



Brincar para **MELHORAR**

Teorias, Pesquisas e Práticas
interventivas na Pediatria

HOSPITALAR

Flávia Moura de Moura
Lilian Kelly de Sousa Galvão
Organizadoras

EU Editora
UFPB



Universidade Federal da Paraíba

Terezinha Domiciano Dantas Martins

Reitora

Mônica Nóbrega

Vice-Reitora



Editora UFPB

Geysa Flávia Câmara de Lima Nascimento

Diretora Geral da Editora UFPB

Aline dos Santos Deiró

Vice-Diretora da Editora UFPB

Rildo Coelho

Coordenador de Editoração



Brincar para **MELHORAR** Teorias, Pesquisas e Práticas interventivas na Pediatria **HOSPITALAR**

1ª Edição - 2026

Esta obra integra a publicação de livros digitais (e-books) do Edital 01/2025 da Editora UFPB, em regime de fluxo contínuo. A chamada pública visa fomentar a divulgação da produção científica, literária, artística e didático-pedagógica da comunidade acadêmica da Universidade Federal da Paraíba, contemplando obras de autoria individual, coautoria ou coletâneas.

Direitos autorais 2026 - Editora da UFPB



Esta obra é de acesso aberto. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e autoria e respeitando a Licença Creative Commons indicada.

O CONTEÚDO DESTA PUBLICAÇÃO, SEU TEOR, SUA REVISÃO E SUA NORMALIZAÇÃO SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DOS AUTORES.

OS DIREITOS DE PROPRIEDADE DESTA EDIÇÃO SÃO RESERVADOS À:



Cidade Universitária, Campus I – Prédio da Editora Universitária, s/n

João Pessoa – PB CEP 58.051-970

Site: ufpb.br/editora

Instagram: @editoraufpb

E-mail: atendimento@editora.ufpb.br

Fone: (83) 3216.7147

Editora filiada à



Flávia Moura de Moura
Lilian Kelly de Sousa Galvão

Brincar para MELHORAR

Teorias, Pesquisas e Práticas
interventivas na Pediatria

HOSPITALAR



Editora UFPB
João Pessoa, 2026

CONSELHO EDITORIAL – Editora UFPB

Portaria N° 202, de 08 de agosto de 2025 – Reitoria

Geysa Flávia C. de Lima Nascimento – Presidente | Editora UFPB

Alexandre Coelho Serquiz | Ciências da Saúde

Daniel Araújo de Macedo | Engenharias

Eduardo Rodrigues Viana de Lima | Ciências Exatas e da Natureza

Franklin Kaic Dutra-Pereira | Ciências Biológicas

Gustavo Barbosa de Mesquita Batista | Ciências Humanas

José Ferrari Neto | Linguística, Letras e Artes

Maurício Rombaldi | Ciências Humanas

Milton César Costa Campos | Ciências Agrárias

Tiago Bernardon de Oliveira | Ciências Humanas

Márcia Félix da Silva | Interdisciplinar

Viviane da Costa Freitag | Ciências Sociais Aplicadas

Catálogo na fonte: **Biblioteca Central da Universidade Federal da Paraíba**

B858 Brincar para melhorar : teorias, pesquisas e práticas interventivas na pediatria hospitalar / Flávia Moura de Moura, Lilian Kelly de Sousa Galvão (organizadoras). - João Pessoa : Editora UFPB, 2026.

1 recurso online (248 p.) : il.

Publicação digital (e-book) no formato PDF.

ISBN 978-65-5942-337-8

DOI <https://doi.org/10.22478/ufpb.1282>

Modo de acesso: ufpb.br/editora

1. Pediatria hospitalar. 2. Hospitalização infantil. 3. Atividades lúdicas. I. Moura, Flávia Moura de. II. Galvão, Lilian Kelly de Sousa. III. Título.

UFPB/BC

CDU 616-053.2

Como citar a publicação no todo (ABNT 6023:2025):

MOURA, Flávia Moura de; GALVÃO, Lilian Kelly de Sousa. Brincar para melhorar: teorias, pesquisas e práticas interventivas na pediatria hospitalar. 1. ed. João Pessoa: Editora UFPB, 2026.



AGRADECIMENTOS

Este livro só se tornou possível graças ao esforço, à parceria e à generosidade de muitas pessoas e instituições. Por isso, agradecemos:

- À Universidade Federal da Paraíba, pelo compromisso com o ensino, a pesquisa e a extensão;
- Às instituições de fomento, pela concessão de bolsas (Extensão/UFPB, IC/UFPB, FAPESQ-PB, CAPES, CNPq);
- Às alunas de extensão, pesquisa e estágio, pelo empenho à produção de novos conhecimentos e pelo amor e dedicação;
- Ao Hospital Napoleão Laureano e aos profissionais de saúde, e, de forma especial, ao Dr. Marcílio Cartaxo (diretor) e à Dra. Andréa Gadelha (médica pediatra oncologista e Chefe da pediatria), pelo acolhimento e colaboração constantes;
- Aos cuidadores, que nos ensinaram o significado mais profundo do verbo cuidar;
- E, com profunda gratidão, às crianças e adolescentes, por cada sorriso, cada brincadeira e cada ensinamento, que nos lembram todos os dias que o brincar também cura.





A todas as crianças
e adolescentes que partiram, mas
continuam brincando
na lembrança e no coração
de quem ficou.

Em especial, a Abraão, Thauã,
Bianca e Enzo (in memoriam),
que nos ensinaram que o amor e
o brincar jamais adoecem, nem
morrem.





Brincar é coisa séria.
É o jeito que a alma tem
de respirar

(Rubem Alves, Ostra feliz não faz pérola, 2008)





SUMÁRIO

Agradecimentos

Dedicatória

Epígrafe

Apresentação 12

Parte I

revisão teórica 17

Capítulo 1 18

O Câncer na Infância e na Adolescência

Flávia Moura de Moura \ Lilian Kelly
de Sousa Galvão

Capítulo 2 27

Hospitalização Pediátrica

Melissa Melo do Nascimento \ Flávia Moura
de Moura \ Lilian Kelly de Sousa Galvão

Capítulo 3 35

Hospitalização de Crianças Autistas

Cleomayra Tomaz da Silva \ Lilian Kelly
de Sousa Galvão

Capítulo 4 52

A Formação do Psicopedagogo Hospitalar

Vitória Nunes Vidal \ Josefa Gislaine Marinho
Gomes Freire \ Flávia Moura de Moura \ Lilian
Kelly de Sousa Galvão

Capítulo 5 59

O Brincar no Ambiente Hospitalar

Miriã de Lira Calado \ Flávia Moura de Moura
\ Lilian Kelly de Sousa Galvão

Capítulo 6 70

Telas no Leito Hospitalar

Manaiene Elielma Lima Ferreira \ Flávia
Moura de Moura \ Lilian Kelly
de Sousa Galvão

Capítulo 7 81

A Brinquedoteca Hospitalar como Espaço Psicopedagógico

Josefa Gislaine Marinho Gomes Freire \
Vitória Nunes Vidal \ Flávia Moura de Moura \
Lilian Kelly de Sousa Galvão

Capítulo 8 91

Ludicidade como estratégia para o desenvolvimento de crianças com câncer

Kézia de Santana Rufino \ Flávia Moura
de Moura

Capítulo 9 99

Socialização Parental no Ambiente Hospitalar

Cleomayra Tomaz da Silva \ Lilian Kelly
de Sousa Galvão

Capítulo 10 110

Câncer Infantil: impacto na família

Alice Brasileiro Piquet da Cruz \ Flávia Moura
de Moura

Capítulo 11 123

Exaustão Parental e Hospitalização

Cleomayra Tomaz da Silva \ Lilian Kelly de
Sousa Galvão



SUMÁRIO

Capítulo 12 133

Desafios na Adaptação Curricular para Estudantes com Câncer

Mayara Ferreira de Freitas \ Flávia Moura de Moura \ Lilian Kelly de Sousa Galvão

Parte II pesquisa e intervenção 143

Capítulo 13 144

Brincar em Tempos de Dor: análise de diários de campo na oncologia pediátrica

Lilian Kelly de Sousa Galvão \ Flávia Moura de Moura

Capítulo 14 158

O Brincar no Hospital: percepções parentais sobre efeitos na criança com câncer

Melissa Melo do Nascimento \ Flávia Moura de Moura \ Lilian Kelly de Sousa Galvão

Capítulo 15 179

Engajamento com Brinquedos e Brincadeiras no Ambiente hospitalar

Amanda Olímpio de Pontes \ Flávia Moura de Moura \ Lilian Kelly de Sousa Galvão

Capítulo 16 196

Telas no Leito Hospitalar: a percepção de pacientes infantis

Manaiene Elielma Lima Ferreira \ Lilian Kelly de Sousa Galvão \ Flávia Moura de Moura

Capítulo 17 208

Telas no Leito Hospitalar: a percepção de cuidadores infantis

Manaiene Elielma Lima Ferreira \ Lilian Kelly de Sousa Galvão \ Flávia Moura de Moura

Capítulo 18 221

Educação emocional na oncologia pediátrica

Mayra Shamara Silva Batista \ Lilian Kelly de Sousa Galvão \ Flávia Moura de Moura

Parte III produto 236

Capítulo 19 237

Entre Agulhas e Sorrisos: cartilha de jogos para brincar no hospital

Miriã de Lira Calado \ Lilian Kelly de Sousa Galvão

Capítulo 20 239

Ludicidade e Afeto: guia de atividades para estimular o desenvolvimento infantil

Kézia de Santana Rufino \ Flávia Moura de Moura

Conclusão geral 241

Sobre as autoras 245



APRESENTAÇÃO

O livro *Brincar para Melhorar* surgiu do desejo de reunir, sistematizar e dar visibilidade às produções acadêmicas desenvolvidas ao longo dos últimos anos no âmbito do projeto de extensão homônimo, vinculado ao Departamento de Psicopedagogia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e realizado nas enfermarias pediátricas do Hospital Napoleão Laureano, em João Pessoa-PB. A obra é fruto da integração entre ensino, pesquisa e extensão, articulando experiências vividas por alunas de graduação, bolsistas de iniciação científica e autoras de trabalhos de conclusão de curso que compartilharam o mesmo compromisso: compreender e ressignificar o lugar do brincar no contexto hospitalar.

Além das extensionistas e das pesquisadoras, o livro conta com a colaboração de alunas e ex-alunas das organizadoras, que, em diferentes momentos de sua trajetória acadêmica, estiveram inseridas no hospital e participaram de ações lúdicas e interventivas junto a crianças e adolescentes hospitalizados. A diversidade de experiências e perspectivas reunidas expressa a riqueza formativa que o projeto proporciona e o impacto social que tem gerado, tanto na vida das crianças e adolescentes atendidos quanto na formação humana e profissional das estudantes envolvidas.



O Hospital Napoleão Laureano, instituição filantrópica de referência no tratamento oncológico infanto juvenil na Paraíba (Brasil), constitui o principal cenário onde essas práticas e reflexões se desenvolveram. Nesse espaço, o brincar se revelou uma poderosa ferramenta de cuidado e humanização, permitindo que crianças e adolescentes hospitalizados, mesmo diante da dor, da rotina médica e do afastamento escolar, continuem se desenvolvendo.

A organização do livro reflete essa multiplicidade de olhares e práticas, estando estruturado em três partes complementares:

Parte I – Revisão teórica

A primeira parte contém doze capítulos que fundamentam o diálogo entre educação, saúde e ludicidade. Os textos discutem as múltiplas dimensões envolvidas na hospitalização de crianças e adolescentes e suas repercussões sobre o desenvolvimento, a aprendizagem e o bem-estar.

Os capítulos iniciais abordam a criança com câncer e a hospitalização pediátrica sob diferentes perspectivas. O Capítulo 1 discute o câncer infantil e adolescente, oferecendo ao leitor uma visão geral com termos técnicos e dados atuais sobre a doença e seu tratamento. O Capítulo 2 analisa os impactos emocionais e cognitivos da internação na infância, discutindo estratégias de enfrentamento e a relevância do brincar na adaptação hospitalar. O Capítulo 3 focaliza a experiência hospitalar de crianças com Transtorno do Espectro Autista, explorando os



desafios comunicacionais, sensoriais e de rotina. Já o Capítulo 4 discute a formação do psicopedagogo hospitalar, profissional que assume papel essencial na mediação da aprendizagem e na promoção do desenvolvimento integral à criança hospitalizada.

A partir do Capítulo 5, a obra se dedica à dimensão lúdica do cuidado – tema central do livro. Em *“O brincar no ambiente hospitalar”*, o brincar é apresentado como linguagem simbólica capaz de ressignificar a experiência da dor, transformando o espaço hospitalar em território de expressão emocional e desenvolvimento. O Capítulo 6 amplia essa discussão ao tratar do uso de telas no leito hospitalar, analisando seus potenciais benefícios e riscos à luz de evidências científicas recentes. O Capítulo 7 aborda a brinquedoteca hospitalar como espaço psicopedagógico, destacando sua função não apenas recreativa, mas também formativa e terapêutica. O Capítulo 8, *“Ludicidade e Afeto”*, apresenta estratégias lúdicas voltadas ao desenvolvimento de crianças com câncer, discutindo o papel do afeto e da criatividade como mediadores do cuidado.

Três capítulos são dedicados à dimensão da família no hospital. O Capítulo 9 trata da socialização parental no ambiente hospitalar, enfatizando a importância da rede de apoio e das interações entre famílias no fortalecimento coletivo diante da adversidade. O Capítulo 10 analisa o impacto do câncer infantil sobre a dinâmica familiar, considerando as transformações emocionais, sociais e econômicas vivenciadas por cuidadores e irmãos durante o tratamento. O Capítulo 11 aborda a exaustão parental, trazendo à tona o desgaste emocional de cuidadores



em longos períodos de internação e a necessidade de políticas e práticas de suporte psicológico às famílias.

Por fim, o Capítulo 12 analisa os desafios da adaptação curricular para estudantes em tratamento oncológico, apontando caminhos para assegurar o direito à educação.

Parte II – Pesquisa e intervenção

A segunda parte apresenta seis estudos, de caráter empírico e/ou interventivo, relacionados ao ambiente hospitalar, envolvendo diferentes públicos e metodologias.

O Capítulo 13 traz uma análise documental baseada nos diários de campo das extensionistas do projeto *Brincar para Melhorar*. O Capítulo 14 explora as percepções de pais e cuidadores sobre os efeitos das brincadeiras realizadas no leito hospitalar. O Capítulo 15 concentra-se na avaliação do engajamento infantil em atividades lúdicas, investigando preferências, níveis de participação e fatores que favorecem ou limitam a interação. Os capítulos 16 e 17 abordam o uso de telas no ambiente hospitalar: o primeiro sob a perspectiva das próprias crianças hospitalizadas e o segundo a partir da visão dos cuidadores. Por fim, o Capítulo 18 discute estratégias de educação emocional na oncologia pediátrica, destacando intervenções que favorecem a regulação emocional durante a hospitalização.

Conjuntamente, esses estudos oferecem uma visão abrangente de como o brincar e as tecnologias digitais podem (ou não) se tornar recursos essenciais para o bem-estar, o conforto e o desenvolvimento infantil em contextos hospitalares.

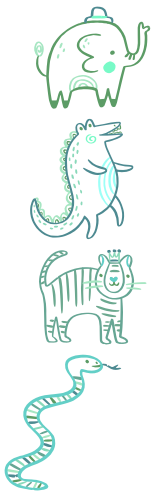


Parte III – Produto

A última parte do livro apresenta materiais aplicáveis construídos a partir da vivência das extensionistas do projeto *Brincar para Melhorar*. Apesar de reunir apenas dois capítulos, esta seção é especialmente valiosa por disponibilizar QR Codes que direcionam o leitor a novas leituras: uma cartilha e um e-book. Ambos os trabalhos são textos acessíveis, voltados ao apoio de profissionais, famílias e novas gerações de extensionistas.

Mais do que um registro das experiências desenvolvidas no âmbito de um projeto de extensão universitária, o livro *Brincar para Melhorar* configura-se como um espaço de formação, reflexão e inspiração para estudantes, profissionais e pesquisadores interessados na interface entre ludicidade, saúde e educação. Cada capítulo revela como o diálogo entre teoria e prática, pesquisa e extensão, tem potencial para transformar o cuidado em uma experiência mais humana, criativa e sensível.





PARTE I - REVISÃO TEÓRICA

A parte I do livro reúne capítulos que, embora diversos em seus objetos específicos, compartilham um mesmo horizonte analítico: a compreensão da hospitalização pediátrica como experiência que ultrapassa a dimensão clínica e convoca múltiplos campos do saber.

Ao longo dos textos, observa-se um deslocamento progressivo de abordagens centradas na doença para perspectivas que incorporam o desenvolvimento, a subjetividade e as relações sociais como dimensões indissociáveis do cuidado. É nesse sentido que o brincar passa a ser compreendido não como elemento acessório, mas como categoria teórica relevante para pensar o desenvolvimento humano em contextos de adoecimento.





O Câncer na Infância e na Adolescência

» Flávia Moura de Moura

» Lilian Kelly de Sousa Galvão

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (Brasil, 2002), o câncer corresponde a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum a proliferação desordenada de células, capazes de invadir tecidos e órgãos. Embora historicamente associado a dor, sofrimento e alta letalidade, os avanços científicos têm possibilitado maior eficácia terapêutica e redução progressiva da mortalidade.

O câncer infantojuvenil representa aproximadamente 3% de todos os casos de câncer. Apesar de sua menor prevalência, as estimativas do INCA indicam que, no triênio 2023-2025, devem surgir cerca de 7.930 casos novos por ano em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, correspondendo a um risco de 134,81 casos por milhão nessa faixa etária (Brasil, 2022).

Os tumores pediátricos são classificados, em geral, em dois grandes grupos: hematológicos, como leucemias e linfomas, e sólidos, que incluem tumores do sistema nervoso central, neuroblastomas, hepatoblastomas, nefroblastomas, tumores ósseos e sarcomas de partes moles (Brasil, 2014).



A etiologia do câncer é multifatorial, envolvendo interações entre fatores genéticos e ambientais. Contudo, na infância, a influência ambiental tende a ser mínima, devido ao curto tempo de exposição a agentes de risco. Assim, as possibilidades de prevenção primária permanecem limitadas (Brasil, 2014).

A prevenção secundária busca identificar precocemente a doença, o que contribui para melhor prognóstico, redução da morbidade e maior chance de cura. O diagnóstico tardio, por outro lado, pode exigir tratamentos mais agressivos, diminuir a probabilidade de sobrevivência e aumentar a ocorrência de sequelas tardias (Brasil, 2014). Entretanto, o reconhecimento precoce é desafiador, pois muitos sinais e sintomas são inespecíficos e comuns a outras enfermidades, como febre persistente, vômitos, dor óssea ou muscular, cefaleia, linfadenopatia ou alterações urinárias.

Por isso, o Ministério da Saúde ressalta a importância da educação continuada dos profissionais de atenção primária, para que estejam atentos a manifestações clínicas que, embora gerais, podem indicar suspeita de câncer (Brasil, 2014). Entre elas, destacam-se febre prolongada e sem causa definida, perda ponderal, palidez intensa, sangramentos anormais, dor generalizada e adenomegalias persistentes. Quando combinado a um diagnóstico precoce, o tratamento em centros especializados aumenta significativamente as chances de cura.



O tratamento do câncer

O tratamento oncológico é complexo, prolongado e pode envolver períodos de internação. Entre as modalidades utilizadas estão cirurgia, quimioterapia, radioterapia e transplante de medula óssea, muitas vezes combinadas entre si (Brasil, 2022). Mesmo com diretrizes terapêuticas específicas, o tratamento deve ser individualizado, considerando o tipo de câncer e o estadiamento da doença, isto é, a extensão e a disseminação.

A cirurgia visa à remoção completa do tumor ou à redução da massa tumoral, podendo aliviar sintomas que comprometem a qualidade de vida. Contudo, em alguns casos, pode resultar em amputações ou limitações funcionais.

A quimioterapia é um tipo de tratamento que consiste no uso de medicamentos que destroem células tumorais e impedem sua disseminação (Brasil, 2014). Ela pode ter várias formas de administração: a) via oral: administração do medicamento por meio da ingestão de comprimidos, cápsulas ou soluções líquidas. b) via intravenosa: o medicamento é aplicado diretamente na veia, seja por punção venosa ou por meio de um cateter (tubo fino inserido na veia). Pode ser administrado em forma de injeção ou diluído no soro. c) via subcutânea: o medicamento é aplicado por injeção no tecido gorduroso logo abaixo da pele, acima da musculatura. d) via intratecal: menos comum, consiste na administração do medicamento no líquido (líquido que circula na coluna vertebral). É realizada exclusivamente por médico, em sala apropriada ou no centro cirúrgico. e) via tópica: aplicação direta sobre a pele, na forma de pomadas, cremes ou soluções líquidas.



A quimioterapia pode ser realizada em domicílio, ambulatório ou em internação, dependendo do protocolo e das condições clínicas. Embora essencial, esse tratamento também afeta células saudáveis, resultando em efeitos adversos. Efeitos agudos incluem apatia, perda de apetite, perda de peso, alopecia, hematomas, mucosite, náuseas, vômitos e diarreia. Efeitos tardios podem surgir meses ou anos após o tratamento e envolver comprometimentos do desenvolvimento, cardiotoxicidade e infertilidade (Brasil, 2014).

A radioterapia, baseada no uso de radiações ionizantes, atua destruindo células tumorais ou impedindo sua multiplicação. Pode ser combinada com cirurgia ou quimioterapia (Brasil, 2022). Avanços tecnológicos permitiram maior precisão na aplicação da radiação, reduzindo danos a tecidos saudáveis. Ainda assim, reações como irritações cutâneas, náuseas, vômitos e dificuldades de deglutição podem ocorrer, especialmente quando a radiação incide sobre cabeça e pescoço (Zhang et al, 2023).

O transplante de medula óssea, indicado para algumas leucemias e linfomas, consiste na substituição de uma medula óssea doente por células normais, podendo ser autólogo (do próprio paciente) ou alogênico (de um doador). As células podem ser obtidas da medula óssea, do sangue periférico ou do sangue de cordão umbilical (Brasil, 2022).

Fases do tratamento

O curso do adoecimento envolve diferentes fases, que exigem novas adaptações que podem ser vivenciadas de modo



singular por cada criança e sua família. Ribeiro (1994) descreve três etapas principais: aguda, crônica e de resolução (morte ou sobrevivência). Compreender essas etapas é essencial para uma assistência sensível e integral.

Antes mesmo do diagnóstico formal, algumas famílias já enfrentam ansiedades e incertezas. A busca por respostas, somada à realização de exames muitas vezes invasivos, inaugura um período de grande tensão emocional. Esse processo pode ser breve ou prolongado, mas sempre culmina em um impacto significativo sobre a dinâmica familiar.

Com a confirmação do diagnóstico, a vida de todos necessita se reorganizar. A criança ou adolescente precisa priorizar o tratamento, afastando-se, muitas vezes, da escola e inserindo-se em um cotidiano marcado por consultas, procedimentos e internações. O cuidador principal acompanha esse ritmo intenso, frequentemente precisando se afastar do trabalho e de outras responsabilidades. Irmãos e demais familiares também vivenciam mudanças importantes, como convívio reduzido ou limitação da atenção.

A fase do diagnóstico é, portanto, marcada, geralmente, por rupturas, sentimentos de medo, perda de controle e impotência. Nesse cenário, a atuação dos profissionais de saúde torna-se fundamental, oferecendo escuta qualificada, acolhimento e informações claras que auxiliem a família a compreender e enfrentar a nova realidade.

Com o decorrer do tratamento, termos técnicos e rotinas hospitalares tornam-se mais conhecidos pelos pacientes e seus familiares, mas ainda precisam lidar com os efeitos



colaterais, procedimentos dolorosos e incertezas. Cada criança ou adolescente e cada família reagirá de maneira particular, de acordo com suas características pessoais, contexto social e recursos internos (Rodrigues *et al.*, 2023). Ainda assim, todas buscam, de algum modo, estratégias de enfrentamento para lidar com a experiência do adoecimento e do tratamento oncológico.

A realização do tratamento pode levar à fase de remissão, que pode ser parcial ou total, e representa o controle ou desaparecimento da doença. Embora muitas vezes associada à cura, é importante ressaltar que nesta fase a criança precisa continuar com acompanhamento médico periódico, com a realização de exames para controle do risco de recidivas. Conforme Anders e Sousa (2009) essa fase constitui um paradoxo de viver sem a doença, mas com risco da recidiva ou de sequelas.

Quando a criança ou o adolescente permanece em remissão completa por um tempo prolongado, pode-se falar em cura, porém mesmo assim o acompanhamento médico periódico ainda se faz necessário.

Considera-se recidiva, quando após um período sem a doença a mesma reaparece, gerando impacto em todos. A criança ou o adolescente terá que enfrentar novos ciclos de tratamento e para algumas famílias o retorno da doença constitui um sentimento de fracasso (Sanches; Nascimento; Lima, 2014). Ainda nesse contexto, alguns pacientes podem ter o quadro agravado e ficar fora de possibilidade de cura.

A criança com câncer em estado de agravamento vivencia um momento delicado, marcado por intensas mudanças físicas, emocionais e sociais. Nessa fase, a progressão da doença



e os efeitos acumulados do tratamento podem levar à maior fragilidade do organismo, presença de dor, fadiga, limitações funcionais e, muitas vezes, à necessidade de cuidados mais complexos. Essas condições impactam diretamente a qualidade de vida da criança e da família exigindo uma abordagem sensível, integral e centrada em suas necessidades.

Do ponto de vista emocional, o agravamento da doença pode gerar sentimentos como medo, insegurança, tristeza e angústia, tanto na criança quanto em seus familiares. A criança pode perceber as mudanças em seu corpo e na rotina, assim como as preocupações ao seu redor, o que torna essencial a oferta de um ambiente acolhedor, baseado no diálogo, no afeto e na escuta atenta. Mesmo quando há limitações na comunicação, é importante respeitar as formas de expressão da criança, sejam elas verbais ou não.

Embora os cuidados paliativos não sejam voltados apenas para pacientes fora de possibilidade de cura, nestas circunstâncias, serão essenciais, pois constituem uma abordagem assistencial multidisciplinar que consiste em oferecer suporte, controle de sintomas e a promoção da qualidade de vida em crianças ou em adolescentes gravemente enfermos (Camargo; Kurashima, 2007).

Portanto, a criança com câncer em estado de agravamento requer um cuidado humanizado, que integre aspectos físicos e emocionais, reconhecendo sua singularidade e promovendo suporte não apenas à criança, mas também à sua família. Trata-se de um momento que demanda empatia,



sensibilidade e compromisso com a dignidade e o bem-estar em todas as dimensões da vida.

Considerações finais

O câncer na infância e na adolescência constitui uma condição complexa que mobiliza não apenas recursos biomédicos, mas também emocionais, sociais e familiares. A compreensão do processo de adoecimento, desde o surgimento dos primeiros sinais até as diversas fases terapêuticas, é fundamental para uma assistência integral e humanizada.

O diagnóstico precoce, o acesso a centros especializados, a qualidade das abordagens terapêuticas e o suporte psicossocial oferecido à família influenciam diretamente o prognóstico e a qualidade de vida. Sobretudo, reconhecer a singularidade de cada criança ou adolescente e de cada núcleo familiar permite intervenções mais sensíveis, capazes de fortalecer vínculos, promover enfrentamento e minimizar impactos adversos durante todo o percurso do tratamento.

Referências

ANDERS, J. C.; SOUZA, A. I. J. Crianças e adolescentes sobreviventes ao câncer: desafios e possibilidades. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 8, n. 1, p. 131-139, 2009. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v8i1.7788>. Acesso em: 13 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). *Como falar para crianças e adolescentes sobre o câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2002.



BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). *Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>.

Acesso em: 13 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Câncer na criança e no adolescente: aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

CAMARGO, B. KURASHIMA, A. Y. *Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: o cuidar além de curar*. São Paulo: Lemar, 2007.

RIBEIRO, R. C. Diagnóstico e tratamento do câncer na criança: perspectivas atuais. *Jornal de Pediatria*, v. 70, n. 4, p. 147–156, 1994.

RODRIGUES, V. et al. *O câncer e a criança: um impacto familiar*. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 5, n. 3, p. 1223–1236, 2023. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n3p1223-1236>. Acesso em: 13 abr. 2026.

SANCHES, M. V. P.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos: experiência de familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 1, p. 28–35, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/261187055_Children_and_adolescents_with_cancer_under_palliative_care_experience_of_family_members. Acesso em: 13 abr. 2026.

ZHANG, S. et al. Advancements of radiotherapy for recurrent head and neck cancer in the modern era. *Radiation Oncology*, v. 18, p. 166, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13014-023-02342-0>. Acesso em: 13 abr. 2026.





Hospitalização Pediátrica

- » Melissa Melo do Nascimento
- » Flávia Moura de Moura
- » Lilian Kelly de Sousa Galvão

O ambiente hospitalar pode ser compreendido como um espaço desconhecido e ameaçador para a criança, onde os procedimentos invasivos e dolorosos representam fontes significativas de estresse. Nessa realidade, a criança encontra-se em uma condição de fragilidade emocional e sensibilidade acentuada, tornando-se necessário o oferecimento de meios adequados para que ela consiga expressar seus sentimentos e emoções (Ângelo; Vieira, 2010; Dias; Rocha, 2011).

