, que busquem um trabalho interdisciplinar e que vejam a criança como um todo e não como um mero recipiente para determinada patologia.

O contexto pode se tornar carregado simplesmente pela forma de agir dos profissionais. Se eles não consideram além dos aspectos biológicos da criança o social e psíquico, se não se interessam realmente pela área trabalhando nesta somente por obrigação, se não colocam a humanidade e o bom senso como prioridade e se trabalham durante uma carga horária excessiva, com certeza isso ocorrerá e quem sentirá na pele as consequências serão as crianças. No entanto a equipe pode ser diferente tendo a consciência de que seus pacientes, cada um a sua maneira, possui recursos para compreender e ajudar durante a internação. Quando bem instruídas e aceitas as crianças podem começar a fazer parte da equipe tornando esta experiência mais amena e o trabalho da equipe mais prazeroso.

A fim de descrever o processo de humanização do atendimento às crianças hospitalizadas, Chiattonne (2003) ressalta que é preciso ampliar o papel de promover a saúde na busca de humanização dedicando ao paciente toda a energia possível no que tange às alternativas e planos de ação. Em 2001, o

Ministério da Saúde, consciente dos problemas mais comuns durante a hospitalização como maus tratos, falta de equipamentos e preparo dos profissionais, lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar que tem como um de seus objetivos “*difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira e melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil*” (BRASIL, 2001, p. 14). Assim pretende-se melhorar não só o atendimento, mas as condições de trabalho dos funcionários, pois sabe-se que quando se tem equipes de trabalho saudáveis eles tem a capacidade de promover a humanização do serviço prestado.

A LUDOTERAPIA NÃO DIRETIVA

“É através do jogo que começa o pensamento propriamente humano (...) É no jogo que contemplamos, que construímos (...) É pelo jogo que a humanidade se insinua por toda a parte e é pelo jogo que essa humanidade se desenvolve”
(Chateau, 1987)

Com a finalidade de discutir a terapêutica com crianças proponho, primeiramente, ressaltar fundamentos teóricos básicos a cerca do ser humano como um todo, não distinguindo a idade da pessoa, pois, a teoria Humanista na qual fundamenta-se este trabalho acredita que a pessoa está em constante atualização – seja ela criança, adolescente ou adulto.

De acordo com Rogeres e Kinget (1975) o ser humano tem uma tendência a compreender a si mesmo e de resolver seus problemas de forma suficiente encontrando satisfação e eficácia para um funcionamento adequado. A fim de traduzir esta crença na capacidade do indivíduo, a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) trabalha com o conceito de Tendência à atualização que “*propõe que em cada organismo, não importando sua complexidade, existe um fluxo interno que movimenta o ser em direção à construção de suas potencialidades, desenvolvendo-as de maneira a conservar-se e enriquecer-se*” (COPPE, 2001, p. 14). Desta forma, segundo Rogers e Kinget (1975) esta tendência se mostra como a mais fundamental do organismo em sua totalidade prescindindo o exercício de todas as suas funções em busca de desenvolver as potencialidades do indivíduo e levando-se em conta as possibilidades e limites do meio. Por tanto é preciso que não haja fatores perturbadores graves a este organismo para que ele se direcione ao amadurecimento. O organismo o qual menciono diz de uma inseparabilidade dos aspectos físicos e psíquicos e, desta forma, pensa-se em um bem-estar quando há satisfação das emoções, sentimentos, pensamentos – que fazem parte da experiência – e também quanto à nutrição, dentre outros fatores físicos.

A tendência à atualização representa um fator dinâmico do indivíduo e em contraponto encontramos a formulação da noção de eu que representa um fator regulador. Esta Noção de eu refere-se a uma estrutura perceptual, ou seja, “*um conjunto organizado e mutável de percepções relativas ao próprio indivíduo*”² (ROGERS e KINGET, 1975, p. 44). Esta estrutura encontra-se em meio a uma estrutura perceptual total que engloba as diversas experiências da pessoa durante toda a sua vida.

Assim:

a tendência à atualização do eu age constantemente e busca, também constantemente, a conservação e o enriquecimento do eu. Isto significa que ela se opõe a tudo o que compromete o eu, seja no sentido da diminuição, da desvalorização ou da contradição. Contudo, o sucesso ou eficácia desta ação depende não da situação “real”, “objetiva”, mas da situação tal como o indivíduo a percebe. Ora, o indivíduo percebe a situação em função da noção de seu eu. Poder-se-ia dizer que ele percebe o mundo através do prisma do eu: aquilo que se relaciona com o eu tende a ser percebido com destaque e é suscetível de ser modificado em função dos desejos e angústias do indivíduo (...)(ROGERS e KINGET, 1975, p. 44)

² Fazem parte destas percepções as características, os atributos, qualidades e defeitos, capacidades e limites, valores e relações que o indivíduo reconhece como descritivas de si mesmo, etc.

Desta forma, verifica-se em Rogers e Kinget (1975) que para que a tendência à atualização seja eficaz é preciso que a noção de eu tenha um caráter realista, ou seja, deve haver congruência entre os atributos que a pessoa acredita ter e os que realmente têm. Quando não há este equilíbrio percebe-se na pessoa comportamentos desajustados como devaneios, fuga, regressão, o que pode-se dizer de uma tentativa interior de encontrar um conceito mais próximo de si próprio.

A criança difere-se do adulto na terapêutica quando se pensa na forma de expressão, pois, na maioria dos casos, os adultos expressam-se verbalmente com maior facilidade que a criança de forma que esta última encontra na ludoterapia uma forma de expressão e elaboração.

Axline (1972) descreve que em cada indivíduo parece haver uma força que luta constantemente em busca de auto realização que pode ser caracterizada pela busca de maturidade, independência e auto-direção. Para tanto é preciso que esta pessoa encontre um terreno propício: *“como uma planta precisa de sol, chuva e terreno rico e bom para atingir seu crescimento máximo, assim também o indivíduo, para atingir satisfação direta desse impulso de crescimento necessita de permissividade para ser ele mesmo (...)”* (AXLINE, 1972, p. 10). Isso porque quando uma pessoa percebe-se como responsável por direcionar sua vida aceitando a responsabilidade e liberdade que deve assumir ela pode então direcionar suas ações com mais perfeição.

O trabalho terapêutico com crianças nesta abordagem pode ser denominado como *Ludoterapia Não Diretiva* ou como *Ludoterapia Centrada na Pessoa*. *“A ludoterapia na ACP é um processo que se dá através da relação humana que se desenvolve entre o terapeuta e a criança e da intersubjetividade que se faz presente. Nesta relação, a criança sente-se valorizada pelo que ela está sendo neste momento de crescimento”* (GARCIA, 2002, p. 186). Permite-se à criança ser ela mesma, aceitando-a sem recriminações ou pressões, o que se faz é reconhecer as emoções que são expressas pela criança, para que ela possa ser ela mesma e conhecer-se cada vez mais. Desta forma:

A ludoterapia não-diretiva pode ser descrita como uma oportunidade que se oferece à criança de poder crescer sob melhores condições. Sendo o brincar seu meio natural de auto-expressão lhe é dada a oportunidade de, brincando, expandir seus sentimentos acumulados de tensão, frustração, insegurança, agressividade, medo, espanto e confusão (AXILINE, 1972, p. 14 -15).

Acreditando no potencial de cada indivíduo o ludoterapeuta oferece à criança uma situação de permissividade e aceitação onde ele está sempre atento àquilo que a criança diz ou faz, pois acredita que esta é capaz e digna de confiança e de assumir a responsabilidade sobre si. *“Esta atitude não-diretiva do terapeuta parece ser de passividade, [e] isto está muito longe da verdade. Não há disciplina mais severa do que a de manter a atitude de completa aceitação, de abster-se de fazer qualquer insinuação ou orientação ao brincar da criança”* (AXLINE, 1972, p. 60). Como a criança é ativa em todo o seu processo psicoterápico ela adquire coragem para se tornar uma pessoa mais madura e independente. Esta responsabilidade que a criança adquire capacita-a de fixar suas ações com mais perfeição.