Esse contexto adverso pode acarretar uma série de impactos no estado físico e emocional dos pacientes pediátricos. Sinais e sintomas como ansiedade, alterações de humor, perda de peso, diminuição da autoestima, prejuízos na capacidade cognitiva, desenvolvimento de fobias, inseguranças e dificuldades de adaptação psicossocial tendem a ocorrer com frequência durante a hospitalização infantil, afetando negativamente o processo de desenvolvimento (Rodrigues *et al.*, 2020).



Ao longo deste capítulo, serão discutidos os impactos emocionais e psicológicos da hospitalização infantil, o sofrimento vivenciado nesse contexto e as estratégias de enfrentamento que favorecem a adaptação e a ressignificação dessa experiência. Busca-se ainda destacar o papel do brincar como ferramenta colaborativa, contribuindo para a expressão emocional, o desenvolvimento cognitivo e o fortalecimento do bem-estar da criança em um ambiente frequentemente percebido como assustador.

Desafios Emocionais da Hospitalização

A hospitalização na infância é frequentemente associada a uma experiência extremamente difícil, que rompe com a rotina da criança e a afasta de seu ambiente familiar. Nesse contexto, o hospital é percebido como um espaço inexplorado e, muitas vezes, tem um caráter intimidador, provocando sentimentos de medo, angústia e sofrimento, tanto na criança quanto em seus cuidadores (Giacomello; Melo, 2019; Silva *et al.*, 2020).

Além disso, quando a hospitalização está relacionada ao tratamento de doenças crônicas ou de condições mais graves, como o câncer, é comum que surjam incertezas em relação ao futuro e preocupações constantes com os efeitos físicos do tratamento a curto e médio prazo. Tais fatores podem provocar elevado nível de estresse e sofrimento psicológico (Power *et al.*, 2019). Tornando todo o sentimento do processo de hospitalização mais solitário e angustiante.

E nesse viés, segundo Chiattonne (2003), vários são os efeitos psicológicos que podem ser citados como consequência



da hospitalização em crianças, entre eles: negação da doença, revolta, culpa e sensação de punição, ansiedade, depressão, projeção, solidão, frustração de sonhos e projetos e negativismo.

Ainda assim, Castellanos (2007) afirma que o adoecimento causa, na maioria dos pacientes, algum grau de sofrimento de caráter psíquico, pois trata-se de um evento potencialmente traumático, que pode gerar o desenvolvimento de sentimentos de despersonalização, ansiedade, medo e insegurança. Essa constatação evidencia que o processo de adoecimento ultrapassa as dimensões físicas, alcançando profundamente o campo emocional e psicológico do indivíduo.

No caso da criança hospitalizada, essas repercussões podem ser ainda mais intensas, uma vez que ela se encontra em fase de formação da identidade e construção de sua percepção de mundo. A experiência de dor, a separação do ambiente familiar e a perda temporária de autonomia contribuem para o surgimento de sentimentos de medo e desamparo.

Por fim, Cunha *et al.* (2020) afirmam que sinais e sintomas como ansiedade, perda de peso, alterações de humor, diminuição da capacidade cognitiva, insegurança e dificuldades de adaptação psicossocial são comuns nesse contexto. Logo, torna-se fundamental buscar estratégias que minimizem esses impactos.

Estratégias de Enfrentamento na Hospitalização Infantil

Diante dos respectivos comprometimentos físicos, psicológicos e psicossociais mencionados no tópico anterior, é fun-



damental implementar estratégias de enfrentamento da doença que possibilitem a ressignificação das experiências vivenciadas no hospital e da rotina anteriormente interrompida, como, por exemplo, por meio do brincar e do estudo (Simões, 2016).

No contexto da hospitalização infantil, Motta e Enumo (2004) explicam que a noção de estratégias de enfrentamento corresponde ao termo *coping*. Esse conceito, conforme definido por Antoniazzi, Dell Aglio e Bandeira (1998), refere-se ao conjunto de atitudes e recursos utilizados pelas pessoas para lidar e se adaptar a situações consideradas adversas.

As estratégias de enfrentamento consistem em recursos desenvolvidos tanto pelos profissionais do contexto hospitalar quanto pelas próprias crianças, com o objetivo de atribuir novos significados à experiência da internação, afastando o foco exclusivo no processo saúde-doença e retomando vivências que parecem perdidas ao ingressar no hospital (Simões, 2016). Essa abordagem reforça a dimensão humanizadora do cuidado, mostrando que, mesmo em um contexto marcado por fragilidade e limitações, é possível promover momentos de autonomia, criatividade e expressão emocional. Ao buscar experiências perdidas, como brincar, o aprender e o vínculo afetivo, a criança encontra meios de reconstruir sua identidade e manter aspectos de sua rotina e desenvolvimento, reduzindo o impacto negativo do ambiente hospitalar em seu bem-estar emocional e psicológico.

Nesse sentido, Motta e Enumo (2004) destacam que, especificamente na hospitalização infantil e em atendimentos ambulatoriais, o brincar constitui uma estratégia de enfrentamento que permite às crianças lidar melhor com as



adversidades, reduzir o estresse e estimular uma adaptação positiva ao contexto em que estão inseridas. Assim, a ludicidade se apresenta como uma ferramenta prática que contribui para a humanização do cuidado e para a ressignificação da experiência de hospitalização infantil (Silva *et al.*, 2018).

O Brincar no processo de Hospitalização

O uso do lúdico durante a internação infantil pode auxiliar no enfrentamento do impacto emocional, facilitando a aceitação da hospitalização, contribuindo para a aceleração da recuperação e fortalecendo os vínculos entre as crianças e seus familiares (Alves *et al.*, 2009). Esse destaque reforça que o brincar vai além do entretenimento, funcionando como recurso terapêutico que auxilia a criança a enfrentar o impacto emocional da hospitalização, facilita a aceitação do tratamento e contribui para a recuperação.

Nessa perspectiva, para Berto *et al.* (2009), o brincar ajuda a criança a enfrentar a hospitalização, facilitando a realização dos procedimentos médicos e a comunicação com a equipe. Ele permite que a criança se sinta mais segura e confiante, reduzindo o medo e a ansiedade diante de procedimentos médicos. Além disso, favorece a comunicação com a equipe de saúde, tornando o cuidado mais colaborativo e menos traumático.

Ainda nesse contexto, Ângelo e Vieira (2010) dizem que brincar traz prazer e alegria para a criança, ajudando-a a continuar sendo criança, mesmo em momentos difíceis, como quando está no hospital. Sendo evidente que brincar desempenha um papel



fundamental na preservação da infância, mesmo em situações adversas como a hospitalização. Ao proporcionar prazer e alegria, o brincar permite que a criança mantenha sua espontaneidade e seu senso de normalidade diante de experiências desafiadoras.

Considerações Finais

A hospitalização infantil representa uma experiência desafiadora, marcada por impactos físicos, emocionais e psicossociais que podem comprometer o bem-estar e o desenvolvimento da criança. O ambiente hospitalar, frequentemente percebido como desconhecido e intimidador, pode intensificar sentimentos de medo, ansiedade e insegurança, evidenciando a necessidade de intervenções humanizadas e sensíveis.

Nesse cenário, as estratégias de enfrentamento se mostram fundamentais, permitindo à criança ressignificar a experiência da internação e preservar aspectos importantes de sua identidade e rotina. Assim, a utilização do lúdico não apenas contribui para a superação dos impactos emocionais da hospitalização, mas também para que a criança mantenha sua espontaneidade, autonomia e bem-estar, tornando o ambiente hospitalar um espaço de cuidado integral, acolhimento e ressignificação.

Referências

ALVES, L. R. B. et al. A criança hospitalizada e a ludicidade. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, v. 23, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190041>. Acesso em: 13 abr. 2026.



ÂNGELO, T. S.; VIEIRA, M. R. R. Brinquedoteca hospitalar: da teoria à prática. *Arquivos de Ciência da Saúde*, v. 17, p. 84-90, 2010. Disponível em: https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-17-2/ID04_%20ABR_JUN_2010.pdf. Acesso em: 13 abr. 2026.

ANTONIAZZI, A. S.; DELLAGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (PUCCAMP)*, v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/23114?show=full>. Acesso em: 13 abr. 2026.

BERTO, C. E. de O. *et al.* A importância do brincar no contexto hospitalar: percepção e compreensão da equipe de enfermagem. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 8, n. 2, p. 4-4, 2009.

CASTELLANOS, M. E. P. *et al.* *O adoecimento crônico infantil: processo e narrativa – contribuição para o estudo de pacientes com fibrose cística e asma*. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

CHIATTONE, H. B. *Psicologia hospitalar: a criança e o adolescente hospitalizados*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CUNHA, A. L. *A vivência da hospitalização sob a ótica da criança em idade escolar e as implicações no desenvolvimento infantil à luz de Vigotski*. 2020. 119 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/16754>. Acesso em: 29 abr. de 2026

DA SILVA, L. D. *et. al.* O brincar no enfrentamento do processo de hospitalização. *Disciplinarum Scientia: Saúde*, v. 19, n. 2, p. 291–300, 2018. DOI: 10.37777/2513. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2513>. Acesso em: 2 set. 2026.

GIACOMELLO, K. J.; MELO, L. L. The meaning of the care of hospitalized children: experiences of nursing professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, p. 251-258, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0597>. Acesso em: 13 abr. 2026.



MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. Brincar no hospital: estratégias de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo: Maringá*, v. 9, n. 1, p. 19-28, 2004 p. 19-28, 2004. Disponível em: scielo.br/j/pe/a/bKq9LfkWpsSgSVvPvbGDJrN/?format=pdf&lang=pt . Acesso em: 13 abr. 2026.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. Câncer infantil: uma proposta de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 21, p. 193-202, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2004000300004>. Acesso em: 13 abr. 2026.

NIJHOF, S. L. *et al.* Healthy play, better coping: the importance of play for the development of children in health and disease. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 95, p. 421-429, 2018. DOI: [10.1016/j.neubiorev.2018.09.024](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.024). Acesso em: 13 abr. 2026.

POWER, T. G.; DAHLQUIST, L. M.; PINDER, W. Parenting children with a chronic health condition. In: BORNSTEIN, M. H. (org.). *Handbook of Parenting*. 3. ed. New York: Routledge, 2019. p. 597-624.





Hospitalização de Crianças Autistas

» Cleomayra Tomaz da Silva

» Lilian Kelly de Sousa Galvão

O objetivo geral deste capítulo é discutir as especificidades da hospitalização de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), abordando os impactos emocionais, comunicacionais e sensoriais, bem como os desafios enfrentados pela equipe de saúde e a importância da família e de estratégias de humanização no cuidado.

A hospitalização frequentemente é considerada como um período marcado por incertezas, dificuldades adaptativas, medos e inseguranças. Tais características tornam-se mais evidentes no público infantil, que muitas vezes não compreende o que está acontecendo, tornando essa experiência ainda mais complexa (Bärtschi *et al.*, 2017).

O afastamento do ambiente familiar e escolar, a perda da rotina cotidiana e a convivência com pessoas desconhecidas podem gerar um período sensível, acompanhado de sentimentos negativos. Além disso, procedimentos médicos, como coletas de sangue, exames ou medicações, muitas vezes são percebidos



pela criança como dolorosos e ameaçadores, intensificando o sofrimento emocional (Bärtschi *et al.*, 2017).

Se para os adultos essa experiência já é sensível, para as crianças torna-se ainda mais preocupante, especialmente para aquelas com TEA, popularmente conhecido como autismo. O diagnóstico desse transtorno do neurodesenvolvimento tem aumentado significativamente, sendo atualmente estimado que 1 em cada 36 crianças seja diagnosticada (Maenner *et al.*, 2023).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Texto Revisado (DSM-5-TR) caracteriza o autismo por dificuldades na comunicação (verbal e não verbal) e na interação social, déficits na reciprocidade socioemocional e na capacidade de desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Também se observam padrões restritos e repetitivos de comportamento, sejam motores, vocais ou relacionados a interesses. Além dessas características, o manual destaca que tais aspectos devem estar presentes desde a infância e ocasionar prejuízos significativos no funcionamento social, profissional ou em outras áreas da vida do indivíduo (APA, 2022).

O TEA é classificado em três níveis, que variam de acordo com a quantidade de suporte que a pessoa necessita no cotidiano: nível 1, caracterizado por exigir apoio; nível 2, por demandar apoio substancial; e nível 3, que requer apoio muito substancial (APA, 2022).

Frequentemente, pessoas diagnosticadas com autismo apresentam comorbidades, sejam elas psiquiátricas (como transtornos de humor, depressão, ansiedade, entre outras) ou físicas (como doenças de pele, infecções respiratórias e



problemas neurológicos). Consequentemente, essas crianças tendem a frequentar hospitais com certa regularidade e, em alguns casos, necessitam de internações (Barbalho *et al.*, 2023; Klinepeter *et al.*, 2024).

Estudos indicam que indivíduos com TEA têm duas vezes mais probabilidade de serem hospitalizados do que aqueles sem o diagnóstico, seja por razões comportamentais ou de saúde mental (Kohane *et al.*, 2012; McMaughan *et al.*, 2023; Rast *et al.*, 2022).

Diante das especificidades do TEA e de seu aumento considerável na população infantil, torna-se fundamental questionar como a hospitalização impacta essas crianças e quais estratégias podem ser adotadas pela equipe hospitalar e pela família para favorecer um acolhimento mais inclusivo e humanizado.

Hospitalização e dificuldades relacionadas ao TEA

Um estudo qualitativo buscou investigar as experiências de cuidadores durante o atendimento hospitalar de crianças com TEA internadas, entrevistou 12 pais e apresentou como resultado que a capacidade de comunicação da criança teve grande impacto sobre a forma como ela vivenciou a hospitalização. Isso inclui dificuldades em expressar dor, desconforto ou medo, bem como em compreender o que está acontecendo (instruções e procedimentos) (Klinepeter *et al.*, 2024).

Além disso, as hipersensibilidades sensoriais foram citadas como um dos maiores desafios — sons de equipamentos



hospitalares, luzes fortes, ruídos de corredores, cheiros e toques físicos inesperados —, enquanto as mudanças abruptas de rotina e a falta de previsibilidade nos procedimentos e no cotidiano hospitalar foram mencionadas como fatores de grande estresse. A rotina interrompida ou imprevisível contribuiu para crises comportamentais, agitação e ansiedade (Klinepeter *et al.*, 2024).

Esses achados evidenciam que as dificuldades comunicacionais, sensoriais e relacionadas à previsibilidade não podem ser compreendidas apenas como características do transtorno, mas como fatores que moldam diretamente a experiência da hospitalização. Para a criança com TEA, a incapacidade de comunicar dor ou desconforto acentua sua vulnerabilidade e pode comprometer a segurança clínica, uma vez que sintomas relevantes deixam de ser expressos ou reconhecidos pela equipe.

A hipersensibilidade sensorial, por sua vez, transforma um ambiente já hostil — marcado por luzes intensas, ruídos de equipamentos, cheiros fortes e procedimentos invasivos — em um cenário potencialmente insuportável, aumentando a probabilidade de crises comportamentais e resistência ao cuidado (Barbalho *et al.*, 2023; Klinepeter *et al.*, 2024; Ribeiro; Ferreira; Lima, 2025).

Outro aspecto central refere-se à quebra de rotina. O DSM-5-TR já descreve a necessidade de previsibilidade como um dos critérios diagnósticos para o TEA (APA, 2022). Assim, mudanças abruptas, ausência de informações sobre o que irá acontecer ou alterações inesperadas na rotina hospitalar



tendem a desencadear ansiedade intensa, agitação e regressão em comportamentos previamente estabilizados.

Dessa forma, fatores que, para outras crianças, podem representar apenas um incômodo passageiro tornam-se, para aquelas com TEA, barreiras significativas à adaptação e ao sucesso terapêutico.

A literatura complementa essa compreensão ao destacar que a hospitalização pode ser menos traumática quando são adotadas práticas de humanização que respeitam essas singularidades. Estratégias como a utilização de recursos visuais para antecipar procedimentos, o uso de linguagem simples e objetiva, a redução de estímulos sonoros e luminosos e a manutenção de objetos familiares (como brinquedos, mantas ou dispositivos eletrônicos de uso rotineiro) têm sido apontadas como medidas eficazes para favorecer a cooperação e reduzir o estresse (Barbalho *et al.*, 2023; Klinepeter *et al.*, 2024).

Portanto, torna-se imprescindível que as equipes hospitalares compreendam que a hospitalização de crianças com TEA demanda adaptações específicas. Não se trata apenas de assegurar o cuidado clínico, mas de criar condições para que esse cuidado seja viável, respeitando os modos particulares de comunicação, de interação com o ambiente e de organização da rotina. Essa perspectiva desloca a compreensão do hospital como um espaço unicamente biomédico para uma visão ampliada, na qual o acolhimento, a escuta da família e a flexibilização das práticas tornam-se recursos essenciais para a efetividade do tratamento.



Desafios da equipe frente a crianças autistas

Com o aumento gradativo de crianças autistas na sociedade e, em alguns casos, hospitalizadas, é importante que haja a preparação adequada da equipe hospitalar que irá se deparar com esse público.

Ao mesmo tempo em que estudos apontam a falta de preparo desses profissionais (Spessatto *et al.*, 2024), outros demonstram que o atendimento a crianças atípicas requer cuidados diferenciados (Oliveira *et al.*, 2025; Ribeiro; Ferreira; Lima, 2025).

De forma geral, a literatura evidencia a importância de uma formação continuada para esses profissionais, com o objetivo de prepará-los para lidar com crianças atípicas de maneira mais sensível e competente (Oliveira *et al.*, 2025; Ribeiro; Ferreira; Lima, 2025; Spessatto *et al.*, 2024), considerando que o TEA é um espectro e que cada criança apresenta características únicas, apesar dos critérios gerais de diagnóstico (APA, 2022).

Uma revisão apresentou como resultado que os principais desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na hospitalização de crianças autistas estão relacionados, principalmente, à falta de conhecimento sobre o TEA e sobre como lidar com seus comportamentos, às dificuldades de comunicação com a criança e com os responsáveis, além do despreparo do ambiente hospitalar quanto às necessidades específicas dessas crianças (Barbalho *et al.*, 2023).

Entre os tópicos relevantes para a atuação da equipe destaca-se o uso da Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) com pessoas autistas. Estudos ressaltam a importância de que



os profissionais utilizem a CAA com pacientes atípicos, além de empregarem linguagem simples e objetiva (Klinepeter *et al.*, 2024).

A literatura indica que pessoas autistas apresentam déficits comunicativos (APA, 2022) e que, por isso, em alguns casos, é necessário o uso de CAA, de recursos visuais ou de linguagem oral adaptada e objetiva, de modo a garantir uma comunicação eficaz entre as partes.

Ainda que muitas vezes seja negligenciado, é essencial avaliar a necessidade de adaptação do ambiente hospitalar, considerando as questões sensoriais que a criança pode apresentar, como iluminação excessiva, estímulos sonoros e visuais, entre outros.

Um estudo desenvolveu um protocolo de atendimento para crianças com TEA em contextos cirúrgicos, incluindo medidas como a identificação prévia do paciente, a adaptação do ambiente hospitalar e o uso de recursos de distração. O objetivo foi reduzir a ansiedade e tornar o cuidado mais humanizado. A pesquisa concluiu que planos de cuidado individualizados, construídos em parceria com os pais, são fundamentais para garantir um atendimento mais seguro e humanizado, servindo de modelo para outras instituições hospitalares que desejem adaptar o cuidado às particularidades do TEA (Bevan *et al.*, 2023).

Esses resultados reforçam a importância de compreender que a hospitalização de crianças com TEA não deve se limitar à atenção biomédica, mas deve incluir o reconhecimento de suas singularidades sensoriais, comunicacionais e emocionais. A proposta dessa pesquisa demonstra que pequenas adaptações na rotina hospitalar podem gerar grandes impactos no bem-estar



da criança e na eficácia do tratamento, evidenciando o papel essencial de profissionais preparados para o atendimento a esse público (Bevan *et al.*, 2023).

Para isso, é necessário incentivar a formação continuada das equipes, uma vez que a falta de conhecimento pode levar à negligência das necessidades das crianças com TEA, acarretando prejuízos ao tratamento (Ribeiro; Ferreira; Lima, 2025).

A necessidade de preparo da equipe hospitalar para lidar com crianças autistas também é destacada pela literatura, uma investigação defende a criação de programas de capacitação voltados à comunicação adaptada e ao controle sensorial do ambiente, garantindo um cuidado mais empático e humanizado (Rangel; Moreira, 2024).

Esse estudo também evidencia, em sua revisão, que a aplicação de formações profissionais com funcionários de diferentes níveis (auxiliares, técnicos, administrativos) e em distintos setores hospitalares resultou em um aumento significativo do conhecimento sobre o TEA, de atitudes positivas frente ao atendimento de crianças autistas e do conforto subjetivo dos profissionais ao lidar com esses pacientes (Rangel; Moreira, 2024).

Por outro lado, a pesquisa também observa que os estudos analisados foram, em sua totalidade, publicados em língua inglesa, o que demonstra uma escassez de material sobre essa temática em território brasileiro (Rangel; Moreira, 2024). Tal fato acentua a preocupação com a falta de acesso de profissionais brasileiros a produções científicas na área, em razão da barreira linguística.

Esses resultados reforçam que a qualificação contínua dos profissionais é um elemento central para a consolidação



de práticas inclusivas no contexto hospitalar. A formação não deve ocorrer apenas de forma pontual, mas integrar uma política institucional permanente, capaz de sustentar mudanças de atitude e de cultura no atendimento. Quando os profissionais compreendem as características sensoriais e comunicacionais do Transtorno do Espectro Autista, passam a reconhecer a importância de adaptar o ambiente, a linguagem e as interações, tornando o cuidado mais acolhedor e menos estressante para a criança. Além disso, a capacitação contínua amplia a sensibilidade da equipe diante das diferenças, favorece o trabalho interdisciplinar e fortalece o vínculo entre hospital, família e paciente — aspectos que são essenciais para uma verdadeira humanização do cuidado em saúde.

Papel da família durante a hospitalização

Em um contexto que já envolve a quebra de rotina para a criança, é importante que ela mantenha uma ponte com algo que lhe seja familiar, como, por exemplo, a presença dos próprios pais ou responsáveis.

A literatura demonstra que a presença da família como figura de apoio para crianças autistas durante o período de hospitalização pode contribuir para melhores resultados no tratamento, além de reduzir comportamentos comuns no autismo, como agressões e auto lesões (Bärtschi *et al.*, 2017; Oliveira *et al.*, 2025).

Além disso, a presença dos responsáveis durante a internação da criança autista torna-se ainda mais relevante,



considerando que as estratégias de adaptação descritas na literatura envolvem um trabalho conjunto entre os profissionais do hospital e os cuidadores, estabelecendo uma relação horizontal de colaboração entre ambos (Barbalho *et al.*, 2023; Rangel; Moreira, 2024).

No protocolo de atendimento desenvolvido para crianças com TEA, uma das etapas principais para a minimização do sofrimento da criança autista é a orientação contínua aos pais — desde o pré-operatório até a alta hospitalar. Essa orientação inclui detalhes que fazem diferença, como a redução do tempo de espera para a realização de procedimentos e a escolha de trajetos com menor sobrecarga sensorial no momento da alta da criança (Bevan *et al.*, 2023).

Dessa forma, é necessário que a família atue como mediadora e que a equipe profissional ofereça orientações adequadas aos pais, a fim de facilitar a adaptação hospitalar da criança. Tais orientações podem incluir: explicar previamente os procedimentos que serão realizados, promovendo previsibilidade; incentivar a expressão de sentimentos da criança; envolvê-la participativamente em cuidados simples, como alimentação, higiene ou distração durante procedimentos; criar rotinas e sinais de conforto (como brinquedos, livros ou objetos pessoais que transmitam segurança); e manter comunicação constante com a equipe de saúde, informando mudanças de comportamento ou novas necessidades (Bevan *et al.*, 2023; Spessatto *et al.*, 2024).

É igualmente importante que, além do preparo dos profissionais de saúde sobre o Transtorno do Espectro Autista, haja a presença ativa do responsável como mediador entre a criança



e o ambiente hospitalar, facilitando a comunicação e proporcionando tranquilidade em um ambiente potencialmente hostil.

Outro ponto relevante refere-se ao impacto emocional da hospitalização nos pais e cuidadores. A presença constante da família pode representar segurança e conforto para a criança, mas os responsáveis também podem experimentar altos níveis de estresse, ansiedade e sentimentos de culpa, que influenciam diretamente a forma como interagem com a criança (Klinepeter *et al.*, 2024; Vasa; Hagopian; Kalb, 2020). Essas emoções podem se manifestar de diversas formas — como irritabilidade, insegurança na tomada de decisões e dificuldade em manter a calma diante de situações de estresse da criança — o que pode, por sua vez, aumentar a ansiedade e a resistência da própria criança autista.

Pesquisas indicam que as crianças percebem e internalizam as emoções parentais, de modo que cuidadores ansiosos ou inseguros podem transmitir incerteza e intensificar o desconforto da criança (Rast *et al.*, 2022). Por outro lado, quando os pais recebem suporte adequado da equipe hospitalar, conseguem regular melhor suas emoções, transmitindo segurança e confiança, o que favorece a adaptação da criança ao ambiente hospitalar (Ribeiro; Ferreira; Lima, 2025).

Estratégias de suporte eficazes incluem orientações psicológicas breves, treinamento em regulação emocional e comunicação positiva, grupos de apoio entre cuidadores e inclusão ativa da família nas decisões clínicas e nas adaptações sensoriais (Barbalho *et al.*, 2023; Rangel; Moreira, 2024). Essas práticas fortalecem o vínculo entre a família e a equipe profissional, contribuindo diretamente para o bem-estar e para



a redução dos comportamentos de estresse da criança durante a hospitalização (Bevan *et al.*, 2023; Kohane *et al.*, 2012).

Atividades lúdicas como recurso terapêutico

A hospitalização de crianças, especialmente daquelas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), frequentemente envolve rotinas estressantes, procedimentos invasivos e alterações significativas na previsibilidade do dia a dia. Nesse contexto, as atividades lúdicas surgem como um recurso terapêutico fundamental, pois proporcionam conforto emocional, promovem a expressão de sentimentos e estimulam habilidades cognitivas e sociais (Bärtschi *et al.*, 2017; Ribeiro; Ferreira; Lima, 2025).

Brincadeiras estruturadas ou livres podem auxiliar na redução da ansiedade, distraindo a criança durante procedimentos médicos ou momentos de espera, e promovendo um senso de controle e familiaridade em um ambiente desconhecido (Ribeiro; Ferreira; Lima, 2025). Jogos de tabuleiro, brinquedos sensoriais, livros interativos e atividades artísticas, por exemplo, permitem que a criança se envolva de forma significativa, respeitando suas preferências e limites sensoriais (Bevan *et al.*, 2023).

Além disso, atividades lúdicas favorecem a interação entre a criança, a equipe hospitalar e os próprios familiares, fortalecendo vínculos e permitindo que os pais assumam papéis ativos no cuidado. Quando planejadas de forma adaptada às necessidades da criança autista, essas atividades contribuem para a manutenção de rotinas, a previsibilidade do ambiente e a



redução de comportamentos de estresse, como agitação, recusa alimentar ou automutilação (Rangel; Moreira, 2024).

A literatura também indica que programas de ludoterapia podem ser incorporados de forma sistemática na rotina hospitalar, com a participação de psicólogos, terapeutas ocupacionais e psicopedagogos, que orientam os pais sobre como utilizar o brincar como ferramenta de acolhimento e regulação emocional. Dessa forma, as atividades lúdicas deixam de ser apenas entretenimento e tornam-se uma estratégia terapêutica essencial para a adaptação da criança ao ambiente hospitalar e para o fortalecimento do vínculo familiar (Carvalho *et al.*, 2024).

Além de promover conforto emocional, as atividades lúdicas durante a hospitalização permitem que a criança mantenha ou retome habilidades importantes para sua faixa etária, compensando parte da ausência temporária de ambientes cotidianos, como a escola ou espaços de socialização. Por meio do brincar, é possível trabalhar aspectos cognitivos, sociais e motores, estimulando linguagem, atenção, coordenação, resolução de problemas e interação com os outros (Carvalho *et al.*, 2024).

Esse enfoque terapêutico contribui para que a criança continue seu desenvolvimento de forma adaptada ao contexto hospitalar, mantendo rotinas estruturadas e reforçando competências que seriam desenvolvidas naturalmente em seu dia a dia. Dessa forma, o brincar não apenas auxilia na adaptação à hospitalização, mas também reduz os impactos negativos da interrupção das atividades escolares e sociais, promovendo a continuidade do aprendizado e do desenvolvimento integral da criança.



Considerações finais

As discussões desenvolvidas ao longo deste capítulo evidenciam que a hospitalização de crianças com TEA envolve múltiplos desafios que vão além do cuidado biomédico. Existem também as dificuldades comunicacionais, sensoriais e de adaptação, os desafios enfrentados pelas equipes hospitalares, o papel fundamental da família no processo de cuidado e a relevância das atividades lúdicas como recurso terapêutico. Cada um desses pontos contribui para a compreensão de que a experiência da hospitalização para crianças autistas é marcada por vulnerabilidades específicas que precisam ser acolhidas de forma sensível e adaptada.

A partir dessas reflexões, abre-se um campo fértil para novos estudos que possam investigar a efetividade de protocolos adaptados para o cuidado hospitalar de crianças autistas em diferentes contextos, com ênfase em realidades brasileiras, dada a escassez de pesquisas nacionais sobre o tema. Além de explorar o impacto de programas de capacitação profissional voltados especificamente ao atendimento hospitalar desse público, bem como o desenvolvimento de intervenções voltadas ao suporte emocional dos familiares. Também, investigações futuras podem analisar como a integração de atividades lúdicas e recursos de comunicação alternativa podem ser sistematizadas em políticas institucionais de humanização hospitalar.

Portanto, este capítulo reforça que a hospitalização de crianças autistas requer uma abordagem multidimensional, na qual equipe hospitalar e família devem atuar de forma integrada. O investimento em práticas inclusivas e adaptadas não



apenas favorece a recuperação clínica, mas promove dignidade, segurança e bem-estar às crianças e suas famílias.

Referências

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5-TR)*. 5. ed. Washington: Associação Psiquiátrica Americana, 2022.

BARBALHO, M. B. da S. *et al.* Desafios enfrentados pelos profissionais de saúde no hospitalização de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, v. 16, n. 11, p. 26136–26154, 2023. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.11-081>. Acesso em: 5 out. 2025.

BÄRTSCHI GABATZ, R. I. *et al.* A hospitalização no perspectiva da criança: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 11, n. 2, p. 703–711, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11988>. Acesso em: 5 out. 2025.

BEVAN, S. *et al.* Positive healthcare encounters for children with autism spectrum disorder: accommodations during surgical procedures. *Journal of Peri Anesthesia Nursing*, v. 38, n. 1, p. 6–11, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.05.070>. Acesso em: 5 out. 2025.

CARVALHO, A. C. B. R. de *et al.* Ludoterapia infantil no contexto hospitalar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 98, n. 1, e024267, fev. 2024. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2024-v.98-n.1-art.200> Acesso em: 5 out. 2025.

KLINEPETER, E. A. *et al.* A “whole child approach”: parent experiences with acute care hospitalizations for children with autism spectrum disorder and behavioral health needs. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 56, p. 532–546, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06573-2>. Acesso em: 5 out. 2025.



KOHANE, I. S. et al. The Co-Morbidity Burden of Children and Young Adults with Autism Spectrum Disorders. *PLoS ONE*, v. 7, n. 4, e33224, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0033224>. Acesso em: 5 out. 2025.

MAENNER, M. J. et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2020. *Surveillance Summaries*, v. 72, n. 2, p. 1-14, 2023. DOI: <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1>. Acesso em: 5 out. 2025.

McMAUGHAN, D. J. et al. Mental health–related hospitalizations among adolescents and emerging adults with autism in the United States: A retrospective, cross-sectional analysis of national hospital discharge data. *Autism*, v. 27 n. 6, p. 1702-1715, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1177/13623613221143592>. Acesso em: 5 out. 2025.

OLIVEIRA, I. D. B. de et al. Cuidados de enfermagem a niños com trastorno del espectro autista en entornos hospitalarios: una revisión bibliográfica integradora. *Aquichan*, v. 25, n. 1, e2518, 2025. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2025.25.1.8>. Acesso em: 5 out. 2025.

RANGEL, C. M.; MOREIRA, M. B. *Capacitação profissional: promovendo atendimento e tratamento humanizado para crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista no sistema hospitalar*. Brasília: Instituto Walden4, 2024. E-book. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/377724554>. Acesso em: 5 out. 2025.

RAST, J. E. et al. Hospital Inpatient Stays for Autistic Youth and Youth With Other Disabilities. *Pediatrics*, v. 149, n. S4, p. S1–S6, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049437R>. Acesso em: 5 out. 2025.

RIBEIRO, M. E.; FERREIRA, G. A. B.; LIMA, Á. M. de. Intervenções de enfermagem para redução de estresse para crianças do espectro autista durante internação hospitalar. *UnilS Acadêmica*, v. 2, p. 16, 2025. Disponível em: <https://revista.unils.edu.br/index.php/files/article/view/49>. Acesso em: 5 out. 2025.



SPESSATTO, B. Z. et al. O transtorno do espectro autista (TEA) no contexto da doença onco-hematológica na internação pediátrica. *Hematology, Transfusion and Cell Therapy*, v. 46, n. S4, p. S1188–S1189, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.2079>. Acesso em: 5 out. 2025.

VASA, R. A.; HAGOPIAN, L.; KALB, L. G. Investigating mental health crisis in youth with autism spectrum disorder. *Autism Research*, v. 13, n. 1, p. 112–121, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/aur.2224>. Acesso em: 5 out. 2025.



A Formação do Psicopedagogo Hospitalar

- » Vitória Nunes Vidal
- » Josefa Gislaine Marinho Gomes Freire
- » Flávia Moura de Moura
- » Lilian Kelly de Sousa Galvão

A Psicopedagogia, inicialmente voltada à compreensão e intervenção nas dificuldades de aprendizagem em contextos escolares e clínicos, têm ampliado seus horizontes para além desses espaços tradicionais. O aprender não se restringe ao ambiente escolar, manifestando-se em diferentes dimensões da vida, inclusive em situações adversas, como a hospitalização.

Nesse cenário, a psicopedagogia hospitalar surge como resposta à necessidade de acolher e intervir nos processos de aprendizagem de crianças e adolescentes cuja rotina escolar é interrompida pela doença e pela internação. A hospitalização não impacta apenas a dimensão física, mas também repercute nas dimensões afetiva, social e cognitiva, exigindo um olhar psicopedagógico que articule cuidado, escuta sensível e ludicidade (Acampora, 2015).



A Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, reforça essa compreensão ao tornar obrigatória a presença de brinquedotecas em hospitais com internação pediátrica, reconhecendo o brincar como um direito e como recurso essencial à recuperação e ao desenvolvimento infantil (Brasil, 2005).

A inserção do psicopedagogo nesse contexto emerge, portanto, da necessidade de compreender a aprendizagem de modo ampliado: como processo que atravessa corpo, emoção e experiência de vida. No entanto, a formação voltada para essa atuação ainda apresenta lacunas, que dificultam a consolidação dessa prática profissional.

Dessa forma, torna-se essencial repensar a formação do psicopedagogo para além dos espaços convencionais, considerando a complexidade do ambiente hospitalar. Essa formação deve integrar saberes interdisciplinares e desenvolver competências voltadas à escuta sensível, à humanização do cuidado e ao uso de recursos lúdicos e simbólicos que ajudem a criança a elaborar o adoecimento e a manter viva sua capacidade de aprender.

Assim, este capítulo tem como objetivo principal refletir sobre os desafios e as perspectivas da formação psicopedagógica voltada ao hospital, destacando as competências necessárias, os limites enfrentados e as potencialidades dessa atuação em um campo em constante expansão.



Atuação do psicopedagogo no contexto hospitalar

Tradicionalmente, a atuação psicopedagógica é associada a espaços como a escola e a clínica. Contudo, nas últimas décadas, a Psicopedagogia na área da saúde tem ganhado relevância ao se consolidar como uma prática que integra o cuidado e o aprender.

Souza (2019) aponta que, ao intervir na saúde, o psicopedagogo deve considerar o sujeito como aprendiz de si mesmo, em qualquer fase da vida, desenvolvendo a capacidade de se reconhecer e buscar novas formas de realização pessoal. Essa perspectiva amplia o papel do psicopedagogo, que passa a compreender as condições de aprendizagem de crianças e adolescentes hospitalizados e a desenvolver estratégias que favoreçam tanto o estímulo cognitivo quanto o fortalecimento emocional e a reinserção escolar.

Para Souza (2019), a Psicopedagogia aplicada à saúde contribui para a promoção da resiliência, valendo-se de recursos como a arteterapia, as atividades perceptuais e cognitivas com o uso do humor como instrumento de fortalecimento interno.

A prática psicopedagógica no hospital requer, portanto, sensibilidade e compreensão das dimensões subjetivas envolvidas na experiência do adoecimento. Mutti *et al.* (2019) destacam que o psicopedagogo atua como mediador no processo de aprendizagem de crianças em tratamento, investigando as razões que interferem em seu desempenho escolar e buscando estratégias que favoreçam o conhecimento mesmo diante da fragilidade física e emocional.



O ambiente hospitalar é marcado por intensas emoções, como medo, dor, esperança e superação, exigindo do profissional uma postura empática, ética e acolhedora. O sucesso da intervenção depende do vínculo afetivo e da escuta atenta, pois é por meio da relação de confiança que se torna possível compreender o sujeito em sua totalidade.

Nesse sentido, a atuação psicopedagógica inclui orientar famílias, dialogar com a equipe de saúde e favorecer a continuidade do processo educativo e social da criança ou do adolescente em tratamento (Mutti *et al.*, 2019).

Assim, o psicopedagogo hospitalar atua como mediador entre o sujeito, o conhecimento e o cuidado, contribuindo para que o processo de aprendizagem permaneça ativo mesmo em contextos de vulnerabilidade, reafirmando o direito de aprender em todos os espaços da vida.

Formação, desafios e perspectivas

A atuação psicopedagógica no hospital exige formação ampla e interdisciplinar, que envolva fundamentos da psicologia, educação, saúde e ética profissional. O hospital, como espaço de cuidado e vulnerabilidade, demanda do psicopedagogo não apenas conhecimento teórico, mas também preparo emocional e sensibilidade para lidar com experiências permeadas por dor, medo e esperança.

Entre os principais desafios enfrentados por esse profissional, destacam-se: o limitado reconhecimento institucional da Psicopedagogia Hospitalar; a escassez de formações específicas



e de estágios supervisionados; as demandas emocionais intensas, que exigem preparo pessoal e autocuidado; e a necessidade constante de diálogo interdisciplinar com médicos, enfermeiros, assistentes sociais e educadores.

Mutti *et al.* (2019) ressaltam que o psicopedagogo precisa compreender os limites de sua atuação, evitando ultrapassar o campo educativo e invadir o espaço clínico, o que poderia gerar desconforto ao paciente já fragilizado pela hospitalização. Essa postura ética reforça a importância de um profissional consciente de suas atribuições, capaz de construir relações de confiança e cooperação com a equipe hospitalar.

Esses desafios evidenciam a urgência de repensar a formação psicopedagógica, incorporando conteúdos voltados ao cuidado, à escuta e ao uso de recursos lúdicos e simbólicos como instrumentos de intervenção e humanização. Pensar a formação para o contexto hospitalar é reconhecer a Psicopedagogia como campo que acolhe o sofrimento e transforma o cuidado em aprendizado, promovendo o desenvolvimento integral da criança mesmo em condições adversas.

É fundamental que as instituições formadoras ampliem seus currículos, incluindo disciplinas e práticas relacionadas à saúde e à hospitalização infantil, além de incentivar estágios, pesquisas e projetos de extensão nessa área. O desenvolvimento de competências socioemocionais, como empatia, escuta ativa, resiliência e ética do cuidado, deve integrar tanto a formação inicial quanto a continuada, de modo a preparar o psicopedagogo para atuar com sensibilidade, compromisso humano e competência técnica em contextos de fragilidade.



Considerações finais

A formação do psicopedagogo hospitalar é, antes de tudo, uma formação para a vida. Implica aprender a cuidar enquanto se aprende e ensinar cuidando, transformando a dor em oportunidade de crescimento humano e educacional.

A Psicopedagogia Hospitalar configura-se como campo promissor e necessário nas instituições de saúde, ultrapassando os limites do ensino formal e contribuindo para o fortalecimento emocional e cognitivo de crianças e adolescentes em tratamento.

Para isso, é imprescindível que a formação do psicopedagogo vá além do domínio técnico, integrando dimensões éticas e humanas que sustentem uma prática verdadeiramente transformadora. Reconhecer e valorizar esse profissional é um passo essencial para consolidar uma educação que cuida e um cuidado que educa.

Referências

ACAMPORA, B. *Psicopedagogia hospitalar: diagnóstico e intervenção*. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2015.

BRASIL. Lei n. 11.104, de 21 de março de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas em hospitais que atendem crianças. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 mar. 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm . Acesso em: 13 abr. 2026.

MUTTI, M. C. S. et al. A formação do psicopedagogo para atuar no contexto hospitalar em atendimento a crianças em tratamento de saúde. In: DANTAS, M. A. S.; CASTANHO, M. I. S. (Orgs.).



Psicopedagogia nos contextos hospitalares e de saúde. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2019, p. 39–56.

SOUZA, S. M. C. A intervenção psicopedagógica na saúde: um novo saber em construção. In: DANTAS, M. A. S.; CASTANHO, M. I. S. (Orgs.). *Psicopedagogia nos contextos hospitalares e de saúde*. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2019, p. 31–38.





O Brincar no Ambiente Hospitalar

- » Miriã de Lira Calado
- » Flávia Moura de Moura
- » Lilian Kelly de Sousa Galvão

O brincar é uma atividade intrínseca à infância, representando uma forma natural de expressão e interação da criança com o mundo. Por meio das brincadeiras, as crianças exercitam a linguagem oral, vivenciam experiências imaginativas, atribuem novos significados aos objetos e situações do cotidiano, desenvolvem sua autonomia, senso crítico e estabelecem vínculos sociais tanto com os pares quanto com os adultos ao seu redor (Gimenes; Perrone, 2022).

Durante o brincar, a criança coloca em ação suas capacidades cognitivas, utilizando conhecimentos previamente adquiridos e armazenados na memória. São essas informações que permitem que ela organize seus movimentos e ações de forma significativa (Jean Piaget, 2010).

Jean Piaget (2010), conhecido por sua teoria do Desenvolvimento Cognitivo Infantil, diz que a criança dificilmente realizará uma atividade de forma autônoma e eficaz se não tiver experiências concretas que possibilitem essa aprendizagem.



Apenas quando a vivência é incorporada e transformada em conhecimento é que ela pode, de fato, recorrer ao seu repertório mental e utilizá-lo nas brincadeiras de maneira criativa e funcional.

O ato de brincar pode assumir diferentes formas e intencionalidades. Uma delas refere-se ao brincar espontâneo ou livre, em que a própria criança é a protagonista da atividade: ela cria, modifica e conduz as regras da brincadeira de acordo com sua imaginação e desejo, sem a interferência direta de objetivos pedagógicos. A outra forma está relacionada ao brincar dirigido, proposto por um adulto, geralmente um educador, que, com base em conhecimentos específicos, utiliza o jogo como ferramenta para alcançar metas educativas e promover o desenvolvimento global da criança (Vygotsky, 2024; Kishimoto, 2011).

Quando inseridas intencionalmente no contexto educacional e hospitalar, as brincadeiras tornam-se potentes instrumentos de estímulo ao desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social, contribuindo de forma significativa para o crescimento integral da criança (Vygotsky, 2007).

O brincar dirigido, portanto, pode ser incorporado como recurso psicopedagógico no processo de ensino-aprendizagem, estimulando habilidades diversas, desde aspectos motores até competências como criatividade, raciocínio, espontaneidade, cooperação e respeito às normas sociais. Todas essas habilidades podem ser estimuladas no contexto de hospitalização, pois a ausência de oportunidades pode comprometer significativamente os processos cognitivos, motores, sociais e afetivos das crianças, gerando prejuízos duradouros ao longo da vida (Brandão; Velloso; Saltão, 2024).



A hospitalização da criança e do adolescente não é motivo impeditivo para que o brincar não aconteça. Na verdade, torna-se fundamental haver momentos de brincadeira para amenizar o estresse, o sentimento de isolamento e o tédio, além de atuar como uma ferramenta mediadora no entendimento dos procedimentos médicos.

É fundamental que a criança tenha acesso às informações sobre sua condição de saúde e sobre os procedimentos médicos pelos quais passará. Nesse contexto, o brincar pode funcionar como um importante mediador, auxiliando na compreensão do que acontecerá e preparando-a para as intervenções clínicas (Lindquist, 1993).

Incluir a criança de forma ativa em seu próprio tratamento possibilita que ela compreenda melhor as alterações que ocorrem em seu corpo, podendo identificar quais atividades pode realizar e quais deve evitar, além de reconhecer os cuidados necessários consigo mesma. É fundamental tratar a criança como um ser capaz de compreender essas mudanças, garantindo que as informações sejam transmitidas de maneira clara, acessível e adaptada ao seu nível de entendimento.

Estágios do brincar e seu uso como recurso terapêutico

Durante a brincadeira e o uso de recursos lúdicos, é importante levar em consideração a idade, o nível de desenvolvimento da criança, a higienização dos recursos e o local onde possa



brincar, ajustando a brincadeira às necessidades e capacidade de entendimento da criança (Nazari *et al.*, 2025; Lindquist, 1993).

Se o mediador da brincadeira não souber por onde começar e quiser levar em consideração apenas a idade, pode utilizar como parâmetro os estágios do brincar sugeridos por Jean Piaget (2010), que os dividiu em jogos de exercício, jogos simbólicos e jogos de regras.

Nos jogos de exercício, que se manifestam nos primeiros meses de vida e estendem-se até, aproximadamente, o segundo ano, a criança repete ações motoras simples como chacoalhar, morder, jogar objetos e empilhar, sem um objetivo final, apenas pelo prazer do movimento e da descoberta sensorio-motora (Piaget, 2010). No ambiente hospitalar, esse tipo de brincar pode favorecer a estimulação sensorial e motora em situações de restrição física ou emocional, permitindo que a criança mantenha a exploração do corpo e do ambiente mesmo em um contexto de internação.

Nos jogos simbólicos, estágio que surge dos dois aos sete anos de idade, a criança atribui novos significados a objetos e interpreta papéis, transformando a realidade para satisfazer suas próprias necessidades. É um estágio crucial para o desenvolvimento do raciocínio abstrato (Piaget, 2010; Kishimoto, 2011). No contexto hospitalar, o jogo simbólico possibilita à criança elaborar emocionalmente a experiência da doença e da internação, expressando medos, angústias e fantasias por meio do faz de conta. Ao brincar de ser médico, paciente ou cuidador, por exemplo, a criança ressignifica situações potencialmente ameaçadoras, recuperando o senso de controle e segurança.



Os jogos de regras marcam a transição da atividade individual para a socializada, ocorrendo dos quatro anos aos sete, mas de forma predominante no período de sete aos doze anos de idade. Esse estágio surge com o ingresso no pensamento operatório concreto e com o avanço da socialização, exigindo a existência de regras e que os participantes as respeitem para um objetivo comum (Piaget, 2010; Kishimoto, 2002).

No hospital, esse tipo de jogo favorece a interação entre crianças internadas, cuidadores e profissionais, promovendo o sentimento de pertencimento e cooperação, aspectos muitas vezes prejudicados pela rotina hospitalar. Além disso, esses jogos contribuem para o desenvolvimento moral e cognitivo, estimulando a noção de limites, respeito mútuo e tomada de decisões.

A partir do domínio desses três estágios pelo mediador, torna-se possível utilizá-los como referência na escolha e proposição de jogos e brincadeiras adequadas ao nível de desenvolvimento da criança. Esse conhecimento, aliado ao vínculo previamente estabelecido, permite ao mediador compreender os interesses, as necessidades e as potencialidades de cada criança, selecionando atividades que favoreçam seu engajamento e desenvolvimento integral durante o atendimento.

O nível de desenvolvimento, entretanto, pode variar amplamente entre as crianças hospitalizadas, pois depende não apenas dos estímulos recebidos ao longo da vida, mas também das limitações impostas pela doença, do tempo de internação e de fatores emocionais e sociais (Cânez, 2019). Dessa forma, mesmo que um jogo seja indicado para determinada faixa etária, a criança pode não apresentar as condições cognitivas, motoras



ou afetivas esperadas para realizá-lo conforme o esperado. Nesses casos, cabe ao mediador adaptar as regras, simplificar as etapas ou substituir a atividade por outras mais compatíveis, assegurando que o brincar continue sendo uma experiência prazerosa, significativa e acessível a cada criança.

No contexto hospitalar, além do parâmetro normativo dos estágios do brincar (Piaget, 2010), destaca-se o uso do conceito do brincar como recurso terapêutico, que tem como propósito favorecer a expressão de sentimentos, reduzir a ansiedade e possibilitar uma compreensão mais profunda das necessidades emocionais e psicológicas da criança.

O brincar oferece uma oportunidade para observar patologias, identificar doenças e analisar tanto as potencialidades quanto dificuldades apresentadas pela criança, além de poder perceber que as experiências e vivências infantis são carregadas de significados (Kishimoto, 2002).

Assim, observa-se que o uso do brincar como recurso terapêutico, em suas diferentes modalidades, constitui um importante recurso para a promoção do bem-estar emocional e do desenvolvimento integral da criança hospitalizada.

Aspectos Psicológicos e Emocionais na Hospitalização e o Brincar

A hospitalização pode gerar na criança diversas reações emocionais negativas, como ansiedade, medo, sensação de desamparo, isolamento, angústia e até regressão



comportamental, por isso muitos estudiosos investigaram como o brincar pode aliviar esses sintomas.

Em um dos estudos, houve a investigação dos benefícios das atividades lúdicas para crianças hospitalizadas com câncer, verificando uma redução das alterações de humor e comportamento das crianças após as intervenções lúdicas (Borges; Nascimento e Silva, 2008). Enquanto em outro, observou-se que o brincar pode auxiliar tanto no desenvolvimento infantil quanto na adesão da criança ao tratamento (Hostert; Enumo e Loss, 2014).

Outros autores foram além da pesquisa, desenvolvendo um projeto lúdico voltado a crianças em tratamento oncológico, utilizando diferentes tipos de brinquedos em atividades individuais e em grupo (Vieira; Carneiro, 2006). A partir da observação e análise dos registros das brincadeiras de faz-de-conta, as autoras identificaram que muitos dos enredos criados pelas crianças estavam diretamente relacionados à vivência da doença e da hospitalização.

Surgiram com frequência temas como consultas médicas, procedimentos hospitalares, a morte e a queda de cabelo decorrente da quimioterapia, além de situações mais cotidianas, como brincadeiras domésticas. Os resultados indicaram que, ao representar simbolicamente essas experiências, as crianças demonstravam maior capacidade de compreender o processo de adoecimento e de elaborar emocionalmente o tratamento, favorecendo, assim, o enfrentamento das situações vividas no hospital.

Destaca-se que o brincar constitui um espaço potencial, no qual a criança pode transitar entre o real e o imaginário de forma segura, encontrando possibilidades de elaborar



a dor e o medo por meio da simbolização. Essa dimensão simbólica do brincar permite que a criança atribua sentido à experiência da doença, desenvolvendo estratégias internas de enfrentamento e fortalecendo sua autoconfiança diante do tratamento (Winnicott, 2019).

Além disso, o brincar no contexto hospitalar contribui para a manutenção da identidade infantil, que muitas vezes é ameaçada pelo ambiente altamente medicalizado. Quando o brincar é incorporado às práticas hospitalares, ele atua como mediador entre a criança, a equipe de saúde e a família, promovendo o diálogo e o acolhimento. Assim, o momento lúdico não apenas reduz o sofrimento psicológico, mas também reforça o vínculo afetivo e a sensação de pertencimento da criança (Mitre; Gomes, 2004).

Dessa forma, compreender o brincar como parte integrante do cuidado à criança hospitalizada significa reconhecer seu valor não apenas recreativo, mas também psicológico, social e educativo. As evidências mostram que as atividades lúdicas favorecem o bem-estar emocional, a comunicação e o fortalecimento da autoestima, tornando-se essenciais para uma vivência hospitalar menos traumática.

Considerações finais

O brincar, enquanto expressão genuína da infância, transcende os limites do lazer e assume, no contexto hospitalar, um papel profundamente humano e terapêutico. Entre agulhas, curativos e rotinas médicas, o brincar aproxima a criança de



sua própria essência, permitindo que o hospital se transforme, ainda que momentaneamente, em um espaço de descoberta, criação e afeto.

As diferentes formas de brincar, espontâneo ou dirigido, e os estágios propostos por Piaget (2010) permitem compreender as potencialidades desta atividade em distintos níveis de desenvolvimento. O brincar favorece a estimulação cognitiva e motora, auxilia na elaboração simbólica das experiências de adoecimento e promove a socialização em um ambiente que, frequentemente, desperta sentimentos de medo e insegurança.

O brincar como recurso, por sua vez, representa uma estratégia estruturada de intervenção que possibilita à criança compreender o processo de hospitalização e participar de forma mais ativa do cuidado, contribuindo para a redução da ansiedade e para o fortalecimento de sua autonomia. Sua utilização, quando planejada e adequada à idade e às condições clínicas, amplia as possibilidades de humanização e de acolhimento no ambiente hospitalar (Oliveira *et al.*, 2015).

Ao compreender que o brincar é uma necessidade vital e não um privilégio, os profissionais da saúde e da educação ampliam sua atuação, reconhecendo na ludicidade um meio de promover o desenvolvimento integral, a comunicação e a elaboração emocional da criança hospitalizada. Por meio do jogo, seja ele de exercício, simbólico ou de regras, a criança reconstrói o que a doença tenta fragmentar: sua autonomia, sua imaginação e seu senso de pertencimento.



Referências

- BORGES, E. P.; NASCIMENTO, M. do D. S. B.; SILVA, S. M. M. Benefícios das atividades lúdicas na recuperação de crianças com câncer. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, São Paulo, v. 2, n. 8, p. 211-221, 2008. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v28n2/v28n2a09.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2026.
- BRANDÃO, R. M.; VELLOSO, M. H. C.; SALTÃO, T. M. A ludicidade como instrumento de intervenção psicopedagógica no processo educacional na educação infantil. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, v. 16, n. 5, maio 2024, p. e4210. DOI: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n5-054>. Acesso em: 16 abr. 2026.
- CÂNEZ, J. B. et al. O brinquedo terapêutico no cuidado à criança hospitalizada. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 88, n. 26, 2019. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/revista/article/view/129/437>. Acesso em: 16 abr. 2026.
- GIMENES, B. P.; PERRONE, R. (orgs.). *Ludicidade, saúde e neurociências – volume 2: o brincar a partir da retrospectiva de infância*. 1. ed. Rio de Janeiro: WAK Editora, 2022.
- HOSTERT, P. C. da C. P.; ENUMO, S. R. F.; LOSS, A. B. M. Brincar e problemas de comportamento de crianças com câncer de classes hospitalares. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, v. 16, n. 1, p. 127-140, 2014. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000100011. Acesso em: 16 abr. 2026.
- KISHIMOTO, T. M. (org.). *O brincar e suas teorias*. São Paulo: Cengage Learning, 2002.
- KISHIMOTO, T. M. *Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação*. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- 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 ação de saúde. *Ciência & Saúde*



Coletiva, v. 9, n.1, p. 147-154, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100015>. Acesso em: 16 abr. 2026.

NAZARI, M. A. et al. The effectiveness of play therapy on depression and anxiety in hospitalized children with cancer: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*, v. 33, n. 2, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-024-09144-4>. Acesso em: 16 abr. 2026.

OLIVEIRA, C. S. et al. Brinquedo Terapêutico na assistência à criança: percepção de enfermeiros das unidades pediátricas de um hospital universitário. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, São Paulo, v. 2, n. 8, p. 21-30, 2015. Disponível em: https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-15-01-0021/2238-202X-sobep-15-01-0021.pdf Acesso em: 16 abr. 2026.

PIAGET, J. *A formação do símbolo na criança: imitação, jogo e sonho, imagem e representação*. [1945] 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2010.

VIEIRA, T.; CARNEIRO, M. O brincar na sala de espera de um ambulatório pediátrico: possíveis significados. In: BOMTEMPO, E.; ANTUNHA, E. G.; OLIVEIRA, V. B. (Orgs.). *Brincando na escola, no hospital, na rua*. Rio de Janeiro: WAK, 2006. p. 75-110.

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente*. [1989] 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

VYGOTSKY, L. S. *Imaginação e criação na infância*. [1930] São Paulo: Expressão Popular, 2024.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. [1975] São Paulo: Ubu, 2019.





Telas no Leito Hospitalar

» Manaiene Elielma Lima Ferreira

» Flávia Moura de Moura

» Lilian Kelly de Sousa Galvão

O uso de telas tem se tornado cada vez mais frequente entre crianças, inclusive em ambientes hospitalares, onde servem como ferramentas de distração e regulação emocional (Arora et al., 2022). Com o uso cada vez mais intenso e antecipado das telas na infância, já se observam impactos negativos no desenvolvimento infantil, com possíveis prejuízos cognitivos, emocionais e físicos ao longo do tempo (Nunes et al., 2023).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2024) orienta que crianças com menos de dois anos não sejam expostas às telas, nem mesmo de forma passiva, estabelecendo limites diários crescentes conforme a idade. Estudos científicos demonstram que o uso precoce, excessivo e prolongado de dispositivos eletrônicos pode trazer prejuízos ao desenvolvimento infantil (Eisenstein, 2023). Essa atenção deve ser ainda maior em casos de crianças com câncer, já que a combinação entre o uso intensivo das telas e as exigências do tratamento pode afetar negativamente o desenvolvimento e dificultar a retomada da rotina após a alta hospitalar.