O BRINCAR NO CONTEXTO HOSPITALAR

Falando da enfermidade, a criança doente nos ensina – e precisamos aprender: brincar é uma forma de viver.
(Helena de Oliveira)

Partindo da afirmação de que a hospitalização traz uma mudança drástica na rotina da criança e que estas mudanças podem ser tanto passageiras como permanentes é importante pensar como a psicologia pode contribuir para que esta pessoa, em constante atualização, consiga viver este momento da maneira menos traumática possível. Tendo o brincar como sua forma genuína de expressão ela pode buscar neste, recursos para entender este novo contexto em que está inserida e as coisas diferentes que estão acontecendo com ela. Pode assim elaborar seus conflitos, frustrações e traumas. Carvalho e Begnis (2006) assinalam ser importante que a criança encontre no contexto hospitalar um ambiente que permita que ela continue a desenvolver-se. Para estes autores *“no que se refere ao contexto hospitalar, o brincar tem sido reconhecido pela sua função terapêutica, que atua na modificação do ambiente, do*

comportamento e, principalmente, da estrutura psicológica da criança, no transcurso do seu tratamento” (CARVALHO; BEGNIS, 2006, p. 110). Afirmam também que a equipe deve estar disposta a auxiliar a criança a atravessar esta situação de hospitalização com mais benefícios que malefícios, para que esta não seja somente de dor e sofrimento, mas rica em conteúdos a serem significados e ressignificados e, desta forma, contribuir para o bem-estar biopsicossocial que é como se propõe definir o conceito de saúde (Organização Mundial de Saúde – OMS). Ao falar do desenvolvimento integral da criança devemos considerá-la como um todo, pois considerar somente os aspectos biológicos no tratamento, deixando de lado o seu psiquismo é tornar mais lento e ineficaz o tratamento e a possível cura. Por isso, o brincar facilita que a criança não deixe de se desenvolver, mas, pelo contrário, tendo no brincar um aliado ela consegue elaborar de melhor forma esta vivência.

Se o profissional que lida com esta criança permite que sua comunicação seja livre e sem preconceitos, ela se sentirá cada vez mais autoconfiante e assim não precisará falsear seus sentimentos. E, além disso, se este mesmo profissional consegue refletir estes sentimentos expressos, ela terá maior clareza deste, (re) significando-os constantemente. A criança que brinca, afirmam Mitre e Gomes (2004), parece não estar enferma, pois o lúdico possibilita ganhar ou construir algo de novo em um momento de constantes perdas.

Como grande parte do tratamento hospitalar é inegavelmente imposto, visto que ele é fundamental para a cura ou melhoria da doença, o brincar torna-se um dos poucos aspectos onde a criança tem livre escolha. Ela pode aceitar ou negar brincar, pode escolher qual brinquedo deseja e até mesmo dizer não aos procedimentos brincando. É o seu momento de exercer sua autonomia, onde ela tem a oportunidade de escolher e expressar-se livremente. Tendo este momento de escolha e estando em uso de sua forma de expressão genuína, a criança torna-se cada vez mais ativa neste processo saindo, mesmo que momentaneamente, do lugar de paciente.

Trabalhando com a idéia de que o organismo, segundo a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), precisa encontrar um ambiente favorável para se atualizar, torna-se cada vez mais importante os estudos a cerca da humanização hospitalar, pois somente assim a criança que necessita da internação não perderá a congruência entre sua noção de eu e a realidade.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. **A criança e seus jogos**. Trad. Marialzira Perestello. Porto Alegre: Artimed, 1992, 2 ed.