Quando usados com mediação adequada, os dispositivos eletrônicos podem proporcionar conforto, distração e conexão social, contribuindo para o fortalecimento dos vínculos afetivos e a redução do estresse vivenciado por pacientes e cuidadores (Barrêto et al., 2025).

Ao longo do capítulo, vamos discutir de que forma o uso de telas se relaciona com a Psicopedagogia, com o desenvolvimento infantil e com a mediação dos cuidadores. A intenção é compreender tanto os riscos associados ao excesso de exposição, quanto às possibilidades de um uso saudável e mediado, capaz de apoiar a criança em sua vivência hospitalar sem comprometer seu desenvolvimento.

A Psicopedagogia e Desenvolvimento Infantil

A Psicopedagogia surgiu com o propósito de atender crianças com dificuldades de aprendizagem e, ao longo do tempo, consolidou-se como uma área independente, voltada para compreender como o sujeito aprende, atuando na identificação, intervenção e prevenção de possíveis dificuldades no processo de aprendizagem (Smerdel; Murgó, 2018). No contexto hospitalar, essa área amplia seu campo de atuação ao buscar estratégias que favoreçam não apenas a manutenção do ensino formal, mas também o bem-estar emocional e social da criança (Piña et al., 2025).

O período de internação infantil representa um desafio para o desenvolvimento integral, uma vez que a criança se afasta de ambientes de socialização e de estímulos constantes,



como escola, amigos e familiares. Esse afastamento pode afetar aspectos cognitivos, motores, sociais e emocionais, tornando necessário o uso de estratégias e ferramentas que auxiliem no enfrentamento desse processo, dentro de um cuidado humanizado, acolhedor e lúdico, proporcionado por toda a equipe de saúde (Barrêto et al., 2025).

Por meio de atividades lúdicas e recursos terapêuticos, a psicopedagogia hospitalar promove a estimulação cognitiva, motora, social e emocional, ao mesmo tempo em que oferece alívio para sintomas comuns durante o tratamento. A ludicidade é essencial para que a criança continue exercitando sua imaginação e tenha acesso a experiências que favoreçam a adaptação ao novo ambiente (Smerdel et al., 2018).

As tecnologias podem ser utilizadas como recurso de aprendizagem; entretanto, o uso excessivo de dispositivos eletrônicos pode comprometer o desenvolvimento infantil (Ramos et al., 2024). O ambiente hospitalar frequentemente apresenta presença significativa de telas, por meio de televisores, celulares, notebooks, tablets e videogames. Essa substituição do brincar presencial limita experiências sociais, restringe o desenvolvimento de habilidades e dificulta a construção da identidade social da criança (Ramos et al., 2024).

A ausência de estímulos adequados durante o desenvolvimento infantil pode comprometer a aquisição de habilidades esperadas nos marcos do desenvolvimento, ocasionando dificuldades de aprendizagem e de socialização (Nunes et al., 2023). Para um crescimento saudável, é necessário que a criança tenha acesso a processos de aprendizagem



que envolvam aspectos cognitivos, emocionais e motores. Nesse contexto, o profissional de psicopedagogia favorece o desenvolvimento, promovendo estratégias individualizadas que respeitam o ritmo de cada criança.

O Papel do Cuidador na Mediação do Uso de Telas

Os dispositivos eletrônicos têm ganhado espaço dentro do ambiente hospitalar como recursos de distração, conforto e conexão. Seu uso pode contribuir para amenizar o sofrimento da hospitalização tanto para as crianças quanto para seus cuidadores, oferecendo momentos de relaxamento e alívio emocional (Arora et al., 2022). No entanto, quando não há mediação adequada, o uso prolongado e desregulado pode acarretar prejuízos significativos à saúde e ao desenvolvimento infantil, como atrasos na linguagem, distúrbios do sono, sedentarismo e alterações emocionais (SBP, 2024).

O papel do cuidador é central. Conforme Bortolote e Brêtas (2008), o responsável pela criança hospitalizada influencia diretamente seu desenvolvimento motor, perceptivo e cognitivo. Para que o ambiente hospitalar favoreça esse desenvolvimento, os cuidados devem ser afetivos, significativos e capazes de promover vínculos e segurança emocional. Estudos apontam que, no contexto de hospitalização infantil, a mãe costuma assumir o papel de cuidadora principal, reforçando a importância de compreender suas estratégias de enfrentamento nesse processo (Prata; Padovani, 2023).



A mediação envolve selecionar conteúdos adequados, equilibrar atividades digitais e não digitais, dar exemplo no uso próprio da tecnologia e criar momentos de convivência. Considerando que as crianças aprendem principalmente pela observação, as atitudes dos adultos diante da tecnologia tornam-se modelos significativos (Magalhães et al., 2025; Silva et al., 2024).

Mendonça et al. (2024) reforçam que cabe aos pais orientar os filhos quanto ao uso dos dispositivos, ao comportamento diante dos conteúdos e às respostas emocionais que deles derivam. Também defendem que a criança deve ter oportunidades de desenvolver competências digitais, com a participação ativa dos cuidadores e suporte emocional, construindo, assim, uma relação mais saudável com a tecnologia.

Dependência Digital

Sob a perspectiva neurobiológica, o uso excessivo das tecnologias ativa regiões cerebrais associadas ao prazer e à recompensa, como o sistema dopaminérgico mesolímbico, o mesmo envolvido no consumo de substâncias químicas (Eisenstein, 2023). Por essa razão, o termo “usuário”, comumente aplicado a quem utiliza tecnologias, também é utilizado para designar pessoas com dependência química, evidenciando os riscos relacionados ao uso desmedido de telas, sobretudo na infância.

O tempo de tela costuma ser definido como qualquer período em que a criança está exposta a conteúdos digitais por meio de dispositivos como televisão, celular, tablet, computador ou videogame (Arora et al., 2022). No ambiente hospitalar, onde



a percepção temporal pode ser alterada, o uso desses aparelhos tende a ser frequente e sem limites claros, favorecendo padrões repetitivos prejudiciais.

A exposição prolongada às telas pode levar à habituação, fazendo com que a criança deseje permanecer conectada por períodos cada vez maiores, associando-se a frustração, irritabilidade e dificuldade de concentração (Nishi et al., 2023). Além disso, o excesso de estímulos digitais pode favorecer o isolamento social e comprometer a atenção em outras atividades do cotidiano (Valente et al., 2024).

Uso de Telas na Hospitalização: Riscos e Benefícios

No ambiente hospitalar, cercado por procedimentos médicos e restrições de visita, é comum observar crianças com a atenção voltada para dispositivos eletrônicos. Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) alerte sobre os prejuízos do uso excessivo de telas na infância, a hospitalização levanta a reflexão: as telas representam ameaça ou benefício?

Para crianças internadas, que enfrentam rotinas médicas estressantes, ambientes desconhecidos e visitas limitadas, o uso de mídias digitais, como jogos e vídeos, tem demonstrado eficácia na redução da dor e da ansiedade durante procedimentos clínicos (Arora et al., 2022). Além disso, a comunicação virtual com familiares e amigos ajuda a manter os laços afetivos, minimizando a sensação de isolamento.



No entanto, o uso inadequado e prolongado de telas pode afetar diferentes dimensões do desenvolvimento infantil, prejudicando funções psicomotoras, cognitivas, emocionais e sociais (Magalhães et al., 2025; Nishi; Silva, 2023; Valente et al., 2024). Por isso, é essencial que o uso das tecnologias seja mediado e equilibrado, garantindo que elas atuem como recurso de apoio à criança, e não como substituição de interações e experiências fundamentais.

Considerações finais

Ao decorrer da construção deste texto, evidenciou-se que o uso de telas na infância, especialmente em contexto hospitalar, é um fenômeno complexo, que envolve riscos e benefícios. Por um lado, a exposição excessiva e desmedida a dispositivos eletrônicos pode prejudicar o desenvolvimento cognitivo, motor, social e emocional da criança, impactando a atenção, o sono, a linguagem, a motricidade e as relações interpessoais (Eisenstein, 2023; Ramos et al., 2024). Por outro lado, quando mediado de forma adequada, o uso de tecnologias digitais oferece oportunidades de aprendizagem, conforto, distração e manutenção de vínculos afetivos (Arora et al., 2022; Barrêto et al., 2025; Nunes et al., 2023).

A psicopedagogia hospitalar desempenha papel central nesse contexto, promovendo estímulos lúdicos, cognitivos e sociais que contribuem para a adaptação da criança ao ambiente hospitalar e para a continuidade de seu desenvolvimento integral (Smerdel et al, 2018; Piña et al., 2025). Além disso, a presença



de cuidadores atentos e conscientes na mediação do uso das telas se mostra essencial para equilibrar os efeitos positivos e negativos, orientando conteúdos, estabelecendo limites e oferecendo experiências enriquecedoras (Magalhães et al., 2025; Silva et al., 2024; Mendonça et al., 2024).

A revisão da literatura apresentada demonstra que as telas não podem ser consideradas apenas neutras ou prejudiciais, seu impacto depende diretamente da forma, da frequência, da supervisão e do contexto em que são utilizadas. No ambiente hospitalar, onde as crianças se encontram em situação de vulnerabilidade, essa mediação torna-se ainda mais relevante, garantindo que os dispositivos digitais apoiem a criança em sua vivência hospitalar sem comprometer seu desenvolvimento.

Dessa forma, a literatura reforça a necessidade de estratégias educativas, de supervisão e de políticas que considerem o equilíbrio entre o uso saudável da tecnologia e a preservação de experiências essenciais da infância, como o brincar, a interação social e o aprendizado ativo. Ao reconhecer a complexidade do tema, os profissionais de saúde e educação podem atuar de forma integrada, humanizada e preventiva, valorizando tanto o desenvolvimento quanto o bem-estar da criança.



Referências

- ARORA, G. *et al.* Perceived screen use in hospitalized children: child life experts' perspectives on more meaningful engagement. *The Journal of Child Life: Psychosocial Theory and Practice*, v. 3, n. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.55591/001c.33654>. Acesso em: 30 abr. 2026.
- BARRÊTO, D. M. S. *et al.* Realidade virtual e ludoterapia no manejo da dor e ansiedade de crianças e adolescentes em tratamento oncológico: estudo quase experimental. *Brazilian Journal of Pain*, v. 8, e20250027, 2025. DOI: <https://doi.org/10.63231/2595-0118.20250027-pt>. Acesso em: 30 abr. 2026.
- BORTOLOTE, G. S.; BRÊTAS, J. R. S. O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 422-429, set. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000300002>. Acesso em: 30 abr. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer infantojuvenil. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>. Acesso em: 30 abr. 2026.
- EISENSTEIN, E. Crianças, adolescentes e a era digital: benefícios e riscos. *Revista Graduação / Pós-graduação / Extensão*, v. 11, n. 1, p. 7-14, jan./jun. 2023. Disponível em: <https://www.periodicos.capes.gov.br/index.php/acervo/buscaador.html?task=detalhes&source=all&id=W4387342023>. Acesso em: 30 abr. 2026.
- MAGALHÃES, V. M. S. *et al.* Efeitos do uso excessivo de telas no neurodesenvolvimento de crianças e adolescentes: o que diz a literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 7, n. 3, p. 1956-1964, 2025. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n3p1956-1964>. Acesso em: 30 abr. 2026.
- MENDONÇA, J. F. *et al.* O impacto das redes sociais na saúde mental dos adolescentes: mecanismos e intervenções. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, v. 17, n. 10, p. e12222, 2024. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.10-499>. Acesso em: 30 abr. 2026.



NISHI, S. S. *et al.* As consequências emocionais da exposição de telas digitais em crianças de 2 a 6 anos. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, São Paulo, v. 9, n. 7, p. 157–173, jul. 2023. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v9i7.10379>. Acesso em: 30 abr. 2026.

NUNES, A. P. et al. O uso de telas e tecnologias pela população infanto-juvenil: revisão bibliográfica sobre o impacto no desenvolvimento global de crianças e adolescentes. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 6, n. 5, p. 19926–19939, set./out. 2023. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n5-045>. Acesso em: 30 abr. 2026.

PIÑA, A. M. P. *et al.* Diseño e implementación de una estrategia de psicopedagogía hospitalaria para La mejora del bienestar pacientes oncológicos. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, v. 12, n. 3, art. 57, p. 1–19, maio-ago. 2025. DOI: <https://doi.org/10.46377/dilemas.v12i3.4660>. Acesso em: 30 abr. 2026.

PRATA, I. et al. Estratégias de enfrentamento de mães de crianças com doenças crônicas durante internação. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 24, n. 1, p. 28–40, 2023. DOI: <https://doi.org/10.15309/23psd240103>. Acesso em: 30 abr. 2026.

RAMOS, E. T. G. et al. Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor e efeitos psicológicos associados ao uso excessivo de telas na infância. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 7, n. 5, p. 1–16, set./out. 2024. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n5-575>. Acesso em: 30 abr. 2026.

SMERDEL, Karina Silva et al. Um olhar psicopedagógico sobre o processo ensino-aprendizagem no contexto hospitalar. *Revista Psicopedagogia*, São Paulo, v. 35, n. 108, p. 329–339, 2018. Disponível em: <https://revistapsicopedagogia.com.br/revista/article/view/307>. Acesso em: 30 abr. 2026.

SILVA, Irinez Tairene da *et al.* O impacto das telas no processo de desenvolvimento e aprendizagem na primeira infância. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 10, n. 10, p. 2596–2609, 2024. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i10.16122>. Acesso em: 30 abr. 2026.



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. #Menos Telas #Mais Saúde: manual de orientação do Grupo de Trabalho Saúde na Era Digital – Atualização 2024. Rio de Janeiro: SBP, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/secom/pt-br/arquivos/2024_menostelas-maissaude_atualizado.pdf/view. Acesso em: 30 abr. 2026.

VALENTE, A. I. M. et al. Influência do uso de telas no desenvolvimento de crianças: uma revisão bibliográfica. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, São Paulo, v. 10, n. 12, p. 718–736, dez. 2024. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i12.17301>. Acesso em: 30 abr. 2026.





A Brinquedoteca Hospitalar como Espaço Psicopedagógico

» Josefa Gislaïne Marinho Gomes Freire

» Vitória Nunes Vidal

» Flávia Moura de Moura

» Lilian Kelly de Sousa Galvão

O ambiente hospitalar, embora voltado para o tratamento da saúde física, deve também considerar o desenvolvimento integral dos pacientes. A hospitalização prolongada pode interromper o processo de aprendizagem, afetando aspectos cognitivos, emocionais e sociais das crianças. Nesse contexto, a presença do psicopedagogo torna-se essencial para identificar e intervir nas dificuldades de aprendizagem decorrentes do processo de internação, oferecendo suporte psicopedagógico e emocional que fortaleça o vínculo da criança com o conhecimento.

A brinquedoteca hospitalar é um espaço educativo e terapêutico inserido em instituições de saúde, criada para garantir o direito da criança do brincar durante a internação. Regulamentada pela Lei n.º 11.104/2005, ela busca tornar o ambiente hospitalar mais acolhedor, favorecendo o



desenvolvimento integral e a continuidade do processo de aprendizagem (Brasil, 2005).

Com abordagem interdisciplinar e lúdica, a brinquedoteca possibilita que crianças internadas tenham acesso a atividades que contribuam para o seu nivelamento escolar e bem-estar emocional e social. Ao integrar práticas psicopedagógicas e recreativas, estimula-se a aprendizagem por meio do brincar, da interação e da construção significativa do conhecimento, respeitando o ritmo e as necessidades individuais de cada criança.

O brincar, mediado por profissionais da saúde e da educação, constitui um instrumento de humanização do cuidado, contribuindo para a formação de vínculos afetivos e promoção do bem-estar emocional (Oliveira; Palmeira, 2018). Além disso, o ato de brincar tem sido reconhecido como recurso terapêutico capaz de diminuir ansiedade, medo e insegurança, favorecendo a adaptação ao ambiente hospitalar (Leite et al., 2021).

Pesquisas indicam que a brinquedoteca hospitalar exerce funções múltiplas, como estimular o desenvolvimento cognitivo, psicomotor e social, bem como, facilitar a aprendizagem e a expressão emocional (Hodecker et al., 2019). Nesse ambiente, o brincar assume dimensão simbólica e educativa, permitindo que a criança compreenda e reelabore as experiências vividas durante a internação.

A brinquedoteca deve ser flexível, contemplando tanto atividades coletivas quanto individuais. As ações em grupo favorecem a socialização e o sentimento de pertencimento; os atendimentos individuais possibilitam ao psicopedagogo trabalhar dificuldades específicas, como flexibilidade cognitiva,



atenção e memória. Assim, o brincar ultrapassa a recreação e se transforma em ferramenta terapêutica e pedagógica.

A atuação psicopedagógica ganha destaque nesse processo. O psicopedagogo articula brincar e aprender, promovendo experiências significativas mesmo fora da escola. Seu trabalho consiste em compreender como cada criança aprende, ressignificar vivências e apoiar o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social durante a internação. Também adapta atividades lúdicas às necessidades individuais, estimulando habilidades como atenção, memória, linguagem e raciocínio lógico.

Para isso, são utilizadas práticas lúdicas que favorecem a aprendizagem de forma leve e prazerosa, garantindo a participação ativa das crianças e o desenvolvimento de competências cognitivas, sociais e emocionais.

Assim, a brinquedoteca hospitalar se consolida como ambiente que promove saúde e desenvolvimento, ressignificando o espaço hospitalar e contribuindo para um cuidado centrado na criança, em suas emoções e potencialidades. O objetivo deste capítulo é analisar o papel da brinquedoteca hospitalar na promoção de aprendizagens significativas e no acolhimento emocional, destacando a atuação psicopedagógica como mediadora entre o brincar, a aprendizagem e o bem-estar infantil.

O espaço da brinquedoteca

A brinquedoteca, composta por espaços segmentados, possibilita o desenvolvimento integral da criança ao estimular a linguagem, imaginação, socialização, motricidade e bem-estar



emocional. Arantes, Manhães e Cunha (2021) destacam que essa segmentação deve contemplar áreas para leitura, jogos e diferentes formas de expressão, contribuindo de maneira específica para o crescimento infantil.

Organização das atividades

A organização das atividades na brinquedoteca hospitalar deve ser sistematizada e adequada à etapa de desenvolvimento das crianças, considerando limitações físicas, emocionais e cognitivas. Para isso, recorre-se a referenciais como os estágios do desenvolvimento cognitivo de Jean Piaget - sensório-motor, pré-operatório, operatório concreto e operatório formal (Papalia; Martorell, 2022). As propostas precisam respeitar as capacidades de interpretação, interação e execução de cada paciente.

As atividades podem ser alinhadas às competências da Base Nacional Comum Curricular (BNCC) e às demandas específicas do período de internação, como campanhas educativas e datas comemorativas (Brasil, 2018). Esse planejamento deve ocorrer de forma interdisciplinar, fortalecendo o vínculo entre paciente, família e equipe.

Devido à rotatividade dos pacientes, as atividades precisam ser constantemente adaptadas. Embora os objetivos sejam mantidos, a abordagem varia conforme a faixa etária, o nível de desenvolvimento e o estado emocional e físico. Trabalhar empatia, por exemplo, pode envolver fantoches com crianças menores e dinâmicas de grupo com adolescentes. Assim, a brinquedote-



ca ultrapassa a recreação e torna-se espaço de aprendizagem, acolhimento e reabilitação psicossocial (Angelo; Vieira, 2010).

A seleção dos materiais utilizados requer atenção às normas de biossegurança. Objetos compartilhados devem ser evitados ou rigorosamente higienizados. Pelúcias, devido à dificuldade de limpeza, não são recomendadas. Prioriza-se o uso de brinquedos plásticos, laváveis e de fácil desinfecção. Atividades confeccionadas pela equipe devem ser plastificadas.

O psicopedagogo precisa atuar com sensibilidade e flexibilidade ao organizar as ações. Os objetivos educacionais não devem se sobrepor às necessidades emocionais do paciente. Imposições podem gerar resistência e comprometer o vínculo (Núñez et al., 2022). O planejamento deve ser dinâmico, humanizado e atento às singularidades de cada criança.

Organizar atividades na brinquedoteca implica integrar ludicidade, biossegurança, teoria do desenvolvimento humano e intencionalidade psicopedagógica. Quando bem estruturado, esse espaço torna-se dispositivo de promoção de saúde integral, inclusão, expressão, aprendizagem e ressignificação da hospitalização.

Papel do psicopedagogo na brinquedoteca hospitalar

O psicopedagogo atua na interface entre educação e saúde, contribuindo para o desenvolvimento global da aprendizagem (Associação Brasileira de Psicopedagogia, 2019). Sua presença é fundamental na equipe que compõe a



brinquedoteca. Juntamente com o pedagogo, pode propor atividades lúdicas articuladas aos conteúdos escolares, evitando prejuízos decorrentes da internação. Em casos prolongados de internação, atua como mediador entre família, escola e criança, adaptando atividades curriculares ao ritmo e às limitações do paciente.

Além das aprendizagens formais, o psicopedagogo estimula funções executivas, como memória, atenção, flexibilidade cognitiva, tomada de decisão, controle inibitório e autorregulação (Guimarães; Mezzomo; Bertoldo, 2020). Tais habilidades podem ser trabalhadas por meio de histórias, desafios cognitivos e dinâmicas coletivas.

Durante a formação, esse profissional desenvolve competências relacionadas à área da saúde, o que lhe permite compreender patologias e psicopatologias que acometem os pacientes. Esse conhecimento favorece a adaptação das atividades às características cognitivas, emocionais e motoras de cada criança, contribuindo para o bem-estar e inclusão (Bonamigo, 2025).

Ao estimular autonomia, autoestima e participação ativa, o psicopedagogo também contribui para a redução de ansiedade e angústia geradas pela hospitalização. Essas ações podem repercutir positivamente na evolução clínica, favorecendo adaptação e engajamento (Abazari et al., 2025).

As atividades realizadas permitem observar aspectos relevantes para a compreensão do estado geral do paciente. A partir da observação das interações e comportamentos, o psico-



pedagogo fornece informações importantes à equipe multiprofissional, favorecendo um acompanhamento mais individualizado.

Assim, a brinquedoteca torna-se espaço de pertencimento e ressignificação da hospitalização. Por meio da atuação psicopedagógica, transforma-se em ambiente de acolhimento, continuidade do desenvolvimento e garantia de direitos educacionais e afetivos, em consonância com o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.º 8.069/1990).

Considerações finais

O ambiente hospitalar é tradicionalmente associado ao sofrimento e ao afastamento social, fatores que podem prejudicar a aprendizagem formal de crianças e adolescentes. Ainda assim, a brinquedoteca surge como um espaço capaz de ressignificar essa vivência ao oferecer um ambiente lúdico que contribui para o desenvolvimento cognitivo, emocional e social.

Quando o psicopedagogo integra a equipe hospitalar e atua na brinquedoteca, desempenha um papel essencial na estimulação de habilidades cognitivas e na promoção do bem-estar. Sua intervenção favorece a continuidade dos processos de aprendizagem, a expressão emocional e a reconstrução de experiências interrompidas pela internação.

A prática psicopedagógica deve estar fundamentada em teorias que sustentem as técnicas utilizadas, sempre acompanhada de empatia, respeito às singularidades e definição de objetivos claros, porém flexíveis às demandas do contexto hospitalar.



Conclui-se que a brinquedoteca hospitalar, entendida como um espaço psicopedagógico, configura uma estratégia humanizadora e integradora, capaz de minimizar os impactos da hospitalização e promover o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes, mesmo diante das adversidades do adoecimento e do tratamento.

Referências

ABAZARI, L. et al. Experiences of children during hospitalization: content analysis of interviews and paintings. *BMC Pediatrics*, v. 25, p. 1-9, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12887-025-05529-4>. Acesso em: 14 abr. 2026.

ÂNGELO, T. S. de.; VIEIRA, M., M. R. R. Brinquedoteca hospitalar: da teoria à prática. *Rev. Arq Ciência Saúde*, v. 17, n. 2, p. 84-90, 2010. Disponível em: <https://busqueda.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-617454>. Acesso em: 14 abr. 2026.

ARANTES, L. C.; MANHÃES, L. S.; CUNHA, T. C. O. A Contribuição da Brinquedoteca para o Desenvolvimento da Criança na Educação Infantil. *Revista Perspectivas Online: Humanas e Sociais Aplicadas*, v. 11, n. 30, p. 1-16, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25242/8876113020212271>. Acesso em: 14 abr. 2026.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOPEDAGOGIA. *Código de Ética do Psicopedagogo*. São Paulo, 2019.



BONAMIGO, G. Z. A Intervenção Psicopedagógica Diante das Dificuldades de Aprendizagem. *Rev. Gênero e Interdisciplinaridade*, v. 6, n. 3, p. 97 - 114, 2025. DOI: <https://doi.org/10.51249/gei.v6i03.2524>. Acesso em: 14 abr. 2026.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Lei n. 11.104, de 21 de março de 2005. *Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 mar. 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. *Base Nacional Comum Curricular*. Brasília, 2018.

GUIMARÃES, A. A.; MEZZOMO, C. L.; BERTOLDO, J. V. Contribuições interdisciplinares de psicopedagogia e fonoaudiologia na potencialização de funções executivas superiores em crianças com transtornos de aprendizagem. *Revista Educação e Linguagem*, v. 9, n. 16, p. 462-481, 2020. DOI: <http://doi.org/10.33871/22386084.2020.9.16.462-481>. Acesso em: 14 abr. 2026.

HODECKER, M. et al. A brinquedoteca enquanto ambiente restaurador para a criança hospitalizada: uma análise interativa. *Revista de Ciências Humanas*, v. 53, p. 1-16. 2019. DOI: <https://doi.org/10.5007/2178-4582.2019.e57292>. Acesso em: 14 abr. 2026.

LEITE, L. et al. Avaliação da influência da brinquedoteca na redução da ansiedade infantil. *Research, Society and Development*, v. 10. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11808>. Acesso em: 14 abr. 2026.

NÚÑEZ, L. et al. The therapeutic relationship and change processes in child psychotherapy: a qualitative, longitudinal study of the views of children, parents and therapists. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, v. 25, n. 1, p. 103-117. DOI: <https://doi.org/10.4081/ripppo.2022.556>. Acesso em: 14 abr. 2026.



OLIVEIRA, T., PALMEIRA, A. As funções do brincar para criança hospitalizada. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, v. 7, p. 89-100. 2018. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpd.v7i1.1800>. Acesso em: 14 abr. 2026.

PAPALIA, D. E.; MARTORELL, R. D. *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed, 2022.





Ludicidade como estratégia para o desenvolvimento de crianças com câncer

» Kézia de Santana Rufino

» Flávia Moura de Moura

O câncer infantil provoca diversas mudanças na vida da criança, incluindo os aspectos físicos, sociais e acadêmicos. O tratamento impacta diretamente a rotina infantil, alterando o cotidiano e a vida escolar, pois as frequentes ausências às aulas, motivadas por consultas médicas e pelos efeitos dos procedimentos, podem comprometer significativamente a aprendizagem.

Pereira et al. (2023) afirmam que a evolução acadêmica vai além da competência intelectual, exigindo também motivação, interações sociais e o reconhecimento das singularidades de cada indivíduo. Crianças em tratamento oncológico, por sua vez, são frequentemente afastadas de espaços fundamentais para seu desenvolvimento, o que pode impactar diferentes dimensões de sua aprendizagem e desenvolvimento.

Diante da ausência dos espaços educativos formais, os familiares tornam-se agentes essenciais no processo de

aprendizagem e desenvolvimento, atuando como mediadores e transmissores do conhecimento no ambiente doméstico. Nesse sentido, as atividades lúdicas configuram-se como um recurso importante para favorecer a continuidade do desenvolvimento da criança, contribuindo também para amenizar os impactos da hospitalização.

A criança em desenvolvimento

Segundo Papalia e Martorell (2022), o desenvolvimento infantil constitui uma rede complexa e dinâmica, marcada por transformações simultâneas nos domínios físico, cognitivo e psicossocial, todos interligados e influenciados pela interação entre hereditariedade e ambiente.

De acordo com Piaget (1976), o desenvolvimento infantil não depende apenas de fatores genéticos ou ambientais; exige a presença constante das características biológicas aliada às experiências práticas vivenciadas em espaços como a família, a escola e o ambiente cultural. Assim, a aprendizagem e a constituição do sujeito podem ser compreendidas como resultado da relação entre aspectos biológicos e experiências sociais.

Compreender como ocorre o desenvolvimento infantil é fundamental para criar estratégias que favoreçam o alcance das habilidades esperadas e previnam prejuízos decorrentes da ausência de vivências em ambientes adequados. Nesse processo, a presença ativa da família, de educadores e de profissionais da saúde é essencial para estimular a motivação e o engajamento da criança, oferecendo um ambiente acolhedor e seguro.



A família representa o primeiro núcleo social da criança e é responsável por oferecer estímulos fundamentais nos primeiros meses de vida, que servirão de base para as interações em outros contextos. Os vínculos familiares são fortes aliados na promoção de habilidades como autonomia, identidade, autoconceito e gestão das emoções, à medida que favorecem o acolhimento e a compreensão.

Consequências do tratamento do câncer

Conforme Souza et al. (2021), o tratamento oncológico e a hospitalização prolongada provocam o afastamento de atividades que fazem parte da rotina da criança, como brincar, frequentar a escola e conviver com amigos e familiares. Nesse contexto, podem ocasionar prejuízos no âmbito social e emocional, contribuindo para mudanças na dinâmica familiar.

Conforme Araújo (2019), a hospitalização pode gerar efeitos negativos na vida de crianças e adolescentes, afastando-os de ambientes sociais, vínculos e amizades fundamentais para a construção da identidade. Além destes prejuízos, tem-se ainda um impacto emocional, como o medo ocasionado por exames e procedimentos médicos, a tristeza pela limitação nas interações e brincadeiras, a irritabilidade devido às mudanças na rotina, além da baixa autoestima e da perda de autonomia.

Segundo Lima et al. (2024), após o tratamento do câncer em pacientes com leucemia linfoblástica aguda (LLA), foram observados prejuízos em habilidades relacionadas ao



desenvolvimento, como flexibilidade cognitiva, memória de trabalho e atenção sustentada. Considerando todos os impactos que a doença e o tratamento trazem ao desenvolvimento, faz-se necessário intervenções que minimizem estes prejuízos.

Os efeitos do brincar

A brincadeira representa para a criança uma zona segura e acolhedora, na qual pode se expressar livremente, incorporando suas características e particularidades. Segundo Souza et al (2022), por meio da atividade lúdica, a criança pode compreender o tratamento de forma menos dolorosa e aversiva, dessa forma, tornando-se uma aliada no desenvolvimento do bem-estar. O brincar, portanto, constitui um recurso essencial, pois oferece à criança hospitalizada momentos para esquecer — ainda que temporariamente — o tratamento doloroso e as emoções negativas que o acompanham.

O ato de brincar é um alicerce fundamental para o desenvolvimento infantil, influenciando diretamente habilidades cognitivas, emocionais, sociais e motoras. De acordo com Alves e Silva (2023), é por meio da brincadeira, que a criança compreende o mundo, constrói conhecimentos e estabelece vínculos sociais. Através dessas experiências, ela avança em seu desenvolvimento de forma integral.

Embora pareça simples, a brincadeira é uma atividade séria, pois envolve disposição, motivação e engajamento da criança. Vygotsky (1998) compreende o brincar como uma forma de expressão de sentimentos e de participação ativa



nas experiências vividas, constituindo um importante meio de produção de conhecimento. Assim, as atividades lúdicas ultrapassam a função de distração e configuram-se como um recurso terapêutico eficaz, capaz de gerar impactos significativos na vida da criança hospitalizada.

A família constitui o primeiro grupo social da criança e exerce influência decisiva em seu desenvolvimento. É no convívio familiar que emergem as primeiras oportunidades de exploração do mundo, bem como a aprendizagem de regras, papéis sociais e formas de interação. Nesse sentido, o brincar em família configura-se como um elemento fundamental para o desenvolvimento integral da criança, sendo especialmente relevante mesmo em contextos de adoecimento e hospitalização.

A participação da família nas atividades lúdicas pode ser incentivada, contribuindo tanto para o fortalecimento dos vínculos afetivos quanto para o desenvolvimento da criança. Para isso, é fundamental que a equipe de saúde atue de maneira orientadora, destacando a importância do brincar e sugerindo jogos e brincadeiras adequados às diferentes etapas do desenvolvimento infantil e condições físicas da criança.

Assim, o ambiente domiciliar pode torna-se um espaço essencial para a promoção do bem-estar e da continuidade do desenvolvimento da criança com câncer. O brincar em família, assume um papel ainda mais relevante, pois possibilita à criança momentos de leveza, expressão e reconexão com aspectos saudáveis de sua infância. Brincadeiras simples, adaptadas à condição física da criança, podem estimular



habilidades importantes e proporcionar sensação de autonomia e competência.

Além dos benefícios para o desenvolvimento, o brincar em família fortalece os vínculos afetivos, promovendo segurança emocional e sensação de pertencimento. Em meio às incertezas do tratamento, esses momentos de interação ajudam a reduzir o estresse e a ansiedade, contribuindo para a melhoria do humor e da qualidade de vida da criança. A presença ativa dos familiares nas brincadeiras também demonstra cuidado, atenção e amor, aspectos fundamentais para o enfrentamento da doença.

Portanto, incentivar o brincar em casa entre a criança com câncer e sua família é uma estratégia essencial para promover saúde integral. Mesmo diante dos desafios, esses momentos lúdicos representam oportunidades valiosas de desenvolvimento, acolhimento emocional e fortalecimento das relações familiares, tornando o processo de tratamento mais humanizado e significativo.

Considerações finais

O câncer infantil provoca mudanças profundas na vida da criança, impactando seu desenvolvimento e bem-estar. Embora os avanços nos tratamentos oncológicos pediátricos sejam significativos, ainda persistem lacunas no cuidado integral. Considerando que o desenvolvimento infantil é contínuo e que cada fase exige estímulos específicos, torna-se essencial promover ações que ultrapassem a dimensão biomédica do cuidado. É necessário oferecer oportunidades que minimizem os



prejuízos decorrentes da hospitalização e favoreçam experiências positivas, envolvendo os familiares no processo de cuidado e capacitando-os para atuar de forma segura, afetiva e efetiva por meio do brincar.

Referências

ARAÚJO, K. S. X. et al. Estratégias educacionais no ambiente hospitalar: um estudo na pediatria do hospital universitário Lauro Wanderley. 2021. 175 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021. Disponível em: [https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/22352/1/KathySouzaXavierDeAra%.](https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/22352/1/KathySouzaXavierDeAra%c3%bajo_Dissert.pdf)

DOS SANTOS ALVES, Edinalva Rosa; DA SILVA, Eva Rodrigues. A importância na brincadeira na educação infantil. *ISCI Revista Científica*, p. 32.

CARVALHO, F.; ALMEIDA, R. Atividades lúdicas e a ressignificação do adoecimento em crianças hospitalizadas. *Revista de Psicologia e Saúde*, v. 12, n. 1, p. 70-80, 2021. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n5-041>. Acesso em: 30 abr. 2026.

DE LIMA, P. S. et al. Estudo neuropsicológico preliminar de crianças com câncer em atendimento pedagógico hospitalar. *Revista Psicopedagogia*, v. 41, n. 125, p. 251-276, 2024. DOI: <https://doi.org/10.51207/2179-4057.20240016>. Acesso em: 30 abr. 2026.

PAPALIA, D. E.; MARTORELL, G. Desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artmed, 2022.

PEREIRA, C. I. P. et al. Impactos psicossociais e na qualidade de vida do tratamento oncológico em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 69, n. 3, p. e123888, 2023. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n3.3888> Acesso em: 30 abr. 2026.



PIAGET, J.; MERLONE, M. A equilibração das estruturas cognitivas: problema central do desenvolvimento. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

SOUZA, R. L. A. et al. A hospitalização na percepção de crianças e adolescentes em tratamento oncológico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 42, p. e20200122, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200122>. Acesso em: 30 abr. 2026.

SOUZA, L. S. et al. O lúdico no processo de hospitalização das crianças com câncer. *LICERE - Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer*, v. 25, n. 1, p. 171-199, 2022. DOI: <https://doi.org/10.35699/2447-6218.2022.39075>. Acesso em: 30 abr. 2026.

VYGOTSKY, L. S. A formação social da mente. São Paulo: Martins Fontes, 1998.





Socialização Parental no Ambiente Hospitalar

» Cleomayra Tomaz da Silva

» Lilian Kelly de Sousa Galvão

A socialização parental pode ser entendida como um conjunto de práticas educativas que os responsáveis utilizam com seus filhos (Baumrind, 1997).

Em específico, serão abordados durante este capítulo quatro estilos parentais: estilo autoritativo, pais caracterizados por terem altos níveis de exigência com seus filhos e que são abertos para ouvir e atendê-los; estilo autoritário, são pais que apresentam alta cobrança para os seus filhos mas que não são abertos a diálogo e afeto com eles; estilo permissivo, seriam os responsáveis definidos pela literatura como os que ouvem e atendem aos filhos, mas que possuem pouca ou nenhuma regra clara com eles; e estilo negligente, pais que não possuem regras claras nem ouvem e atendem seus filhos (MacCoby; Martin, 1983).

Os estilos parentais utilizados pelos responsáveis interferem diretamente no desenvolvimento infantil, em países ocidentais o que apresenta melhores resultados para as crianças é o estilo Autoritativo (Riany; Cuskelly; Meredith, 2017).



Apesar dos estilos serem mais consistentes em atitudes, valores e comportamentos (Baumrind, 1997), eles podem modificar a depender de variáveis externas como renda familiar, quantidade de filhos, idade dos filhos e até o ambiente em que a família está inserida (Baumrind, 1997; Silva, 2025).

O ambiente de hospitalização infantil é repleto de incertezas tanto para as crianças como para seus cuidadores (Compas *et al.*, 2012). Com o medo, os pais podem ficar ainda mais rigorosos com a criação dos seus filhos levantando a questão de qual é o estilo parental predominantemente utilizado por pais de crianças em contexto de hospitalização e se o estilo parental adotado interfere no comportamento da criança hospitalizada.

Diante disso, torna-se relevante compreender como os estilos parentais se manifestam em contextos de hospitalização infantil e quais implicações trazem para o comportamento e o processo de adaptação da criança hospitalizada. Especificamente: (1) Levantar e sintetizar estudos que investigaram a predominância de estilos parentais em pais/cuidadores de crianças hospitalizadas e (2) Discutir de que forma os diferentes estilos parentais influenciam o comportamento, a adaptação e o desenvolvimento emocional e social da criança hospitalizada, bem como sua adesão ao tratamento e relação com a equipe de saúde.

Evidências empíricas sobre estilos parentais em contexto hospitalar

Ao pesquisar em locais como *PubMed*, *Google Scholar* e *Consensus*, é possível notar a escassez de estudos que abordam



a relação entre esses construtos e ainda mais difícil encontrar estudos que tragam qual o estilo predominante nesse contexto.

Entretanto, a pouca literatura disponível indica que, entre pais de crianças de 3 a 18 anos com doenças crônicas, o estilo parental autoritativo é menos frequente, mas, quando presente funciona como mediador entre a resiliência familiar e o bom ajuste psicológico da criança (Qiu *et al.*, 2021). Isso sugere que famílias que conseguem manter práticas autoritativas mesmo em situações de crise, como a hospitalização e o enfrentamento da doença, tendem a favorecer uma adaptação mais positiva da criança.

Ainda assim, é importante reconhecer que essa evidência provém de um estudo conduzido na China, um contexto sociocultural distinto do brasileiro. Além disso, o estudo não se concentra especificamente em períodos de hospitalização, mas em pais de crianças com doenças crônicas de modo geral, condições que podem envolver internações de curta ou longa duração. Diante disso, permanecem necessárias investigações que examinem como as práticas parentais se transformam durante internações prolongadas, especialmente porque o comportamento do cuidador influencia diretamente tanto a aceitação da hospitalização quanto os comportamentos positivos apresentados pela criança internada (Qiu *et al.*, 2021).

Outro estudo abordou a predominância das dimensões parentais em pais de crianças hospitalizadas com idade entre 6 e 12 anos. Os resultados indicaram que dimensões parentais com calor/afetividade e suporte obtiveram os escores mais elevados entre os participantes, configurando-se como aspectos protetivos.



Em contrapartida, práticas caracterizadas por controle físico, hostilidade e controle frouxo correlacionaram-se positivamente com sintomas psicossociais, como ansiedade, comportamentos regressivos e dificuldades de comunicação (Ekim; Altun, 2024). Estilos que apresentam altos níveis de afetividade e suporte são os estilos autoritativo e permissivo.

Por outro lado, apesar desse estudo apresentar resultados extremamente relevantes, é uma pesquisa transversal que não aborda as consequências do estilo a longo prazo.

Ao comparar os achados de Qiu *et al.* (2021) e Ekim e Altun (2024), observa-se que ambos os estudos reforçam o papel determinante dos estilos parentais sobre o ajustamento emocional e comportamental de crianças em contexto de adoecimento e hospitalização.

No estudo de Qiu *et al.* (2021), realizado com famílias chinesas de crianças com doenças crônicas, o estilo autoritativo foi identificado como mediador positivo entre a resiliência familiar e o ajustamento psicossocial infantil, embora tenha sido o estilo menos frequente entre os participantes.

Já Ekim e Altun (2024), ao investigarem pais de crianças em hospitalização aguda, observaram predominância de estilos marcados por altos níveis de afetividade e suporte, características centrais tanto do estilo autoritativo quanto do permissivo, mas também constataram que dimensões de controle rígido e hostilidade, típicas do estilo autoritário, estavam associadas a maiores níveis de ansiedade, regressão e dificuldades de comunicação nas crianças.



Dessa forma, não há contradição entre os achados. Enquanto Qiu *et al.* demonstram que o equilíbrio entre regras claras, afeto e diálogo – elementos próprios do estilo autoritativo – favorece o desenvolvimento emocional da criança, Ekim e Altun evidenciam que o excesso de controle e a falta de responsividade emocional podem intensificar o sofrimento psicológico durante a hospitalização.

As diferenças entre os contextos estudados ajudam a compreender essa complementaridade, visto que o trabalho de Qiu *et al.* (2021) aborda famílias que convivem com o adoecimento crônico, nas quais a exposição prolongada à doença pode levar ao esgotamento da resiliência e à diminuição de práticas autoritativas, já o estudo de Ekim e Altun (2024) retrata a hospitalização aguda, marcada por estresse intenso e imprevisibilidade, que tende a acionar respostas parentais mais emocionais e protetivas. Assim, ambos os estudos evidenciam que a qualidade da relação entre pais e filhos, mais do que o controle em si, é o fator decisivo para a adaptação infantil ao ambiente hospitalar.

No Brasil, uma pesquisa transversal entrevistou pais de crianças hospitalizadas na faixa etária de 6 meses a 13 anos e analisou práticas parentais relacionadas à alimentação durante hospitalização, identificou-se a predominância do estilo parental indulgente, caracterizado por altos níveis de afetividade e responsividade, porém com baixa exigência e controle, presente em cerca de 64% da amostra (Zampieri, 2023).

Esse achado revela uma tendência de os cuidadores adotarem estratégias mais permissivas e acolhedoras durante a



hospitalização, o que pode refletir uma tentativa de minimizar o sofrimento infantil e reduzir conflitos em um contexto de vulnerabilidade emocional.

Embora o estudo se concentre na socialização parental alimentar, seus resultados evidenciam como as práticas parentais podem se flexibilizar em ambientes hospitalares, priorizando o afeto e a responsividade do que o uso de regras e disciplina rígidas em aspectos cotidianos, como a alimentação.

Essa predominância do estilo indulgente, observada em contexto brasileiro, aproxima-se dos achados de Ekim e Altun (2024), que também identificaram elevados índices de comportamentos parentais afetivos e de suporte durante a hospitalização, sugerindo que o ambiente hospitalar tende a mobilizar práticas mais emocionais e protetivas, moduladas pelo estresse e pela busca de bem-estar da criança.

Implicações do estilo parental para criança hospitalizada

Os achados das pesquisas revisadas sugerem que os estilos parentais exercem influência direta sobre o comportamento e o bem-estar emocional da criança em contexto de hospitalização, atuando como fatores moduladores do ajustamento infantil (Ekim; Altun, 2024; Qiu *et al.*, 2021; Zampieri, 2023).

De maneira geral, o contexto hospitalar funciona como um fator estressor que mobiliza diferentes práticas parentais e o modo como os pais exercem o cuidado, seja por meio



de afeto e diálogo ou por controle e rigidez, o que impacta significativamente a experiência da criança durante a internação.

Sobre o estilo autoritativo, pesquisas indicam que práticas parentais caracterizadas pelo equilíbrio entre exigência, afeto e diálogo promovem maior adaptação emocional e cooperação da criança. Em estudos, o estilo autoritativo foi associado a melhor ajustamento psicossocial, atuando como mediador positivo da resiliência familiar além de favorecer comportamentos positivos, redução da ansiedade e melhor comunicação das crianças hospitalizadas, indicando que mesmo em situações de estresse, a combinação de afeto, regras claras e diálogo contribui para que a criança se sinta segura, cooperativa e emocionalmente ajustada. (Qiu *et al.*, 2021; Ekim; Altun, 2024).

Acerca do estilo permissivo estudos mostram que práticas parentais marcadas por alta responsividade e afeto, mas baixa exigência, tendem a priorizar o conforto e o bem-estar imediato da criança e reduzir sofrimento e conflito infantil e que, da mesma forma, dimensões afetivas elevadas contribuem para diminuir sintomas de ansiedade e regressão (Ekim; Altun, 2024; Zampieri, 2023). No entanto, a ausência de regras claras pode limitar a capacidade da criança de internalizar limites, mesmo que o suporte emocional esteja presente.

No estilo autoritário, as práticas parentais caracterizadas por controle rígido e baixa responsividade têm consequências negativas para a criança hospitalizada, essas dimensões se associam a maiores níveis de ansiedade, regressão e dificuldades de comunicação. O excesso de disciplina sem envolvimento afetivo compromete o ajustamento emocional, dificultando a coope-



ração em procedimentos médicos e aumentando o sofrimento psicológico da criança durante a internação (Ekim; Altun, 2024).

O estilo negligente, embora amplamente descrito na literatura teórica, não foi identificado em nenhum dos estudos revisados; nenhum cuidador foi classificado como adotando práticas negligentes no contexto hospitalar.

O ambiente hospitalar, por sua própria natureza de vulnerabilidade e demanda por cuidado, mobiliza um nível mínimo de envolvimento parental. Mesmo pais normalmente negligentes podem adotar estratégias de cuidado mais protetivas e afetivas, evidenciando que o contexto atua como modulador das práticas parentais (Baumrind, 1997).

Portanto, compreender a dinâmica dos estilos parentais em contexto hospitalar é essencial para a atuação da equipe de saúde, fornecendo subsídios para intervenções que apoiem os cuidadores, promovam práticas parentais mais adaptativas e favoreçam a experiência emocional e comportamental da criança durante a hospitalização.

Considerações finais

O presente capítulo teve como objetivo compreender como os estilos parentais se manifestam em contextos de hospitalização infantil e quais implicações essas práticas exercem sobre o comportamento, a adaptação e o desenvolvimento emocional das crianças hospitalizadas. De maneira geral, os achados das pesquisas revisadas indicam que esse objetivo foi parcialmente alcançado, uma vez que, embora tenha sido



possível identificar padrões de prática parental e suas relações com o ajustamento infantil, ainda há escassez de estudos que investiguem de forma detalhada a predominância de estilos parentais nesse contexto.

Os principais achados acerca dos estudos revisados evidenciam que não há uma consensualidade acerca do predomínio de algum estilo em ambiente de hospitalização. O estilo utilizado varia a partir de diversos fatores como cultura do país, hospital, tipo ou gravidade da doença, entre outros aspectos.

Mas a literatura mostra de forma ampla que estilos que abordem afeto e diálogo (autoritativo e permissivo) favorecem a adaptação emocional, a redução de sofrimento e da ansiedade, a cooperação da criança com procedimentos médicos e a manutenção de comportamentos positivos. Entretanto, a ausência de regras claras pode limitar a internalização de limites pela criança.

Em contrapartida, práticas com controle rígido e baixa responsividade (autoritário) mostraram-se associadas a maiores níveis de ansiedade, regressão e dificuldades de comunicação, indicando que o excesso de disciplina sem afeto compromete o ajustamento infantil. Com isso, para a literatura, mesmo em ambiente de hospitalização pode-se inferir que o estilo parental mais adequado seria o Autoritativo.

Entre as limitações deste capítulo, destaca-se a escassez de pesquisas específicas sobre hospitalização infantil e socialização parental, especialmente em contexto brasileiro, e a predominância de estudos transversais que não permitem



inferir efeitos de longo prazo dos estilos parentais sobre o desenvolvimento de crianças internadas.

Diante disso, sugerem-se pesquisas futuras que aprofundem a análise da predominância de estilos parentais em contextos hospitalares diversos, considerando fatores culturais, socioeconômicos e a duração das internações. Além da produção de estudos longitudinais para compreender como as práticas parentais durante a hospitalização podem influenciar o desenvolvimento emocional e comportamental das crianças ao longo do tempo.

Referências

BAUMRIND, D. O encontro com a disciplina: questões contemporâneas. *Agressão e Comportamento Violento*, v. 2, p. 321-335, 1997.

COMPAS, B. E. et al. Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, v. 8, p. 455–480, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108>. Acesso em: 12 abr. 2026.

EKIM, A.; ALTUN, A. The relation between psychosocial symptoms and parenting styles in hospitalized children. *Jornal of Pediatric Nursing*, v. 77, p. e350–e355, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.04.051>. Acesso em: 12 abr. 2026.

MACCOBY, E. E.; MARTIN, J. A. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: MUSSEN, P. H.; HETHERINGTON, E. M. (Eds.). *Handbook of Child Psychology: Vol. 4. Socialization, Personality, and Social Development*. New York: Wiley, p. 1–101, 1983.



QIU, Y. et al. Family Resilience, Parenting Styles and Psychosocial Adjustment of Children With Chronic Illness: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychiatry*, v. 12, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.646421>. Acesso em: 12 abr. 2026.

RIANY, Y.; CUSKELLY, M.; MEREDITH, P. J. Parenting Style and Parent–Child Relationship: A Comparative Study of Indonesian Parents of Children with and without Autism Spectrum Disorder (ASD). *Revista de Estudos da Criança e da Família*, v. 26, p. 3559-3571, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0840-3> Acesso em: 12 abr. 2026.

SILVA, C. T. da Relação entre os estilos parentais maternos e o controle do tempo de telas de crianças. 2025. *Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicopedagogia)* – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2025. Trabalho não publicado.

ZAMPIERI, L. R. Estilos parentais na alimentação e fatores associados em crianças hospitalizadas. 2023. *Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Criança)* — Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/271326>. Acesso em: 12 abr. 2026.





CAPÍTULO 10

Câncer Infantil: impacto na família

» Alice Brasileiro Piquet da Cruz

» Flávia Moura de Moura

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2022), o câncer ultrapassou os óbitos por causas externas (acidentes) e agora representa a primeira causa de morte por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos, se igualando aos países desenvolvidos. Os tumores mais frequentes nessa faixa etária são três, as leucemias, que afetam os glóbulos brancos, os que atingem o sistema nervoso central e os linfomas, que afetam o sistema linfático. Apesar da abundante realização de estudos, as causas do câncer pediátrico ainda são desconhecidas, todavia, sabemos que um pequeno número de casos em crianças e adolescentes se deve a anormalidades genéticas e hereditárias. Atualmente, a utilização combinada de tratamentos aliados à melhor compreensão da biologia do câncer pediátrico vem aumentando significativamente as taxas de sobrevivência dos pacientes.

O câncer, grande causador de preocupação e medo na população, requer um longo e limitante processo de tratamento, onde a aquisição de incapacidades físicas e psicológicas é



bastante recorrente (Fernandes et al., 2019). Os procedimentos mais comuns aplicados em crianças são as cirurgias, para a remoção de tumores, a quimioterapia, altamente invasiva com o intuito de destruir as células cancerígenas e, por fim, a radioterapia, técnica menos agressiva usada para destruir ou inibir o crescimento dessas células (INCA, 2022). Seus principais efeitos colaterais são náusea, cansaço, perda de apetite e queda de cabelo. Este último, ao representar a principal mudança visual no corpo, afeta radicalmente a autoestima da criança, gerando uma enorme insegurança ao perder um grande símbolo de sua identidade. Sendo assim, é comum que comece a sentir vergonha ao aparecer em público, se isolando socialmente por receio de ser vista como alguém “diferente” (Oliveira et al., 2021).

O grande impacto trazido pela doença, relacionado ao receio e ao sofrimento, gera uma mudança drástica na rotina familiar da criança. Essa não mais conseguirá permanecer com os mesmos hábitos e atividades o que, por vezes, ocasiona um sentimento de desorientação e dúvida quanto à razão disso estar acontecendo em sua vida. Na maioria dos casos, além dos pais, é necessária uma mobilização entre os parentes para a efetivação do tratamento, levando em consideração a grande demanda trazida por ele (Fernandes et al., 2019). Aliado a isso, é imprescindível ressaltar que, no Brasil, a grande maioria da população vive em cidades que não dispõem de hospitais especializados para o tratamento do câncer, necessitando, por isso, um deslocamento para a cidade mais próxima a fim de realizar os procedimentos.

Vivências da mãe no cuidado da criança

Ao iniciar o tratamento, é muito provável que a mãe seja a responsável por acompanhar a criança, assumindo a rotina pesada de internações, medicamentos e idas ao hospital. Dessa forma, grande parte das genitoras acabam por abrir mão e deixar de lado seu emprego ou, até mesmo, seus estudos, passando a viver em função do seu filho e de suas necessidades (Costa et al., 2018). Além de acompanhar, ela contribui consideravelmente para o bem-estar e para a minimização da angústia e sofrimento da criança adoecida que, ao ter a mãe ao seu lado, sente a segurança necessária para colaborar com os procedimentos requeridos. Entretanto, essas cuidadoras, ocasionalmente, não têm seu papel reconhecido e, por essa razão, acabam por não receber o apoio e orientação necessária da equipe médica (Silva; Barros, 2019).

Em face ao diagnóstico do seu filho, a mãe enfrenta uma fase de incertezas, revolta e desesperança, diante da possibilidade de ter seu vínculo maternal interrompido pelo câncer (Costa et al., 2018). Por vezes, apresenta dificuldade em compreender que o ciclo vital tem chance de se inverter, já que a criança poderá morrer antes dela (Fernandes et al., 2019). Nesse contexto, por considerar seu filho como parte de seu corpo, a mãe imerge em um estado de crise existencial, vivenciando fases de luto como choque, negação e tristeza (Costa et al., 2018). Assim, como tentativa de evitar ser inundada por seus medos e dúvidas, grande parte delas se apegam à fé, buscando apoio e respostas na religião (Fernandes et al., 2019). A participação ativa em grupos religiosos dentro dos hospitais, formados pelas próprias mães, se



torna uma fonte de alívio e esperança, reduzindo sua ansiedade, estresse e sofrimento (Silva; Barros, 2019).

Outro pilar fundamental, utilizado como estratégia de enfrentamento pelas mães, é o convívio e a cooperação dentro das casas de apoio. A sensibilidade presente entre elas, assim como a disponibilidade de apoio e fortalecimento, acaba unindo-as em um só propósito, almejando a melhora de suas crianças (Silva; Barros, 2019). Ao formarem uma “nova família”, dentro desse lar, se permitem relacionar com a dor dos outros e, a partir disso, ressignificar sua própria dor, aliviando seus pensamentos e angústias. Poder compartilhar seus sentimentos com quem vivencia a mesma realidade, sem temer julgamentos ou precipitações, é imprescindível para uma melhor compreensão de si mesma e da doença do seu filho. Assim, ao partilharem seus conhecimentos sobre o câncer, terminam por formar mães mais experientes e aptas a auxiliar seus filhos e suas necessidades (Fernandes et al., 2019).

Nesse período de tratamento, as mães também acabam por não priorizar a si mesmas, negligenciando qualquer atividade prazerosa e individual que não esteja diretamente ou indiretamente ligada à criança. Essa sobrecarga eleva seu nível de cansaço e esgotamento mental e físico, favorecendo a instalação de mudanças fisiológicas como o comprometimento do sono e da alimentação (Costa et al., 2018). Por mais que muitas mães não enxerguem, abdicar de seus cuidados pessoais, prejudicando sua qualidade de vida, tem uma forte implicação na sua capacidade de cuidar do seu filho que, na grande maioria das vezes, requer bastante disposição e atenção (Silva; Barros, 2019). Ademais, esse



desgaste físico e emocional é reforçado pelo sentimento que as mães enfrentam ao se culparem por não terem percebido os sinais iniciais do câncer na criança e, na tentativa de amenizar este pesar, concedem-lhes todos os seus desejos e vontades, mesmo que isso lhe custe seu bem-estar (Fernandes et al., 2019).

O aumento dos custos trazidos pela hospitalização da criança é outro fator de grande dificuldade enfrentado pela mãe que, por vezes, precisou abrir mão de seu emprego para se dedicar à criança. Sendo assim, é necessário um reajustamento familiar, além de grande dedicação e disponibilidade, a fim de adquirir os subsídios requeridos ao tratamento do filho adoentado (Costa et al., 2018). Nesse cenário, é bastante comum que o pai passe a trabalhar em dobro, ou, até mesmo, que cheguem a necessitar da ajuda financeira de outros familiares a fim de cobrir as novas despesas. As famílias mais atingidas são aquelas que, mesmo antes do diagnóstico, já possuíam baixa renda familiar e dependiam fortemente do salário do cuidador, recebendo pouco ou nenhum apoio e benefícios financeiros (Silva; Barros, 2019).

Como forma de persistir e recarregar suas forças, as mães se apoiam no sentimento de esperança da cura do seu filho, por menor e mais improvável que seja, evitando que desanimem diante dos desafios a serem enfrentados. Adicionalmente, abstém-se de demonstrar fraqueza e insegurança para as crianças, acreditando serem sua principal fonte de força e resiliência, principalmente para as mais velhas que, ao terem capacidade de compreender os riscos da doença, necessitam de alguém que os incentive a acreditar na eficácia do tratamento (Fernandes et al., 2019). Já para as crianças mais novas, as



mães representam seu pilar de referência, ao passo que, por não entenderem o que a doença está lhe causando, sentem dificuldade em aceitar se submeter aos tratamentos, ficando a cargo de suas cuidadoras evidenciar sua importância e tornar todo o processo o mais leve possível. A sobrecarga emocional trazida por essa responsabilidade materna ocasiona diversas consequências físicas e emocionais, como ansiedade, depressão, distúrbio do sono e mudanças de apetite (Silva; Barros, 2019).