ALCANTRA; E. B. **A criança hospitalizada: o impacto do ambiente hospitalar no seu equilíbrio emocional**. Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde. Ano 3, n. 6, p. 38-55. Ago. 2007/ jan. 2008. Disponível em: <http://geocities.yahoo.com.br/revistavirtua_lpsicopio/>. Acesso em 01 maio 2009.

AXLINE, M. V. **Ludoterapia: a dinâmica interior**. Belo Horizonte: Interlivros, 1972. 351p.

BALDINI, S. M.; KREBS, V. L. J. A criança hospitalizada. **Artigos sobre ensino teaching articles**. Disponível em: <<http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/html/421/body/03.htm>>. Acesso em 09 maio 2009.

BARROS, L. As conseqüências psicológicas da hospitalização infantil: prevenção e controle. **Análise psicológica**, v. 1, n. 16, p. 11-28, 1998.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 Jul. 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>>. Acesso em 10 de set. 2008

BRASIL. **Ministério da Saúde. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília: 2001. Disponível em:

CAMON, V.A.A (org). **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Livraria Pioneira, 1994. 114p.

CARVALHO, A. M.; BEGNIS, J. G. Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. **Psicologia em estudo**, Maringá, vol. 11, n.1 jan./abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a13.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2008.

CHIATTONE, H. B. C. A criança e a hospitalização. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.) **A psicologia no hospital**. 2. ed. São Paulo: thomson, 2003. Cap. 2, p. 23-100.

COPPE, A. A. **A vivência em grupos de encontros**: um estudo fenomenológico de depoimentos. 2001. 151f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.encontroacp.psc.br/teses.htm>. Acesso em 6 de out. 2008.

D'ALCANTARA, E. B. A criança hospitalizada: o impacto do ambiente hospitalar no seu equilíbrio emocional. **Psicópio**: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar. Ano 3, n. 6. Belo Horizonte: ago. 2007/jan. 2008. Disponível em: http://discovirtual.uol.com.br/disco_virtual/susana-alamy/Rev_Psicopio. Acesso 09 maio 2009.

GARCIA, S. S. Diretrizes da ludoterapia na abordagem centrada na pessoa. In: GOBBI, S. L. et al. **Vocabulário e noções básicas da abordagem centrada na pessoa**. 2 ed. São Paulo: vetor, 2002. p. 183-201.

GOBBI, L. S.; et. al. Vocabulário. In: In: GOBBI, S. L. et al. **Vocabulário e noções básicas da abordagem centrada na pessoa**. 2 ed. São Paulo: vetor, 2002. p. 15-155.

LINDQUIST, I. **A criança no hospital**: terapia pelo brinquedo. São Paulo: Scritta, 1993.

MITRE, R. M. A.; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como cão de saúde. **Ciência & saúde coletiva**. Vol. 9, n.1. 2004. p. 147-154. disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=26375&indexSearch=ID>. Acesso: 08 maio 2009.

MOREIRA, M. C. N., MACEDO, A. D. A. **A construção da subjetividade infantil a partir da vivência com o adoecimento**: a questão do estigma. Arquivos brasileiros de Psicologia, v. 55, n. 1, p. 31-41, 2003.

MOTA, M. C.; CHAVES, P. Brinquedoteca hospitalar “nosso cantinho”. In: CARVALHO, A. et al (org). **Brincar (es)**. Belo Horizonte: UFMG, 2005. Cap. 12, p. 167-180.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. Brincar no hospital: estratégias de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicologia em estudo**, Maringá, vol. 9, n.1 jan./abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a04.pdf>. Acesso: 17 ago. 2008

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. Brincar no hospital: câncer infantil e aviação do enfrentamento da hospitalização. **Psic., Saúde & Doenças**, 2002, vol.3, no.1, p.23-41. ISSN 1645-0086.

OLIVEIRA, H. A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, vol. 9, n. 3. jul/set. 1993. disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102-311x1993000300020. Acesso: 10 maio 2009.

ROGERS, C. R.; KINGET, G. M. **Psicoterapia e relações humanas**. Belo horizonte: Interlivros, 1975. 288 p.