Vivências do pai no cuidado com a criança

Por outro lado, é essencial ressaltar o papel da figura paterna no processo do tratamento oncológico pediátrico. Apesar de ter sua importância reconhecida, os profissionais de saúde encontram diversos obstáculos a fim de inseri-los na rotina hospitalar, o que se explica pelo fato de que, geralmente, as mães assumem a posição de cuidadora do filho. Por serem homens, em algumas instituições, não são aceitos e bem vistos nas enfermarias coletivas, onde predominam as mães das crianças. Tendo isso em vista, comumente são negados como acompanhantes oficiais de seus filhos por terem sua presença representada como uma quebra de privacidade e de segurança para as mulheres (Polita *et al.*, 2017). Portanto, é explícito o preconceito enraizado dentro das alas hospitalares ao considerarem ser de direito do pai permanecer com a criança apenas em situações especiais, lhe excluindo e impedindo sua participação rotineira (Gomes *et al.*, 2008).



Apesar do seu desejo de estar presente durante o tratamento de seu filho, os pais acabam sendo generalizados à figura culturalmente masculina tida como agressiva e de difícil interação, dificultando sua “competição” com a sensibilidade e a compreensão feminina. Logo, na tentativa de transparecer a imagem esperada de um homem forte, os pais evitam demonstrar fraqueza e focam suas ações em proteger e sustentar sua família, embora esteja enfrentando um grande desequilíbrio emocional interiorizado (Polita *et al.*, 2017).

De um modo geral, ao vivenciar o tratamento do seu filho, o pai transforma sua visão de mundo e reavalia seus valores e paradigmas masculinos, de modo que a relação com a esposa e filhos seja valorizada. Outrossim, aumenta sua frequência na participação dos cuidados dos filhos, principalmente os irmãos sadios, compartilhando esse espaço que antes era de exclusividade materna (Polita *et al.*, 2017). Além disso, sentem-se pressionados como provedores da família, ao passo que, na maioria dos casos, o seu salário termina por ser o único sustento da casa (Gomes *et al.*, 2008). Apesar de todos os obstáculos, buscam aprender e compreender o câncer e os cuidados exigidos para uma boa recuperação, buscando o bem-estar e a cura de sua criança (Polita *et al.*, 2017).

Consequências nas relações com os pais

Além das dificuldades individuais enfrentadas por cada membro da família, o câncer infantil também desafia a estru-



ra do próprio relacionamento entre os pais. Apesar de muitos casais se unirem para enfrentar toda a adversidade, dividindo responsabilidades e se apoiando mutuamente, situações em que ocorre desentendimento e distanciamento também são bastante comuns. Isso se deve, principalmente, à dificuldade sentida em lidar com a tristeza e o medo do outro, resultando em um relacionamento mais tenso. Com a sobrecarga do tratamento, a falta de tempo para a própria relação leva os pais a se sentirem sobrecarregados e inundados pelo cansaço, aumentando gradativamente o sentimento de solidão. Essa falta de suporte mútuo, por sua vez, pode agravar o sofrimento de ambos e dificultar a resiliência da família como um todo (Rodrigues *et al.*, 2022).

Vivência dos irmãos

Apesar de não serem o centro das atenções tanto dos familiares quanto dos profissionais de saúde, os irmãos saudáveis das crianças com câncer são fortemente afetados por toda a mudança em sua rotina. Segundo Costa *et al* (2018), é bastante comum que esses irmãos possam adquirir sentimentos de abandono, rejeição, ansiedade em relação à própria saúde e sensação de exclusão das relações familiares, uma vez que o foco e o cuidado dos pais estão predominantemente no filho doente. Por vezes, sentem dificuldade em compreender a doença e suas consequências na vida do irmão que, provavelmente, começará a agir de maneira diferente ao não ter a mesma disposição para atividades que costumavam ser rotineiras. Outrossim, devido a essas limitações da criança doente, os pais cobram



que o irmão seja mais cuidadoso, prestativo e que adquira maior independência em relação aos seus cuidados pessoais, agravando consideravelmente seu estado emocional. Para os pais, é difícil compreender que, por mais que a criança não necessite ser supervisionada durante todo o dia, ela ainda está em fase de desenvolvimento e demanda cuidados e atenção para sua formação (Miceli, 2012).

Ao conviver com o irmão doente, eles acabam sendo levados a ter medo da aparição de sinais do câncer em si mesmos, notando qualquer pequena diferença em seu corpo e, imediatamente, relacionando-a aos sintomas presentes no seu irmão (Bezerra; Veríssimo, 2002). Isso se agrava devido à resistência por parte dos pais a falar abertamente para eles sobre a doença e, principalmente, de escutar as angústias e temores dessas crianças que, por vezes, necessitam de respostas e explicações para compreender a situação em que vivem (Miceli, 2012). Ademais, é bastante comum que até as necessidades básicas dos irmãos saudáveis, como ir ao pediatra e ao dentista, sejam postas de lado pelos responsáveis, por minimizá-las em relação às do seu irmão (Bezerra; Veríssimo, 2002).

Os pesquisadores Labay e Walco (2004) concluíram em seus estudos que, quanto mais empático é o irmão da criança adoentada, mais propenso ele é a desenvolver sintomas internalizantes, como depressão, ansiedade e isolamento social. Ao perceberem a grande carga emocional recaída sobre a família, acabam por reprimir seus próprios sentimentos, sem ao menos ter acesso às ferramentas e ao suporte necessário para processá-los. Assim, é imprescindível compreender que o câncer não atinge



apenas a criança doente, mas coloca seus irmãos em alto risco de dificuldades psicológicas, tendo que enfrentar uma grande carga emocional que, na maioria dos casos, é negligenciada por seus responsáveis e pelos profissionais de saúde (Schmit, 2008). Acompanhar de perto seu desenvolvimento, conversando e estando aberto a esclarecer quaisquer dúvidas e curiosidades sobre o câncer, é crucial para evitar a aparição de traumas e transtornos mentais futuros (Bezerra; Veríssimo, 2002).

Vivência dos avós

O câncer infantil não se restringe ao núcleo familiar imediato. Em um cenário em que pais e irmãos enfrentam uma sobrecarga emocional, física e financeira, a família estendida emerge como um suporte crucial. Nesse contexto, os avós assumem um papel vital, embora vivenciem um duplo sofrimento: a dor de ver seus próprios filhos (os pais) sofrendo com a doença do neto e a angústia de acompanhar o adoecimento da criança. Apesar de suas próprias dores, eles assumem um papel vital no suporte prático, financeiro e emocional da família, muitas vezes precisando substituir os pais na criação dos outros filhos. Contudo, a dedicação desses cuidadores muitas vezes passa despercebida pela equipe de saúde e até pelos próprios familiares, deixando-os vulneráveis a um grande desgaste físico e emocional, sem o apoio necessário para processar suas próprias angústias (Santos; Correia, 2021).



Considerações finais

Conforme discutido neste trabalho, a trajetória do câncer infantil é vivenciada por toda a família, que se vê imersa em transformações profundas, desafios contínuos e sofrimentos compartilhados. Embora os avanços da medicina tenham elevado as taxas de cura, é essencial reconhecer que a superação da doença depende igualmente da saúde mental e do equilíbrio emocional de todos os envolvidos. Cuidar de uma criança com câncer implica, inevitavelmente, cuidar também de seus familiares, daqueles que a acompanham no cotidiano e sustentam sua rotina de vida. Somente com esse olhar ampliado é possível transformar uma jornada marcada por luta e resiliência em uma história de recuperação mais plena e significativa.

Referências

- BEZERRA, S. L.; VERÍSSIMO, M. L. O. R. A experiência de ser irmão de uma criança doente e hospitalizada: uma análise da literatura. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 29-35, 2002. DOI: <https://doi.org/10.31508/1676-3793200200003>. Acesso em: 30 de abr. 2026.
- COSTA, M. A. D. J. et al. Experiências de mães de crianças com câncer em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 12, n. 5, p. 1355–1364, maio de 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a235877p1355-1364-2018>. Acesso em: 30 de abr. 2026.
- FERNANDES, M. A. et al. Representações sociais por mães com filhos em tratamento de câncer. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, [S. I.], v. 89, n. 27, p. 1–7, 2019. Disponível em: <http://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/418/487>. Acesso em: 30 de abr. 2026.



GOMES, G. C.; LUNARDI FILHO, W. D.; ERDMANN, A. L. Percepções da equipe de enfermagem em relação ao pai como cuidador. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 29, n. 8, [set. 2008]. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6771/4075>. Acesso em: 30 de abr. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Estimativa 2023–2025: Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br>. Acesso em: 30 abr. 2026.

LABAY, L. E.; WALCO, G. A. Brief report: empathy and psychological adjustment in siblings of children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, [S. l.], v. 29, n. 4, p. 309–314, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsh032>. Acesso em: 30 de abr. 2026.

MICELI, A. V. P.; ZORNIG, S. M. A. J. Câncer infantojuvenil: o trauma dos irmãos. *Tempo Psicanalítico*, [S. l.], v. 44, n. 1, p. 11-26, 2012.

OLIVEIRA, C.; GAMEIRO, M. Reações à queda do cabelo e estratégias de enfrentamento dos adolescentes com doença oncológica. *Revista de Enfermagem Referência*, Coimbra, v. 5, n. 5, p. 1-10, 2021. Disponível em: https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=3578&codigo=. Acesso em: 30 de abr. 2026.

POLITA, N. B. et al. Care provided by the father to the child with cancer under the influence of masculinities: qualitative meta-synthesis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 71, n. 1, p. 185-194, jan./fev. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0671>. Acesso em: 30 de abr. 2026.

RODRIGUES, E.; SOUZA, A. C. B. O impacto da doença na dinâmica conjugal e familiar em famílias de crianças e adolescentes com câncer. *Revista de Psicologia*, [S. l.], v. 13, n. 42, p. 119-130, 2022.

SANTOS, A.; CORREIA, M. A. O papel dos avós no cuidado da criança com câncer. *Revista de Enfermagem de Referência*, Coimbra, v. 4, n. 16, p. 11-20, 2021.



SCHMITT, F. et al. Multinational study of cancer patients and their children: factors associated with family functioning. *Jornal of Clinical Oncology*, [S. l.], v. 26, p. 5877–5883, 2008.

SILVA, I. C. B. da; BARROS, M. M. M. A. de. Experiências de familiares cuidadores de crianças e adolescentes com câncer. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, Santiago, v. 19, n. 1, p. 35–48, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2019.49807>. Acesso em: 30 de abr. de 2026.





Exaustão Parental e Hospitalização

» Cleomayra Tomaz da Silva

» Lilian Kelly de Sousa Galvão

A parentalidade envolve um conjunto complexo de demandas físicas, emocionais e cognitivas que exigem constante adaptação. Em contextos de vulnerabilidade, como o da hospitalização de um filho, o papel dos pais pode tornar-se fonte de intenso estresse, sobrecarga e sofrimento psicológico (Franck *et al.*, 2015). A rotina hospitalar, as incertezas quanto ao estado clínico da criança e as mudanças nas dinâmicas familiares são fatores que frequentemente colocam os pais diante de seus próprios limites emocionais (Zdun-Ryżewska *et al.*, 2021).

Nesse cenário, a exaustão parental tem se destacado como um fenômeno relevante para compreender as repercussões do cuidado intensivo sobre o bem-estar dos cuidadores (Zdun-Ryżewska *et al.*, 2021).

A partir disso, questiona-se como o contexto de hospitalização interfere nos níveis de exaustão parental dos pais de crianças hospitalizadas e quais estratégias de enfrentamento podem ser abordadas para essa melhora.



Assim, este capítulo tem como objetivo discutir, utilizando da literatura já existente, as relações entre exaustão parental e hospitalização infantil, explorando as consequências para a criança internada e estratégias de enfrentamento.

Exaustão parental: conceito e manifestações

A semelhança entre os termos exaustão parental e burnout parental frequentemente gera confusões conceituais. Essa aproximação decorre do fato de que o burnout, amplamente estudado, descreve um estado de esgotamento físico e emocional muito próximo à ideia de exaustão.

No contexto da parentalidade, o burnout parental caracteriza-se por um desgaste intenso que leva o cuidador a se afastar emocionalmente dos filhos, como resultado da sobrecarga e das dificuldades cotidianas envolvidas no ato de cuidar e educar (Lin *et al.*, 2023). Já a exaustão parental pode ser compreendida como um sentimento persistente de fadiga e saturação diante das demandas impostas pelo papel parental (Mikolajczak; Gross; Roskam, 2020). Nesse sentido, a exaustão pode ser vista como uma das dimensões do burnout, mas este último abrange um conjunto mais complexo de manifestações que incluem, além da exaustão, sentimentos de ineficácia e distanciamento afetivo.

A literatura indica que a exaustão parental surge quando há um desequilíbrio entre as demandas do papel de cuidador e os recursos disponíveis para enfrentá-las (Roskam; Brianda; Mikolajczak, 2018). Fatores como falta de apoio social, isolamento,

rigidez de papéis de gênero, perfeccionismo parental e ausência de autocuidado são apontados como riscos importantes (Zdun-Ryżewska *et al.*, 2021). Situações em que os pais precisam manter vigilância constante sobre a saúde e o bem-estar dos filhos, como ocorre em doenças crônicas ou hospitalizações prolongadas, tendem a acentuar esse estado de exaustão e desgaste emocional.

A hospitalização infantil e a família

A hospitalização de uma criança representa uma experiência crítica para o sistema familiar, marcada por incertezas, angústia e desorganização da rotina. O ambiente hospitalar, envolvido por normas, ruídos, procedimentos invasivos e linguagem técnica, pode gerar nos cuidadores uma sensação de perda de controle e vulnerabilidade (Klinepeter *et al.*, 2024; Vasa; Hagopian; Kalb, 2020).

Os pais, especialmente as mães, assumem frequentemente o papel de acompanhantes permanentes, ficando responsáveis por atender às necessidades físicas e emocionais da criança. Essa dedicação, embora necessária, acarreta privação de sono, isolamento social e negligência do autocuidado, configurando um cenário propício à sobrecarga emocional e ao desenvolvimento de altos níveis de exaustão (Zdun-Ryżewska *et al.*, 2021).

Estudos mostram que cuidadores de crianças internadas apresentam níveis elevados de estresse, especialmente quando as hospitalizações são longas ou frequentes. Especificamente,



mães de filhos hospitalizados apresentam níveis mais elevados de exaustão parental quando comparadas àquelas cujos filhos não estão internados (Roskam; Brianda; Mikolajczak, 2018).

Além dos efeitos individuais, a hospitalização impacta a estrutura familiar, alterando a dinâmica de papéis e a comunicação entre os membros. O cuidador que permanece no hospital vivencia uma realidade paralela, enquanto o outro, que permanece em casa, lida com responsabilidades adicionais. Essa divisão pode gerar conflitos, sentimentos de culpa e isolamento emocional, potencializando a vulnerabilidade do grupo familiar (Zdun-Ryżewska *et al.*, 2021).

Interseções entre exaustão parental e hospitalização

A hospitalização infantil é um contexto que intensifica os fatores de risco associados à exaustão parental. A permanência prolongada em ambiente hospitalar, a imprevisibilidade do quadro clínico e a necessidade de adaptação constante a protocolos e rotinas médicas exigem dos pais um esforço emocional contínuo. Tais condições favorecem o surgimento de sentimentos de impotência, frustração e exaustão (Lestari; Lee; Hayati, 2023; Mikolajczak; Gross; Roskam, 2020).

Estudos recentes indicam que pais de crianças hospitalizadas apresentam níveis de burnout parental mais elevados do que pais de crianças saudáveis, esse desgaste está frequentemente associado à ausência de redes de apoio, à falta

de descanso adequado e à percepção de ineficácia no papel de cuidador (Zdun-Ryżewska *et al.*, 2021).

Contudo, alguns fatores podem atuar como mediadores, como a resiliência familiar, o suporte social e a comunicação empática com a equipe de saúde (Qiu *et al.*, 2021). Quando os cuidadores se sentem acolhidos e reconhecidos, sua percepção de competência parental aumenta, reduzindo o risco de exaustão e melhorando a qualidade do vínculo com a criança hospitalizada.

Consequências para as crianças internadas

A presença dos pais ou cuidadores durante a hospitalização é extremamente importante para que a criança receba uma rede de apoio para o momento delicado que ela está passando e que assim consiga responder de forma mais receptiva ao tratamento (Silva; Barros, 2019).

Essa relação torna-se mais aparente considerando que estudos indicam que as crianças conseguem perceber a emoção dos pais e cuidadores e internalizá-las, tanto positivas (segurança, confiança, tranquilidade) como negativas (ansiedade, exaustão, desconforto) (Rast *et al.*, 2022; Ribeiro; Ferreira; Lima, 2025).

Com isso, pais que demonstram maiores níveis de exaustão, ansiedade e afins, seus filhos tendem a apresentar mais comportamentos de resistência ao tratamento, com isso, dificultando o processo e tornando-se mais traumático do que o que já é esperado (Lestari; Lee; Hayati, 2023).

Por outro lado, pais que demonstram estarem mais tranquilos e menos irritados seus filhos são mais receptivos às propostas da equipe hospitalar, fazendo com que, por mais que seja um ambiente desafiador, essa experiência torne-se menos desafiadora (Lestari; Lee; Hayati, 2023).

A partir disso, vê-se a necessidade que haja estratégias de como combater, de forma precoce, sentimentos negativos que permeiam os cuidadores de crianças hospitalizadas, como sentimentos de exaustão.

Estratégias e possibilidades de intervenção

O reconhecimento da exaustão parental como um fenômeno legítimo e multifatorial é um passo fundamental para o desenvolvimento de estratégias de intervenção efetivas. Diversos autores destacam a importância do suporte psicossocial e institucional como fator protetivo diante do desgaste parental em contexto de hospitalização tanto para mães típicas como atípicas (Barbalho *et al.*, 2023; Rangel; Moreira, 2024).

Programas de acolhimento familiar em hospitais, grupos de apoio emocional e práticas de psicoeducação sobre o cuidado e o autocuidado são recursos que contribuem para fortalecer os cuidadores (Rast *et al.*, 2022; Ribeiro; Ferreira; Lima, 2025).

Abordagens inspiradas no modelo de *Family-Centered Care* têm se mostrado eficazes ao valorizar a participação da família no tratamento e ao reduzir sentimentos de impotência e exaustão (Kuo *et al.*, 2012).



Investir em práticas que promovam a resiliência parental, o equilíbrio emocional e o fortalecimento do vínculo afetivo é fundamental. Isso inclui o incentivo ao descanso, o compartilhamento de responsabilidades e o reconhecimento do papel do cuidador como parte integrante do processo terapêutico.

Considerações finais

A exaustão parental, especialmente em contextos atípicos como o de hospitalização infantil, revela-se como um fenômeno multidimensional, atravessado por fatores emocionais, sociais e institucionais. A partir desse capítulo foi possível discutir que a hospitalização de uma criança representa não apenas uma experiência médica, mas também um evento crítico de natureza psicossocial, capaz de impactar profundamente não só aspectos emocionais da criança como também o equilíbrio emocional e a dinâmica familiar.

A exaustão parental surge do desequilíbrio entre as demandas do cuidado intensivo e os recursos disponíveis para enfrentá-las, sendo agravada pela falta de apoio social, pelo isolamento e pelas longas permanências hospitalares. Entretanto, fatores como a resiliência familiar, o suporte emocional, a comunicação empática com a equipe de saúde e os modelos de cuidado centrado na família podem mitigar os efeitos desse esgotamento e favorecer o bem-estar dos cuidadores e das crianças, visto que os filhos percebem e internalizam sentimentos negativos dos seus cuidadores, levando a modificações de comportamentos.



Apesar dos avanços na compreensão teórica do fenômeno, ainda são escassas as pesquisas que investigam as especificidades da exaustão parental em contextos hospitalares brasileiros, especialmente em unidades pediátricas de longa permanência. Há, portanto, necessidade de estudos qualitativos e longitudinais que explorem o impacto das variáveis culturais, de gênero e institucionais sobre o esgotamento dos cuidadores, bem como avaliações de programas de intervenção voltados à promoção da saúde mental parental.

Referências

BARBALHO, M. B. da S. et al. Desafios enfrentados pelos profissionais de saúde no hospitalização de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, v. 16, n. 11, p. 26136–26154, 2023. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.11-081>. Acesso em: 5 out. 2025

FRANCK, L. S. et al. Predictors of parent post-traumatic stress symptoms after child hospitalization on general pediatric wards: a prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, v. 52, n. 1, p. 10-21, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.011>. Acesso em: 13 out. 2025.

KLINPETER, E. A. et al. A “whole child approach”: parent experiences with acute care hospitalizations for children with autism spectrum disorder and behavioral health needs. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 56, p. 532-546, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06573-2>. Acesso em: 4 out. 2025.

LESTARI, A. W.; LEE, C. K.; HAYATI, H. The impact of parental psychological distress on child behavior issues in hospitalized children. *La Pediatria Medica e Chirurgica: Medical and Surgical Pediatrics*, v. 45, n. 1, 2023. DOI: <https://doi.org/10.4081/pmc.2023.311>. Acesso em: 13 out. 2025.



LIN, Y. et al. The mediating role of perceived social support: alexithymia and parental burnout in parents of children with autism spectrum disorder. *Frontiers in Psychology*, v. 14, p. 1139618, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1139618>. Acesso em: 13 out. 2025.

MIKOLAJCZAK, M.; GROSS, J.; ROSKAM, I. Parental Burnout: What Is It, and Why Does It Matter? *Ciência Psicológica Clínica*, v. 7, n. 6, p. 1319-1329, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2167702619858430>. Acesso em: 13 out. 2025.

QIU, Y. et al. Family resilience, parenting styles, and psychosocial adjustment of children with chronic illness: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, v. 12, 2021. DOI: doi.org/10.3389/fpsyg.2021.646421. Acesso em: 13 out. 2025.

KUO, D. Z.; HOUTROW, A. J.; ARANGO, P.; KUHLTHAU, K. A.; SIMMONS, J. M.; NEFF, J. M. Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and Child Health Journal*, v. 16, n. 2, p. 297-305, fev. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>. Acesso em: 13 out. 2025.

RANGEL, C. M.; MOREIRA, M. B. Capacitação profissional: promovendo atendimento e tratamento humanizado para crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista no sistema hospitalar. *Brasília: Instituto Walden*, 2024. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/377724554>. Acesso em: 5 out. 2025.

RAST, J. E. et al. Internações hospitalares para jovens autistas e jovens com outras deficiências. *Pediatrics*, v. 149, n. S4, p. S1-S6, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049437R> . Acesso em: 13 out. 2025.

RIBEIRO, M. E.; FERREIRA, G. A. B.; LIMA, Á. M. de. Intervenções de enfermagem para redução de estresse para crianças do espectro autista durante internação hospitalar. *Unils Acadêmica*, v. 2, p. 16, 2025. Disponível em: <https://revista.unils.edu.br/index.php/files/article/view/49>. Acesso em: 6 out. 2025.



ROSKAM, I.; BRIANDA, M. E.; MIKOLAJCZAK, M. A step forward in the conceptualization and measurement of parental burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). *Frontiers in Psychology*, v. 9, p. 758, 2018. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00758>. Acesso em: 13 out. 2025.

SILVA, I. C. B. da; BARROS, M. M. M. A. de. Experiências de familiares cuidadores de crianças e adolescentes com câncer. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, Santiago, v. 19, n. 1, p. 35–48, 2019. DOI: <http://doi:10.5354/0719-5346.2019.49807>. Acesso em: 12 out. 2025.

VASA, R. A.; HAGOPIAN, L.; KALB, L. G. Investigando a crise de saúde mental em jovens com transtorno do espectro autista. *Autism Research*, v. 13, n. 1, p. 112–121, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/aur.2224>. Acesso em: 5 out. 2025.

ZDUN-RYŻEWSKA, A. et al. Preditores de estresse parental durante a hospitalização de uma criança. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 22, p. 12019, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph182212019>. Acesso em: 13 out. 2025.





CAPÍTULO 12

Desafios na Adaptação Curricular para Estudantes com Câncer

- » Mayara Ferreira de Freitas
- » Flávia Moura de Moura
- » Lilian Kelly de Sousa Galvão

A escolarização de crianças e adolescentes com câncer constitui um desafio significativo para sistemas educacionais, famílias e profissionais de saúde (Vitorino; Linhares; Minardi, 2005). O diagnóstico e o tratamento da doença produzem um conjunto de discontinuidades na vida cotidiana, como o afastamento da escola, hospitalizações prolongadas, efeitos cognitivos e emocionais para além dos físicos, que exigem uma reorganização do processo de ensino e aprendizagem (Lima *et al.*, 2018). A educação, enquanto direito universal, deve ser garantida mesmo em contextos de adoecimento, o que implica repensar o currículo de forma flexível, inclusiva e adaptada às condições de cada estudante (Santos *et al.*, 2024).

Nos últimos anos, cresce o reconhecimento de que a permanência escolar durante o tratamento oncológico não se resume à oferta de conteúdos, mas envolve acolhimento,



reintegração social e continuidade de vínculos (Martins; Garcia, 2022). Estudos apontam que o retorno à escola após o tratamento é um momento de grande vulnerabilidade, marcado por insegurança, mudanças na autoimagem e dificuldades cognitivas decorrentes das terapias (Viero *et al.*, 2014). Nesse cenário, a adaptação curricular emerge como estratégia central para assegurar a inclusão educacional desses estudantes, possibilitando que aprendam em seu próprio ritmo e de acordo com suas novas condições físicas e emocionais.

Tipos de afastamento escolar e desafios específicos

Os estudantes com câncer podem enfrentar diferentes tipos de afastamento escolar. Alguns permanecem em casa por períodos curtos ou intermitentes devido a consultas médicas, por exemplo; enquanto outros são hospitalizados por semanas ou meses, sendo completamente afastados da rotina escolar. Em situações de imunossupressão grave, o estudante não pode frequentar a escola por motivos de saúde, o que exige ensino domiciliar ou hospitalar (Silva *et.al.*, 2023).

Contudo, nem todos os hospitais possuem classes hospitalares ou psicopedagogos para dar continuidade à aprendizagem, e muitas famílias não dispõem de recursos financeiros para contratar profissionais particulares (Martins; Garcia, 2022). Esses diferentes tipos de afastamento demandam estratégias específicas de adaptação curricular e apoio educacional, considerando que a experiência da criança e do



adolescente varia de acordo com a duração do afastamento, o impacto físico e emocional da doença e a disponibilidade de recursos institucionais (Silva *et.al.*, 2023).

Desafios Pedagógicos e Metodológicos

O primeiro e mais premente desafio reside na variabilidade e imprevisibilidade da condição de saúde do estudante. O tratamento oncológico (quimioterapia, radioterapia, cirurgias) acarreta uma série de efeitos colaterais que flutuam em intensidade, como náuseas, fadiga, dores, imunossupressão (Dumas *et al.*, 2023) e alterações cognitivas (conhecidas como *chemobrain*) (Werk, 2025). Tais fatores impactam diretamente a disponibilidade do aluno para a aprendizagem e a temporalidade do ensino.

Ou seja, o professor, atuante nesses espaços, precisa de um currículo extremamente flexível, que se ajuste diariamente ao estado físico e emocional do aluno, o que implica em um rompimento com o tempo escolar rígido e a necessidade de adaptações metodológicas a todo instante (Silva *et.al.*, 2023).

Contudo, um obstáculo para a efetivação dessa adaptação é a falta de comunicação entre os setores da saúde e da educação. De acordo com Vasconcelos (2015), muitos professores não recebem informações adequadas sobre o estado clínico do estudante, os possíveis efeitos cognitivos ou as limitações físicas que possam interferir no aprendizado. Essa ausência de diálogo



dificulta o planejamento pedagógico individualizado e gera insegurança tanto em docentes quanto em familiares.

Outro desafio diz respeito à formação dos professores. Pesquisas apontam que a maioria dos docentes sente-se despreparada para lidar com estudantes em tratamento oncológico ou em processo de reabilitação (Vasconcelos, 2015). Em muitos casos, as escolas desconhecem quais adaptações são legalmente permitidas ou pedagogicamente adequadas, como flexibilização de avaliações, prorrogação de prazos e redução de carga horária (Vasconcelos, 2015). A ausência de diretrizes claras faz com que a adaptação curricular dependa, frequentemente, da sensibilidade e da iniciativa individual de cada professor.

Por fim, há desafios estruturais e institucionais, especialmente nas redes públicas de ensino. Muitas escolas não dispõem de recursos como aulas domiciliares, tecnologia assistiva, atendimento educacional hospitalar ou acompanhamento psicopedagógico. Mesmo quando tais serviços existem, a falta de articulação entre as políticas de saúde e educação dificulta sua continuidade (Viero *et al.*, 2014).

A adaptação curricular, portanto, vai além da simples redução de conteúdo. Ela implica uma reorganização completa do trabalho didático-pedagógico, abrangendo objetivos, conteúdos, metodologia e, fundamentalmente, a avaliação (Oliveira; Delou, 2023).



Práticas e estratégias para a adaptação

Entre as práticas mais comuns, destaca-se a flexibilização dos objetivos de aprendizagem, priorizando competências essenciais e ajustando expectativas de acordo com o ritmo e a condição do estudante. Outra estratégia consiste na modificação de conteúdos, selecionando tópicos que podem ser trabalhados em menor volume, sem comprometer a sequência pedagógica da turma.

A adaptação de métodos de ensino também é fundamental. Pode incluir atividades individualizadas, uso de tecnologias educativas. Quando disponíveis, classes hospitalares ou atendimento domiciliar oferecem suporte pedagógico especializado, garantindo continuidade de aprendizagem e acompanhamento individualizado (Silva *et.al.*, 2023).

Outro aspecto central é a flexibilização das avaliações, que pode envolver provas orais, trabalhos digitais, prorrogação de prazos ou avaliação contínua, adaptada às condições de saúde do estudante. Complementarmente, a integração de apoio psicopedagógico e emocional é essencial, permitindo que o aluno desenvolva autoestima, motivação e engajamento, fatores determinantes para a efetividade das adaptações (Martins; Garcia, 2022).

Ademais, práticas de integração social e manutenção de vínculos com a turma são recomendadas, como participação em encontros virtuais ou projetos colaborativos, garantindo que o estudante continue inserido no contexto escolar e social, mesmo diante do afastamento físico. Essas estratégias mostram que a



adaptação curricular é um processo dinâmico, personalizado e multifacetado, voltado para a inclusão plena do estudante no ambiente educativo.

Por fim, Bereta e Geller (2021) mostram que algumas disciplinas exigem estratégias específicas, como matemática e ciências, que podem ser mais desafiadoras em ensino remoto. Soluções incluem kits de experimentos em casa, *softwares* interativos, videoaulas práticas ou simulações digitais, garantindo que a aprendizagem ocorra mesmo sem acesso ao laboratório ou ao ambiente escolar tradicional.

Tecnologias educativas para continuidade curricular

Nota-se que, quando o estudante é afastado completamente da escola, a continuidade da aprendizagem depende de estratégias alternativas, como ensino domiciliar ou hospitalar. Nesse contexto, as tecnologias educativas surgem como ferramentas essenciais: plataformas de ensino remoto, videoaulas, materiais digitais interativos e aplicativos de acompanhamento pedagógico permitem que o estudante mantenha contato com conteúdos escolares, professores e colegas, mesmo à distância (Cristian, 2025; Rangel *et al.*, 2024).

Pesquisas indicam que, quando bem mediadas, essas tecnologias não apenas preservam a aprendizagem, mas também fortalecem a motivação do aluno, que frequentemente demonstra grande vontade de continuar estudando, participando de atividades e se sentindo parte da rotina escolar, apesar das



limitações impostas pelo câncer (Bruscato, 2023). Assim, a integração de recursos digitais, associada a apoio pedagógico remoto e orientação mínima às famílias, representa uma alternativa viável para garantir inclusão e continuidade educacional em contextos de vulnerabilidade e isolamento prolongado (Borba, 2025).

Perspectiva do estudante e a família

É importante destacar que muitas crianças e adolescentes com câncer demonstram forte desejo de continuar estudando, mesmo em contextos de afastamento ou limitações físicas. Estudos qualitativos revelam que o contato com conteúdos escolares e com colegas funciona não apenas como meio de aprendizagem, mas também como mecanismo de preservação da identidade, autoestima e rotina (Martins; Rezende, 2023). O engajamento do estudante deve, portanto, ser considerado na elaboração de estratégias pedagógicas, garantindo que as adaptações sejam centradas no aluno e não apenas em critérios institucionais.

Além disso, a família desempenha papel central na adaptação curricular, atuando como mediadora entre o estudante e a escola. No entanto, muitos pais não recebem orientação adequada sobre como apoiar o aprendizado em casa ou durante hospitalização, o que pode gerar insegurança e sobrecarga (Martins; Garcia, 2022). Oferecer capacitação mínima ou orientação pedagógica aos familiares é uma prática



recomendada, especialmente para estudantes em ensino domiciliar ou hospitalar.

Considerações finais

Em síntese, a adaptação curricular para estudantes com câncer exige uma abordagem flexível, individualizada e integrada, que considere os aspectos físicos, cognitivos, emocionais e sociais de cada aluno. Vai além da simples redução de conteúdos, envolvendo reorganização de objetivos, metodologias e avaliação, apoio psicopedagógico, uso de tecnologias educativas, classes hospitalares ou ensino domiciliar, e manutenção de vínculos com a turma. O envolvimento da família, a articulação multidisciplinar entre saúde e educação, a formação docente contínua e políticas públicas inclusivas são fundamentais para garantir a continuidade da aprendizagem, motivação e reintegração social do estudante. Assim, assegurar o direito à educação nesse contexto não apenas promove o desenvolvimento acadêmico, mas também contribui para o bem-estar emocional, autoestima e inclusão plena de crianças e adolescentes em tratamento oncológico.

Referências

BERETA, M. S.; GELLER, M. Adaptação curricular no Ensino de Ciências: reflexões de professores de escolas inclusivas. *Revista Educação Especial*, Santa Maria, v. 34, 2021, e9/1-22. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/63190>. Acesso em: 06 out. 2025.



- BRUSCATO, L. Uso de TICs amplia a inclusão de alunos hospitalizados: reflexões e perspectivas para o ensino-aprendizagem. *Revista Educação, Tecnologia e Inclusão*, v. 1, n. 1, p. 1–12, 2023. Disponível em: <https://editoralcuri.com.br/index.php/ojs/article/view/74>. Acesso em: 09 out. 2025.
- CRISTIAN, H. Adaptação curricular e as contribuições das tecnologias educacionais no ensino básico. *International Integralize Scientific*, v. 5, n. 46, abr. 2025. Disponível em: <https://iiscientific.com/artigos/905036>. Acesso em: 05 out. 2025.
- DUMAS, A. et al. Estudo descritivo transversal da avaliação cognitiva de crianças de um ambulatório de oncologia pediátrica no Rio de Janeiro, Brasil, 2022-2023. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 71, n. 4, p. e–125082, 2025. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2025v71n4.5082> Acesso em: 28 set. 2025.
- HENZEL RICHTER, A. P.; CERUTTI, E. A Base Nacional Comum Curricular e as Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação: Ampliando o olhar sobre as (con)divergências. *Dialogia*, n. 41, 2022. DOI: 10.5585/41.2022.21737. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/dialogia/artide/view/21737>. Acesso em: 08 out. 2025.
- LIMA, F. et al. Estratégias de intervenção para adesão ao tratamento do câncer infantojuvenil: relato de caso. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 64, n. 3, 2018. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n3.49>. Acesso em: 07 mar. 2025.
- MARTINS, M. et al. Atendimento Escolar Hospitalar para estudantes em tratamento oncológico: o que dizem as pesquisas?. *Revista Eletrônica de Educação*, [S. l.], v. 16, p. e4581010, 2022. Disponível em: <https://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/4581>. Acesso em: 09 out. 2025.
- OLIVEIRA, W. M. de; DELOU, C. M. C. Práticas curriculares no âmbito da educação inclusiva: acessibilidade curricular, adaptação curricular e terminalidade específica. *Revista Educação Especial*, v. 36, n. 1, 2023, e11/1-26. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/71896>. Acesso em: 09 out. 2025.



RANGEL, M. L. et al. Impacto da tecnologia no desenvolvimento curricular. *Revista Ilustração*, v. 5, n. 7, 2024. DOI: <https://doi.org/10.46550/ilustracao.v5i7.359>. Acesso em: 08 out. 2025.

SANTOS, S. M. A. V. et al. Educação inclusiva: adaptação de estratégias de ensino para atender à diversidade. *Caderno Pedagógico*, Lajeado, v. 21, n. 3, p. e3276, 2024. DOI: <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n3-132>. Acesso em: 31 ago. 2025.

SILVA, S. S. et al. Flexibilização do currículo escolar na classe hospitalar como direito à educação. *Revista Acervo Educacional*, v. 5, 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/educacional/article/view/12855>. Acesso em: 02 out. 2025.

VASCONCELOS, S. M. F. Histórias de formação de professores para a Classe Hospitalar. *Revista Educação Especial*, v. 28, n. 51, p. 25-38, jan./abr. 2015. DOI: <https://doi.org/10.5902/1984686X9118>. Acesso em: 08 out. 2025.

VIERO, V. et al. Enfrentamentos da criança com câncer frente ao afastamento escolar devido internação hospitalar. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 4, n. 2, p. 331–340, ago. 2014. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769210956>. Acesso em: 09 out. 2025.

VITORINO, S. C. et al. Interações entre crianças hospitalizadas e uma psicóloga, durante atendimento psicopedagógico em enfermaria de pediatria. *Estudos de Psicologia (Natal)*, Natal, v. 10, n. 2, p. 267–277, maio 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2005000200014>. Acesso em: 09 abr. 2025.

WERK, R. S. Neurocognitive late effects among childhood cancer survivors: a holistic review of clinical risk factors. *Advances in Oncology*, Amsterdam, 2025. Disponível em: [https://www.advances-oncology.com/article/S2666-853X\(24\)00059-6/fulltext](https://www.advances-oncology.com/article/S2666-853X(24)00059-6/fulltext). Acesso em: 02 out. 2025.





PARTE II - PESQUISA E INTERVENÇÃO

Os capítulos que compõem esta parte adotam diferentes recortes metodológicos e empíricos, mas convergem ao evidenciar o caráter situado das práticas desenvolvidas no contexto hospitalar. Mais do que ilustrar pressupostos teóricos, os estudos tensionam e, em alguns casos, complexificam as próprias categorias analíticas mobilizadas ao longo do livro.

Ao trazer as vozes de crianças, cuidadores e extensionistas, esta seção desloca o foco da teoria para a experiência, permitindo compreender como o brincar e outras estratégias de cuidado se configuram na prática, em meio a limites institucionais, afetivos e contextuais.





CAPÍTULO 13

Brincar em Tempos de Dor: análise de diários de campo na oncologia pediátrica

» Lilian Kelly de Sousa Galvão

» Flávia Moura de Moura

Resumo

O projeto de extensão *Brincar para Melhorar*, vinculado à Universidade Federal da Paraíba, tem como objetivo favorecer o desenvolvimento de crianças e adolescentes em tratamento oncológico por meio de atividades lúdicas. No âmbito das ações do projeto, as extensionistas realizam registros sistemáticos dos atendimentos em Diários de Campo. A pesquisa analisou um conjunto de 120 laudas desses Diários de Campo, produzidas por cinco extensionistas, totalizando 340 registros realizados entre fevereiro e setembro de 2025. Com base na análise de conteúdo proposta por L. Bardin, emergiram categorias que evidenciam os múltiplos impactos do brincar no contexto hospitalar. Os resultados indicam que o brincar, além de preservar a dimensão infantil em meio ao adoecimento, configura-se como um recurso



terapêutico e formativo, gerando benefícios tanto para as crianças/adolescentes e suas famílias quanto para os futuros profissionais das áreas da saúde e da educação.

Palavras-chave: *brincar, pediatria, oncologia.*

O câncer infantil, embora menos prevalente do que em adultos, é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em crianças e adolescentes. Além do impacto físico, o adoecimento e a hospitalização repercutem de modo profundo nas dimensões emocionais, sociais e cognitivas da infância. Estudos indicam que a hospitalização pode gerar sentimentos de medo, insegurança, isolamento e ansiedade, comprometendo o desenvolvimento integral (Anders; Souza, 2009).

Nesse cenário, o brincar se coloca como recurso essencial. Mais do que passatempo, é ferramenta de expressão simbólica, elaboração de experiências difíceis, fortalecimento de vínculos e preservação da identidade infantil. Diferentes autores defendem que a ludicidade constitui elemento estruturante da infância, sendo ainda mais significativa em contextos de vulnerabilidade (Serrano, 2022). Pesquisas recentes indicam que o brincar no ambiente hospitalar exerce papel crucial no desenvolvimento e bem-estar infantil e adolescente: um estudo randomizado controlado com 75 crianças hospitalizadas mostrou que tanto a terapia de contação de histórias quanto a terapia de brinquedo reduziram significativamente a ansiedade (Abdi et al., 2025), enquanto uma revisão de 2023 demonstrou que intervenções lúdicas promovem bem-estar, reduzindo estresse e estimulando a expressão emocional (Signorelli et al., 2023). Esses achados



reforçam a relevância de incorporar práticas lúdicas como estratégia terapêutica em contextos hospitalares.

Foi fundamentado nesses achados teóricos e empíricos que surgiu, em 2023, o projeto de extensão Brincar para Melhorar, vinculado ao Departamento de Psicopedagogia da Universidade Federal da Paraíba. O projeto visa apoiar o desenvolvimento das crianças e adolescentes internados e formar estudantes extensionistas a partir da vivência prática no ambiente hospitalar.

Além das intervenções, o projeto prevê encontros de estudo e supervisão entre os extensionistas, visando articular teoria e prática, discutir casos e refletir sobre os desafios encontrados. Todos os atendimentos são registrados em diários de campo, que permitem monitorar os impactos da ação e realizar análises qualitativas. É exatamente a análise do Diário de Campo o objetivo central deste trabalho.

Projeto “Brincar para Melhorar”

O objetivo geral do projeto é proporcionar intervenções lúdicas que favoreçam o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes hospitalizados, preservando sua dimensão afetiva, cognitiva e social durante o processo de adoecimento. Entre os objetivos específicos, destacam-se: (1) realizar atividades lúdicas que estimulem habilidades cognitivas, motoras e socioemocionais; (2) favorecer a adaptação ao ambiente hospitalar com a construção de um ambiente mais humanizado; (3) apoiar os vínculos entre pacientes pediátricos, familiares e equipe de saúde; (4) oferecer espaço de formação prática



e reflexiva para estudantes extensionistas; (5) sistematizar e divulgar conhecimentos produzidos a partir da experiência.

As atividades do projeto são desenvolvidas semanalmente na ala pediátrica de um hospital, referência no atendimento oncológico, localizado na cidade de João Pessoa-PB. A equipe extensionista inicia o dia solicitando o SBAR (do inglês *Situation, Background, Assessment and Recommendation*), documento que reúne dados clínicos dos pacientes, como diagnósticos, restrições, procedimentos e condições para receber visitas. A partir dessas informações, selecionam-se os pacientes aptos ao atendimento e definem-se os recursos mais adequados.

Os materiais utilizados, como jogos, brinquedos, livros e materiais de pintura, são higienizados antes e após cada uso, respeitando protocolos de biossegurança. As atividades podem ser individuais, realizadas no leito, ou em pequenos grupos, conforme a disponibilidade clínica e o interesse das crianças. Todos os atendimentos são registrados em diários de campo. Além das intervenções, o projeto prevê encontros de estudo e supervisão.

Método

Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, pautada na análise de material textual. O estudo teve como objetivo compreender e sistematizar informações registradas durante as intervenções realizadas pelo Projeto “Brincar para Melhorar”.



Material

O corpus da pesquisa foi constituído por 120 laudas de Diário de Campo, redigidas pelas extensionistas do Projeto imediatamente após cada intervenção. Os Diários de Campo registraram observações, reflexões e percepções das extensionistas sobre o desenvolvimento das atividades e a interação com os participantes.

Procedimento

A coleta de dados ocorreu de forma contínua e participante, por meio do registro sistemático das experiências das extensionistas durante o desenvolvimento das atividades do Projeto. Cada intervenção foi documentada em tempo hábil, garantindo a fidelidade e a riqueza das informações observadas.

Análise de dados

A análise de conteúdo foi adotada como procedimento metodológico, seguindo os pressupostos de Bardin (2020). Inicialmente, os registros foram lidos exaustivamente, a fim de apreender o sentido global do material. Em seguida, com a participação de 3 juízes, realizou-se a categorização dos conteúdos, construindo categorias temáticas emergentes a partir dos dados, conforme preconiza a metodologia da análise de conteúdo. As categorias foram definidas de maneira sistemática, com o objetivo de identificar padrões, regularidades e significados presentes nos relatos das extensionistas.



Aspectos éticos

O estudo respeitou as normas éticas de pesquisa com seres humanos, considerando que os Diários de Campo não continham informações identificáveis dos participantes, mantendo sigilo e confidencialidade sobre os dados observados.

Resultados e Discussão

A seguir, apresentam-se categorias construídas a partir da análise dos registros do diário de campo, ilustradas com excertos narrativos que revelam a complexidade do brincar em ambiente hospitalar.

Atendimentos e Recursos utilizados

A análise dos registros do Diário de Campo abrangeu atendimentos realizados ao longo do período de fevereiro a setembro de 2025, totalizando 340 registros. O público atendido variou entre 1 e 16 anos, contemplando tanto atendimentos individuais no leito quanto em pequenos grupos nos espaços coletivos da enfermaria. Esse volume de atendimentos revela a sistematicidade da prática extensionista e a relevância do brincar como parte do cuidado humanizado em oncologia pediátrica.

No que se refere aos recursos utilizados, destacaram-se os jogos e as atividades de desenhos, pintura e massinha. Entre os jogos específicos, o UNO e o Lig 4 foram os mais utilizados, além do Tangram e do Relógio de Formas. Os livros também tiveram papel relevante, favorecendo tanto momentos de escuta



e imaginação quanto o diálogo entre extensionistas, pacientes e familiares.

Em uma revisão sistemática, pesquisadores identificaram que intervenções com jogos de tabuleiro e desenho estavam entre as mais eficazes para redução de ansiedade em crianças hospitalizadas (Li et al., 2016). De forma semelhante, outros autores reforçam que atividades simples, quando aplicadas de maneira estruturada, podem impactar diretamente no enfrentamento da hospitalização, reduzindo o estresse e preservando o desenvolvimento infantil (Burns-Nader; Hernandez-Reif, 2016).

Outro dado relevante foi a presença significativa de familiares, com menções, sobretudo as mães, seguido por pais ou avós participando ativamente das brincadeiras. Essa constatação reforça o caráter relacional do projeto, mostrando que o brincar hospitalar extrapola a dimensão individual e se torna espaço de fortalecimento de vínculos. Estudos internacionais corroboram esse resultado, apontando que a participação dos pais em atividades lúdicas, durante a hospitalização, aumenta a sensação de pertencimento e reduz sentimentos de impotência dos cuidadores (Çamur; Sarıkaya Karabudak, 2021). No Brasil, pesquisadores também observaram que o uso do brincar terapêutico promove diminuição da ansiedade não apenas em crianças, mas também em seus familiares, quando estes são envolvidos no processo (Silva *et al.*, 2017).

Além disso, a análise dos dados dos Diários de campo mostrou que o tempo médio das atividades variou conforme a condição clínica e a adesão das crianças: atendimentos individuais no leito duraram em média 30 minutos, enquanto jogos em



grupo extrapolam, de forma significativa, esse tempo. Essa variação confirma a necessidade de flexibilidade metodológica, já destacada por revisões de escopo sobre intervenções lúdicas hospitalares (Bratton et al., 2025).

Portanto, os dados quantitativos do diário de campo, aliados às evidências da literatura, demonstram que o projeto não apenas favorece o desenvolvimento e a expressão emocional, mas também possui caráter estruturado, com recursos diversificados, adesão familiar e impacto direto no bem-estar da criança hospitalizada.

Adesão e resistências ao brincar

O brincar, em ambiente hospitalar, mostrou-se permeado por diferentes formas de engajamento. Alguns pacientes resistiam ao convite, enquanto a grande maioria aderiu de imediato às propostas.

Um caso de resistência ocorreu com A. (8 anos): “Assim que nos aproximamos, ele expressou irritação e insatisfação, insistindo que não largaria o celular. Em determinado momento, chegou a arremessar objetos e se agitar na cama” (Diário de Campo, 03/02/2025). Contudo, os registros também apontam que ao final do atendimento, houve avanços sutis de aceitação, como olhares curiosos e sorrisos discretos durante a observação de jogos.

Exemplos de adesão imediata foram recorrentes. E. (4 anos), após uma coleta de sangue, mudou de humor ao interagir com o “Relógio de Formas”: “os olhos brilharam e ela repetiu a atividade várias vezes, nomeando cores e contando peças” (12/02/2025). Já A.L. (10 anos) demonstrou grande en-



tusiasmo durante uma partida de Lig 4, pulando e cantando a cada jogada (19/02/2025).

Outro exemplo foi J. (11 anos), que, diante do jogo UNO, rapidamente compreendeu as regras e pediu para continuar a atividade por mais tempo, evidenciando engajamento espontâneo e desejo de prolongar a brincadeira (01/07/2025).

Esses relatos evidenciam que a adesão depende não apenas da disposição da criança, mas também da habilidade do extensionista em respeitar o tempo, adaptar propostas e negociar o espaço do brincar. Estudos confirmam que a hospitalização impacta a motivação lúdica, exigindo estratégias flexíveis de aproximação (Bratton *et al.*, 2022).

Expressão emocional e enfrentamento

O brincar emergiu como espaço privilegiado para a expressão de sentimentos e enfrentamento da doença. Um dos casos mais significativos vivenciados no leito hospitalar foi o caso de B. (12 anos), aguardando amputação: “Estou feliz que vão cortar minha perna, porque não vou sentir mais dor. Estou contando os dias.” (Diário de Campo, 03/02/2025). Esse relato, que aconteceu durante um atendimento lúdico, mostra que o brincar pode ser um espaço seguro para compartilhar sentimentos e reelaborar vivências dolorosas.

A. (9 anos) verbalizou tristeza pela morte do pai enquanto desenhava, demonstrando saudade e vulnerabilidade emocional (03/02/2025). Outro exemplo foi M. (6 anos), que, ao brincar com bonecas, encenou procedimentos hospitalares como aplicar injeções e medir temperatura. A atividade funcionou



como dramatização simbólica, permitindo-lhe elaborar medos associados ao tratamento.

Esses casos confirmam a literatura que mostra o brincar como recurso terapêutico para expressão de emoções complexas, como dor, luto e medo (Li et al., 2016).

Fortalecimento de vínculos familiares

As atividades lúdicas frequentemente envolveram familiares, fortalecendo laços em meio à hospitalização.

A. (10 anos) jogou Lig 4 acompanhada da mãe, que demonstrou entusiasmo e apoio durante a atividade (19/02/2025). Em outra ocasião, B. (5 anos) participou de uma atividade de pintura e massinha junto com a avó, que incentivava e elogiava suas produções, compartilhando com as extensionistas os interesses do neto e fotos (24/03/2025).

No caso de E. (4 anos), o pai entrou na brincadeira de massinha, “trouxe outros itens para enriquecer a brincadeira, incluindo acessórios para simular um consultório de dentista e uma cozinha”, criando um momento de interação afetiva (18/03/2025).

Esses exemplos mostram que o brincar hospitalar transcende o cuidado à criança, criando oportunidades de fortalecimento das relações familiares. Estudos apontam que atividades lúdicas em hospitais aumentam a sensação de participação dos pais no cuidado e reduzem sentimentos de impotência (Silva et al., 2017).



Desenvolvimento cognitivo e psicomotor

O brincar hospitalar também se configurou como estímulo ao desenvolvimento cognitivo e psicomotor. E. (4 anos) explorou formas, cores e contagem no “Relógio de Formas”. J. (11 anos) trabalhou raciocínio lógico e memória no UNO, antecipando jogadas e refletindo sobre estratégias. L. (9 anos) mostrou concentração e controle inibitório durante uma partida de Tangram, tentando diferentes combinações até encontrar a solução. Já M. (6 anos), ao usar massinha para modelar, desenvolveu coordenação motora fina e criatividade.

Tais experiências confirmam evidências de que atividades lúdicas favorecem funções executivas, habilidades de linguagem e motricidade em crianças hospitalizadas (Burns-Nader; Hernandez-Reif, 2016).

Impacto na formação dos extensionistas

Os diários revelaram que a experiência impactou de forma significativa a formação das extensionistas. Uma das extensionistas relatou frustração ao não conseguir engajar uma criança na brincadeira por ficar preso ao celular, mas também alegria ao ver outra criança sorrindo durante um jogo. Outra extensionista escreveu sobre a sensação de impotência diante do relato de uma criança sobre a morte do pai, mas destacou a importância de oferecer escuta qualificada. Em outro registro, uma estudante destacou como o envolvimento da mãe de uma paciente a fez refletir sobre a importância do brincar para a dinâmica familiar.



Essas experiências ilustram que a extensão universitária é espaço de formação ética e humanizada, desenvolvendo empatia, resiliência e competências relacionais.

Em síntese, a análise do material coletado permite identificar impactos em múltiplos níveis:

- Crianças/adolescentes: redução de ansiedade, expressão emocional, desenvolvimento cognitivo e motor, ressignificação da experiência hospitalar.
- Famílias: fortalecimento de vínculos, alívio emocional, participação ativa no cuidado.
- Extensionistas: formação prática, articulação entre teoria e experiência, desenvolvimento de competências socioemocionais.
- Instituição e sociedade: promoção da humanização hospitalar, produção de conhecimento acadêmico e difusão da importância da ludicidade em saúde.

Considerações finais

O projeto Brincar para Melhorar evidencia que, mesmo em um contexto marcado pela dor e pelo tratamento oncológico, o brincar preserva sua potência como direito da infância e como recurso de cuidado integral. A análise dos diários de campo mostrou que cada encontro lúdico carrega significados singulares: pode emergir na resistência, no sorriso tímido, em lembranças da escola ou mesmo em falas sobre a morte. Em todos os casos, o brincar se constituiu como espaço de acolhimento,



desenvolvimento e ressignificação da experiência hospitalar. Nesse sentido, reafirma-se que brincar em tempos de dor não é apenas uma possibilidade, mas uma necessidade, que deve ser reconhecida como estratégia essencial de promoção de saúde, dignidade e humanização em oncologia pediátrica.

Referências

ABDI, F.; KARAMOOZIAN, A.; LOTFILOU, M.; *et al.* Effect of play therapy and storytelling on the anxiety level of hospitalized children: a randomized controlled trial. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, v. 25, n. 1, p. 23, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12906-025-04767-4>. Acesso em: 30 de abr. de 2026.

ANDERS, J. C.; SOUZA, A. I. J. de. Crianças e adolescentes sobreviventes ao câncer: desafios e possibilidades. *Ciência Cuidado & Saúde*, v. 8, n. 1, p. 131-137, jan./mar. 2009. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v8i1.7788>. Acesso em: 30 de abr. de 2026.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 5. ed. São Paulo: Edições 70, 2020.

BRATTON, S. C.; RAY, D.; RHINE, T.; JONES, L. The efficacy of play therapy with children: a meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, Washington, v. 36, n. 4, p. 376-390, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.376>. Acesso em: 30 de abr. de 2026.

BURNS-NADER, S.; HERNANDEZ-REIF, M. Facilitating play for hospitalized children through child life services. *Children's Health Care*, v. 45, n. 1, p. 1-21, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1080/02739615.2014.94816>. Acesso em: 30 de abr. de 2026.

ÇAMUR, Z.; SARIKAYA KARABUDAK, S. The effect of parental participation in the care of hospitalized children on parent satisfaction and parent and child anxiety: randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*, Oxford, v. 27, n. 5,



e12910, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijn.12910>. Acesso em: 30 de abr. de 2026.

LI, H. C. W. et al. Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 51, n. 6, p. 1043-1052, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0570-5>. Acesso em: 30 de abr. de 2026.

SERRANO, P. Brincar, desenvolvimento, saúde e bem-estar na primeira infância! In: KISHIMOTO, T. M.; VIEGAS, D.; TEIXEIRA, S. R. O. (org.). *Tratado da brinquedoteca hospitalar: humanização, teoria e prática*. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2022. p. 148-164.

SILVA, S. G. T. D.; SANTOS, M. A.; FLORIANO, C. M. F.; DAMIÃO, E. B. C.; CAMPOS, F. V.; ROSSATO, L. M. Influence of therapeutic play on the anxiety of hospitalized school-age children: clinical trial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 70, n. 6, p. 1244-1249, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0353>. Acesso em: 30 de abr. de 2026.

SIGNORELLI, C.; ROBERTSON, E. G.; VALENTIN, C.; ALCHIN, J. E.; TREADGOLD, C. A review of creative play interventions to improve children's hospital experience and wellbeing. *Hospital Pediatrics*, Itasca, v. 13, n. 11, p. e355-e364, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1542/hpeds.2022-006994>. Acesso em: 30 de abr. de 2026.





CAPÍTULO 14

O Brincar no Hospital: percepções parentais sobre efeitos na criança com câncer

- » Melissa Melo do Nascimento
- » Flávia Moura de Moura
- » Lilian Kelly de Sousa Galvão

Resumo

Este estudo analisou os efeitos da hospitalização em crianças com câncer, a partir da percepção de seus cuidadores, considerando a contribuição do Projeto *Brincar para Melhorar*. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada com seis responsáveis por crianças internadas na ala pediátrica do Hospital Napoleão Laureano, em João Pessoa – PB. Os resultados apontam que a hospitalização provoca alterações emocionais, limitações físicas, restrições sociais e impactos no aprendizado. Nesse cenário, a ludicidade revelou-se essencial para a expressão de sentimentos, a adaptação ao ambiente hospitalar e a preservação do desenvolvimento infantil. Os cuidadores



destacaram que as atividades do projeto proporcionam distração, alegria, melhora do humor, redução do estresse e fortalecimento de vínculos afetivos. Conclui-se que o brincar no hospital é uma estratégia central para a humanização do cuidado, reforçando a importância do projeto.

Palavras-chave: *psicopedagogia, ludicidade, hospital.*

A hospitalização infantil configura-se como uma experiência desafiadora, capaz de interromper a rotina da criança e afastá-la do convívio familiar. Nesse cenário, o hospital, embora destinado ao cuidado, pode ser percebido como um ambiente estranho e ameaçador, intensificando sentimentos de medo, angústia e sofrimento não apenas na criança, mas também em seus cuidadores. Essa percepção evidencia o impacto emocional da internação e reforça a necessidade de estratégias que promovam adaptação, segurança e bem-estar no contexto hospitalar (Giacomello; Melo, 2019; Silva *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, o brincar pode ser empregado como um agente facilitador no processo de adaptação da criança ao ambiente hospitalar, proporcionando meios para a expressão de sentimentos e a elaboração de experiências difíceis. Conforme Turatti e Lopes (2022), brincar é algo intrínseco à infância, independentemente do estado de saúde, sendo por meio dele que a criança manifesta pensamentos, frustrações, medos e angústias. Mesmo em situações de vulnerabilidade, marcadas pela doença ou pela morte, a criança mantém o desejo de brincar e necessita de estratégias que promovam seu desenvolvimento



emocional, cognitivo e social, reforçando o papel da ludicidade como ferramenta essencial em contextos de hospitalização.

Ainda assim, Monteiro e Corrêa (2012) destacam que, no ambiente hospitalar, as atividades lúdicas contribuem para suavizar a experiência da internação, permitindo que a criança compreenda e vivencie esse momento de forma menos dolorosa. Logo, o brincar pode revelar-se não apenas como uma atividade recreativa, mas como uma estratégia terapêutica capaz de fortalecer a resiliência infantil, auxiliando a criança a enfrentar os desafios da hospitalização com maior segurança emocional.

Retomando as considerações anteriores, observa-se que a hospitalização pode ser percebida como um ambiente desconhecido e potencialmente ameaçador, em que os procedimentos dolorosos geram elevado estresse, colocando a criança em uma condição de fragilidade e sensibilidade. Nesse contexto, tornam-se necessários recursos que possibilitem à criança expressar seus sentimentos (Motta; Dias; Enumo, 2020). Assim, a utilização do lúdico no contexto hospitalar infantil pode auxiliar no enfrentamento do impacto emocional, facilitando a aceitação da hospitalização, contribuindo para a aceleração da recuperação e fortalecendo os vínculos entre as crianças e seus familiares (Alves *et al.*, 2009).

Diante desse cenário, surge o Projeto de Extensão *Brincar para Melhorar*, desenvolvido pela Universidade Federal da Paraíba, mais especificamente pelo curso de Psicopedagogia, com o objetivo de proporcionar suporte psicossocial e estimular o desenvolvimento infantil por meio de intervenções lúdicas junto a crianças e adolescentes internados nas enfermarias pediátricas.



A iniciativa do projeto busca minimizar os efeitos adversos da hospitalização, já mencionados anteriormente, utilizando o brincar como ferramenta essencial para o desenvolvimento e a promoção do bem-estar dos pacientes.

Ação extensionista Brincar para Melhorar

As ações das extensionistas do projeto fundamentam-se na perspectiva de que o brincar não é apenas uma atividade recreativa, mas um direito da criança e do adolescente, conforme assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Além disso, o brincar é um recurso reabilitador capaz de favorecer o enfrentamento da hospitalização. Dessa forma, as atividades lúdicas implementadas são planejadas estrategicamente para estimular habilidades motoras, cognitivas, comportamentais e socioemocionais, proporcionando conforto e alívio diante dos desafios do tratamento.

O *Brincar para Melhorar* tem como principais finalidades a gestão e a implementação de intervenções lúdicas individualizadas, adaptadas às necessidades e condições específicas de cada criança hospitalizada. Essas ações não apenas promovem momentos de alegria e interação, mas também contribuem para a adaptação ao ambiente hospitalar, reduzindo o estresse, a ansiedade e a angústia, além de fortalecer a capacidade de resiliência.

Além disso, a iniciativa reforça o compromisso da Universidade Federal da Paraíba e do curso de Psicopedagogia



com a promoção da humanização hospitalar e com a inovação em práticas psicopedagógicas nesse contexto, alinhando-se às diretrizes que defendem um cuidado integral à saúde da criança e do adolescente. Ao proporcionar um ambiente mais acolhedor e estimulante, o projeto visa contribuir significativamente para a qualidade de vida dos pacientes pediátricos, auxiliando-os no enfrentamento do tratamento oncológico e fortalecendo sua jornada de recuperação.

O Brincar para Melhorar insere-se no contexto das ações de extensão universitária desenvolvidas pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), articulando teoria e prática por meio da atuação direta junto à comunidade. A ação se estrutura em dois eixos fundamentais: a prática de campo e os estudos teóricos. Essa organização permite uma formação integral das participantes, ao combinar a vivência prática com a construção coletiva do conhecimento. As reuniões semanais, realizadas na UFPB, funcionam como espaços de escuta, troca de saberes e aprofundamento teórico, fortalecendo o vínculo entre os membros da equipe e garantindo acompanhamento contínuo das atividades. A proposta, portanto, evidencia o compromisso com uma formação acadêmica crítica e engajada, ao mesmo tempo em que contribui para a transformação social por meio da ludicidade.

Durante os encontros regulares, são discutidas estratégias voltadas à qualificação das ações realizadas no hospital, além de se constituírem como espaços de escuta, onde as extensionistas compartilham suas vivências e enfrentamentos cotidianos no ambiente hospitalar. Como forma de sustentar a



formação teórico-prática, são disponibilizados semanalmente materiais de estudo que abordam conteúdos atualizados sobre a atuação psicopedagógica no contexto hospitalar. A atuação no hospital é organizada de maneira planejada, com cada extensionista designada previamente para um dia fixo da semana, contemplando turnos alternados entre manhã e tarde. Ao chegarem ao hospital, especificamente na ala oncológica infantil, as participantes realizam os procedimentos institucionais exigidos, como a troca de vestimenta para o uso do uniforme apropriado ao ambiente hospitalar (*scrub*), garantindo a manutenção da higiene e o respeito às normas estabelecidas pela instituição.

A rotina de atendimentos do projeto segue um protocolo sistematizado que prioriza tanto a personalização das intervenções quanto a segurança dos pacientes. Após os procedimentos iniciais de preparação, as extensionistas solicitam à equipe de enfermagem o documento *Situation Background Assessment Recommendation* (SBAR) — ferramenta padronizada que reúne informações essenciais sobre os pacientes internados no dia, como nome, idade, número do leito, diagnóstico e tratamento em andamento. Esses dados são analisados criteriosamente com o intuito de orientar a escolha dos recursos lúdicos mais adequados para cada situação. A seleção dos pacientes a serem atendidos considera aspectos como a condição física e a disponibilidade de cada um para participar das atividades propostas. Com base nessas informações, as extensionistas escolhem os recursos apropriados e se dirigem aos respectivos leitos, iniciando os atendimentos de maneira



acolhedora, respeitosa e sensível às particularidades de cada criança ou adolescente.

O protocolo também prevê a higienização dos materiais utilizados e constitui uma das diretrizes centrais do projeto. O cuidado com o manuseio dos recursos lúdicos e o rigoroso processo de desinfecção, realizado antes e após cada atendimento, são práticas constantemente reforçadas nos encontros formativos e seguidas rigorosamente por todas as participantes. Tal procedimento evidencia o compromisso ético e técnico com a segurança dos pacientes, além de reafirmar a responsabilidade das extensionistas no contexto hospitalar. Desse modo, como parte dos cuidados com a biossegurança no ambiente hospitalar, o *Brincar para Melhorar* adota medidas rigorosas de assepsia no preparo e uso dos materiais utilizados nos atendimentos psicopedagógicos. Para isso, os recursos são, em sua maioria, confeccionados em materiais plásticos ou protegidos por *sleeves*— capas plásticas que revestem especialmente os jogos de cartas —, permitindo higienização eficaz. A escolha desses materiais está diretamente relacionada à possibilidade de desinfecção com hipoclorito de sódio, substância amplamente utilizada em ambientes hospitalares por sua eficiência na eliminação de microrganismos. Esses cuidados refletem a responsabilidade e o rigor profissional adotados pelo projeto com a saúde dos pacientes atendidos, que, em grande parte, apresentam quadros clínicos delicados, incluindo comprometimentos imunológicos severos.

Os momentos de estudo, coletivos e individuais, somados à orientação contínua das coordenadoras, sustentam a res-



ponsabilidade e a excelência exigidas pelo projeto. Esse preparo assegura intervenções lúdicas de qualidade, seguras, sensíveis às necessidades dos pacientes e planejadas para evitar intercorrências.

Diante desse cenário, evidencia-se a multifuncionalidade da psicopedagogia, que, segundo Gonçalves (2007), envolve a atuação de um profissional com formação multidisciplinar, capaz de articular conhecimentos de diferentes áreas para atender às demandas de aprendizagem. Essa perspectiva ressalta a importância de uma prática abrangente, flexível e sensível às particularidades do contexto hospitalar.

Pimenta (1999) enfatiza que a prática do psicopedagogo hospitalar exige a construção de saberes específicos na formação profissional, especialmente para acompanhar a aprendizagem em ambientes hospitalares e prestar cuidado a indivíduos em situação de vulnerabilidade.

Ainda segundo Pimenta (1999), diante de um adoecimento que requer internação, a presença do psicopedagogo torna-se fundamental para auxiliar o paciente a compreender e enfrentar sua condição. Cabe a esse profissional acolher angústias, medos e inseguranças decorrentes do processo de hospitalização, utilizando recursos como o diálogo, o brincar e o apoio emocional. Assim, sua atuação contribui não apenas para amenizar o sofrimento do paciente hospitalizado, mas também para avaliar e compreender o conhecimento que ele possui sobre si mesmo, sobre o processo de aprendizagem e sobre sua própria condição de saúde.

Dessa maneira, o Projeto de Extensão *Brincar para Melhorar* não apenas materializa a aplicação prática das



intervenções lúdicas no ambiente hospitalar, mas também reflete a essência da psicopedagogia hospitalar como campo de atuação multifuncional e interdisciplinar. Ao articular teoria e prática, o projeto evidencia a importância de um olhar sensível às necessidades individuais das crianças e adolescentes internados, integrando cuidados emocionais, cognitivos e sociais. Nesse contexto, a atuação do psicopedagogo se mostra imprescindível, pois vai além do suporte educacional, englobando acolhimento, orientação e estímulo ao desenvolvimento integral, consolidando o papel da psicopedagogia como ferramenta estratégica para promover bem-estar, humanização e aprendizagem mesmo em situações de vulnerabilidade hospitalar.

Método

Tipo de pesquisa

Este estudo apresenta um delineamento qualitativo, de caráter descritivo e exploratório, com o objetivo geral de analisar os efeitos da hospitalização em crianças com câncer, segundo a percepção dos cuidadores, considerando a contribuição do Projeto *Brincar para Melhorar*.

Material

Para a etapa de coleta de dados, utilizou-se um questionário semiestruturado, composto por vinte e duas questões de natureza aberta e fechada. O questionário contemplou diferentes



dimensões do desenvolvimento infantil, abrangendo aspectos referentes ao comportamento emocional, às interações sociais, ao desempenho cognitivo e motor, bem como às experiências vivenciadas durante o período de hospitalização e aos efeitos das práticas lúdicas no contexto terapêutico.

Procedimento de coleta de dados

Antes da coleta de dados, os participantes foram informados sobre os objetivos, a natureza e os procedimentos da pesquisa, esclarecendo dúvidas e obtendo consentimento por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução nº 510/2016. As entrevistas semiestruturadas foram conduzidas presencialmente no hospital, de forma ética, empática e respeitosa, sem interferir na rotina ou nos procedimentos médicos, com duração média de quinze minutos. Com autorização, as respostas foram registradas em áudio e transcritas integralmente, preservando a autenticidade dos relatos. Durante todo o processo, foram observadas normas de biossegurança, sigilo das informações e anonimato dos participantes, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (LGPD).

Análise de dados

Os dados das entrevistas foram analisados por meio da Análise de Conteúdo, conforme Bardin (2020). Inicialmente, realizou-se uma leitura flutuante das transcrições para familiarização com o material. Em seguida, as unidades de registro e de contexto foram organizadas, permitindo agrupar as falas em categorias de sentido alinhadas aos objetivos da pesquisa, evi-



denciando convergências e divergências nos discursos. Por fim, os resultados foram tratados de forma reflexiva e interpretativa, integrando as categorias ao referencial teórico e possibilitando inferências significativas sobre as percepções parentais acerca da hospitalização infantil e das práticas lúdicas do Projeto Brincar para Melhor.

Aspectos éticos

A pesquisa respeitou integralmente os princípios éticos que regem estudos com seres humanos, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE nº 88652825.8.0000.5188. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram garantidos o anonimato, a confidencialidade das informações e o cumprimento da Lei nº 13.709/2018 (LGPD), além da observância das normas de biossegurança do ambiente hospitalar.

Resultados e Discussão

Caracterização dos participantes

A Tabela, a seguir apresenta, a caracterização sociodemográfica dos cuidadores e das crianças participantes da pesquisa. Observa-se que todas as cuidadoras são do sexo feminino, sendo em sua maioria mães, com idades variando entre



29 e 45 anos. Em relação ao estado civil, prevalece a condição de solteiras, embora também haja participantes casadas e uma divorciada. O número de filhos varia de 1 a 4, evidenciando contextos familiares distintos. Quanto às crianças hospitalizadas, a maioria é do sexo masculino, com idades entre 2 e 11 anos. Esses dados permitem compreender o perfil dos participantes, contextualizando as análises posteriores acerca dos impactos da hospitalização e das atividades lúdicas.

Tabela – Caracterização dos Cuidadores e Pacientes

Cuidador	Sexo	Idade	Estado civil	Vínculo familiar	Sexo do paciente	Idade do paciente
P1	F	43 a	Casada	Mãe	M	11 a
P2	F	39 a	Solteira	Mãe	F	4 a
P3	F	45 a	Divorciada	Avó	M	5 a
P4	F	29 a	Solteira	Mãe	M	7 a
P5	F	35 a	Solteira	Mãe	M	4 a
P6	F	42 a	Casada	Mãe	M	2 a

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Categorização temática

As categorias apresentadas a seguir foram elaboradas a partir da análise das entrevistas com os cuidadores, buscando evidenciar as percepções parentais sobre os efeitos da hospitalização e das práticas lúdicas promovidas pelo Projeto *Brincar para Melhorar*.



Impacto do tratamento e internação hospitalar na infância para a criança

A hospitalização infantil pode afetar o desenvolvimento físico, motor, cognitivo e social da criança, devido às restrições do ambiente hospitalar e ao afastamento do convívio familiar e escolar, e compreender essas mudanças a partir da perspectiva dos responsáveis permite identificar as principais dificuldades enfrentadas durante a internação. Os resultados do estudo evidenciaram alterações significativas no desenvolvimento das crianças durante o período hospitalar. Como pode-se perceber nos relatos: “Crescimento físico ou intelectual? Físico não. Intelectual em questão dela deixar de conviver com outras crianças” (P1). Fica evidente que a internação impacta diretamente nas interações sociais, limitando experiências essenciais para o desenvolvimento cognitivo e emocional. Além de, neste caso, causar um impacto na fala. “Sim. No desenvolvimento da fala, ele tem uma dificuldade na fala. Ele tava estudando, então de certa forma, por causa da fala” (P2). A restrição de movimento também interfere no desenvolvimento motor: “No desenvolvimento? Sim, para andar, ele poderia estar se desenvolvendo mais, acho que a fala também de alguma forma, mas para andar mais. O movimento dele é bem restrito aqui, então é o que limita mais” (P6).

Esses relatos demonstram que a hospitalização para maioria dos entrevistados, não afeta apenas o aspecto emocional, mas também o desenvolvimento físico, motor e intelectual, evidenciando que o ambiente hospitalar impõe limitações capazes de interferir no ritmo natural de aprendizagem e socialização das crianças. Nesse sentido, o lúdico surge como uma



ferramenta importante, visto que, segundo Nijhof *et al.* (2018), a estimulação do comportamento lúdico favorece a adaptação da criança à condição de doença, ao mesmo tempo em que promove seu desenvolvimento cognitivo, social, emocional e psicomotor, refletindo positivamente em sua saúde futura.

Os resultados também evidenciaram situações, próprias da hospitalização, como exames, procedimentos e medicações que geram desconforto significativo nas crianças, reforçando os impactos emocionais e físicos já observados: “Troca de bloco e troca de medicações” (P1). “Administração de medicação. Ela sempre acha que, mesmo que venha na seringa para colocar no soro, ela acha que vai furar ela. Ela associa assim” (P2). O desconforto se manifesta principalmente durante procedimentos médicos e com a figura do médico: “Só na hora da medicação, médico. Ele fica desconfortável” (P3) “Na hora da coleta (de sangue)” (P4). Já a participante 6 detalhou diversas situações: “Quando vai tomar medicação, quando vai fazer exame de sangue, que ele já sabe que vai doer e as reações das medicações principalmente” (P6).

Nesse viés, os relatos das participantes corroboram o que afirma Castellanos (2007), segundo a qual o adoecimento provoca, na maioria dos pacientes, algum grau de sofrimento, configurando-se como um evento potencialmente traumático que gera sentimentos de despersonalização, ansiedade, medo e insegurança. Além disso, as privações e restrições impostas à criança hospitalizada podem desencadear reações adversas, novas experiências e sofrimento psíquico, evidenciando a importância de práticas de cuidado humanizadas e relações



acolhedoras entre profissionais de saúde (Schimith *et al.*, 2011). Assim, percebe-se que os desconfortos relatados pelas crianças durante procedimentos médicos não apenas refletem experiências pontuais de dor ou medo, mas estão inseridos em um contexto mais amplo de vulnerabilidade emocional e limitações impostas pelo ambiente hospitalar, reforçando a necessidade de estratégias de acolhimento e intervenções que minimizem o sofrimento e promovam o bem-estar infantil.

A importância do brincar no processo de hospitalização da criança

Em relação às atividades do projeto *Brincar para Melhorar*, observa-se que o brincar, na fala dos entrevistados, se mostra necessário em diversos momentos da criança. Além disso, mesmo quando o projeto não está em ação, a criança tende a buscar oportunidades de brincar sempre que tiver brinquedos disponíveis, demonstrando a importância contínua do lúdico em seu desenvolvimento e bem-estar durante a hospitalização, “Ela brinca com as bonecas dela, eu até guardei, porque já vamos embora. Mas ela brinca com as bonecas dela, assiste tv, joga no celular, assiste no celular, brinca com vocês, quando vocês vem, pinta, colore...” (P2). Além disso, observou-se um constante uso de telas como forma de brincadeira, “Ele gosta muito de assistir no celular e brincar com os brinquedos” (P3) “Brinca, assiste e joga” (P4).

E tais situações seguem a visão de Maia *et al.* (2019), no qual afirmam que o ato de brincar é indispensável ao desenvolvimento infantil e pode ocorrer de diversas formas, sendo o brinquedo uma das alternativas que possibilitam essa



expressão. Sendo assim, de acordo com Ângelo e Vieira (2010), brincar promove alegria e prazer, auxiliando a criança a manter sua vivência infantil, mesmo ao enfrentar momentos desafiadores, como a permanência no hospital.

Foram analisadas as opiniões dos participantes a respeito da influência do brincar no processo de tratamento e recuperação da criança, evidenciando seu impacto positivo no humor e na disposição emocional, além de contribuir para a diminuição dos efeitos da restrição social: “Como ela está restrita assim de visitação em casa, sempre que vem alguém assim brincar com ela, é a maior festa, realmente muda o humor. Se ela tá feliz, ela fica muito mais feliz” (P2). O brincar também ajuda a criança a se desligar temporariamente das dificuldades da hospitalização: “Ele esquece tudo, ele esquece tudo o que tá passando assim... tudo em volta dele, ele se empolga com a brincadeira no momento né” (P3).

Esses relatos indicam que o brincar do projeto atua como um recurso terapêutico capaz de proporcionar alívio emocional, estimular o envolvimento ativo da criança e contribuir para uma experiência hospitalar mais positiva. Dessa forma, esses resultados corroboram a teoria de Vygotsky (2003), referência reconhecida na área do desenvolvimento infantil, que considera que a brincadeira é fundamental para que a criança interaja e construa conhecimentos sobre si mesma e sobre a realidade. Complementando essa perspectiva, Vygotsky (1988, p. 12) reforça que: “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 dela mesma”.

Contribuições das atividades lúdicas do projeto Brincar para Melhorar

A pesquisa identificou atividades e momentos que proporcionam maior conforto à criança durante a hospitalização, demonstrando que intervenções lúdicas e momentos de acolhimento contribuem significativamente para seu bem-estar físico e emocional. Os relatos dos participantes reforçam essa constatação: a participante 1 destacou o entusiasmo da criança tanto com o projeto *Brincar para Melhorar* quanto com outras ações no hospital: “Quando ele vê os palhaços e quando vem vocês para jogar” (P1). De forma análoga, a participante 2 mencionou a alegria gerada por outras profissões, especialmente na área da odontologia: “Sim, esses momentos com vocês. Acho que as visitas das pessoas da odontologia. Ela gosta muito das meninas da odontologia. E da visita de vocês” (P2). A conexão afetiva e a expectativa da criança em relação ao projeto ficam evidentes na fala da participante 5: “Sim, quando vocês estão aqui. Ele fica agoniado atrás de vocês” (P5), evidenciando o quanto essas atividades são valorizadas e capazes de gerar prazer durante a internação.

Esses resultados apoiam a perspectiva de Mitre (2000), segundo a qual o brincar funciona como um espaço terapêutico que não apenas promove a continuidade do desenvolvimento infantil, mas também permite que a criança hospitalizada vivencie e elabore de maneira mais tranquila os desafios e restrições do período de internação.



Além disso, os relatos apontam uma avaliação positiva do Projeto *Brincar para Melhorar*: “Eu amo o projeto de vocês, assim, ajuda no desenvolvimento dela. Eu descobri coisas que nem eu sabia que ela fazia, a questão do raciocínio dela para as coisas... Dela realmente parar e entender aquela brincadeira ou às vezes ela não entende, e vocês explicando ela vai pegando aquilo ali, fico impressionada, porque ela tem quatro anos” (P2). “É bom, sempre tem uma novidade, isso ajuda muito ele a passar por esse momento difícil que ele tá passando” (P3). Considerando a importância do projeto, quatro participantes sugeriram maior frequência das atividades: “Eu acho interessante, poderia ser mais vezes, se fosse mais vezes ajudava bem mais, porque esse olhar de vocês é preparado, é orientado né. Ajuda a gente a despertar para coisas que a gente não estava percebendo” (P6).

Considerações finais

O presente estudo possibilitou compreender os efeitos da hospitalização em crianças com câncer sob a ótica de seus cuidadores, destacando a importância do brincar como recurso terapêutico e educativo. A partir da análise das entrevistas e do embasamento teórico, constatou-se que a hospitalização infantil provoca impactos significativos no desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social das crianças, uma vez que o ambiente hospitalar impõe restrições que rompem com a rotina, o convívio familiar e as experiências típicas da infância.

Diante desse contexto, o Projeto de Extensão *Brincar para Melhorar* revelou-se uma iniciativa essencial para a humanização



do cuidado hospitalar, ao promover momentos de alegria, descontração e expressão de sentimentos, minimizando os efeitos negativos da internação. As práticas lúdicas realizadas contribuíram para a melhora do humor, o fortalecimento dos vínculos afetivos, o desenvolvimento de habilidades cognitivas e motoras e o alívio do estresse, reforçando o papel do brincar como mediador do bem-estar e da aprendizagem.

Verificou-se, ainda, que o brincar ultrapassa a função recreativa, configurando-se como um instrumento psicopedagógico capaz de favorecer a adaptação emocional da criança ao ambiente hospitalar, possibilitando que ela compreenda e elabore sua experiência de forma mais saudável. O envolvimento ativo das crianças nas atividades do projeto demonstra o quanto a ludicidade pode promover conforto, resiliência e continuidade do desenvolvimento, mesmo em contextos marcados pela dor e pela fragilidade.

As contribuições do projeto evidenciam o compromisso da Universidade Federal da Paraíba e do curso de Psicopedagogia com a extensão universitária e a transformação social, articulando teoria e prática em uma perspectiva humanizadora. O trabalho reforça a relevância da psicopedagogia hospitalar como campo interdisciplinar de atuação, que integra cuidado, aprendizagem e afetividade.

Referências

ALVES, L. R. B. *et al.* A criança hospitalizada e a ludicidade. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, v. 23, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190041>. Acesso em: 30 de abr. 2026.



ÂNGELO, T. S.; VIEIRA, M. R. R. Brinquedoteca hospitalar: da teoria à prática. *Arquivos de Ciência da Saúde*, v. 17, p. 84–90, 2010.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 5. ed. São Paulo: Edições 70, 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. *Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 30 de abr. de 2026.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 30 de abr. de 2026.

BRASIL. Lei n. 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 ago. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm. Acesso em: 30 de abr. de 2026.

CASTELLANOS, M. E. P. et al. *O adoecimento crônico infantil: processo e narrativa – contribuição para o estudo de pacientes com fibrose cística e asma*. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

FARIAS, D. D. et al. A hospitalização na perspectiva da criança: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, v. 11, n. 2, p. 769–778, 2017. DOI: [10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201725](https://doi.org/10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201725). Acesso em: 30 de abr. de 2026.

GIACOMELLO, K. J.; MELO, L. L. The meaning of the care of hospitalized children: experiences of nursing professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, p. 251–258, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0597>. Acesso em: 30 de abr. de 2026.

MAIA, Edmara B. S.; RIBEIRO, C. A.; BORBA, R. I. de. Compreendendo a sensibilização do enfermeiro para o uso do brinquedo terapêutico na prática assistencial à criança. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 4, p. 839–846, 2011.



MITRE, R. M. A. *Brincando para viver: um estudo sobre a relação entre a criança gravemente adoecida e hospitalizada e o brincar*. 2000.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

MONTEIRO, L. S.; CORRÊA, V. A. C. Reflexões sobre o brincar, a brinquedoteca e o processo de hospitalização. *Revista Paraense de Medicina*, v. 26, n. 1, p. 1–8, 2012.

MOTTA, A. B.; DIAS, T. L.; ENUMO, S. R. F. Programa de intervenção psicológica no hospital: PIPH. In: *Intervenções psicológicas para promoção de desenvolvimento e saúde na infância e adolescência*. 2020. p. 91-118.

NIJHOF, S. L. *et al.* Healthy play, better coping: the importance of play for the development of children in health and disease. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 95, p. 421–429, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.024>. Acesso em: 30 de abr. 2026.

PIMENTA, S. G. *Formação de professores: identidade e saberes da docência*. São Paulo: Cortez, 1999.

SCHIMITH, M. D. *et al.* Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 9, n. 3, p. 479-503, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000300008>. Acesso em: 30 de abr. de 2026.

TURATTI, J. G.; LOPES, L. B. O brincar no hospital: efeitos no desenvolvimento de crianças hospitalizadas. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/250626>. Acesso em: 30 de abr. de 2026.

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

VYGOTSKY, L. S. *Psicologia pedagógica*. Porto Alegre: Artmed, 2003.





CAPÍTULO 15

Engajamento com Brinquedos e Brincadeiras no Ambiente hospitalar

- » Amanda Olímpio de Pontes
- » Flávia Moura de Moura
- » Lilian Kelly de Sousa Galvão

Resumo

A hospitalização pediátrica é uma experiência desafiadora para a criança e sua família, marcada pelo afastamento de rotinas e pela vivência em um ambiente desconhecido. A intervenção lúdica surge como recurso psicopedagógico para minimizar impactos emocionais e favorecer a aprendizagem durante o adoecimento. Este estudo investiga a efetividade de recursos lúdicos no atendimento a crianças hospitalizadas, analisando o engajamento infantil e familiar, as preferências por faixa etária e a finalidade dos recursos. A pesquisa ocorreu na ala pediátrica de um hospital público de João Pessoa – PB, referência no atendimento oncológico, por meio de observação participante.



Os resultados mostraram destaque para os recursos de raciocínio lógico e para os benefícios gerais à aprendizagem, confirmando a efetividade das atividades lúdicas no contexto hospitalar.

Palavras-chave: *aprendizagem, hospitalização infantil, recursos lúdicos.*

O processo de hospitalização vem sendo tema de interesse entre profissionais da saúde e da educação por causar grandes mudanças na vida da criança adoecida. Dentre as principais mudanças, identificam-se fatores de estresse, destaca-se o afastamento e a separação da criança de seus principais contextos de vida como a família, a escola e o grupo de amigos e a alteração significativa em sua rotina (Amorim, 2004).

Diante do cenário de internação, o psicopedagogo contribui com o processo de aprendizagem e desenvolve atividades que estimulam as funções cognitivas de maneira que, ao se restabelecer, o paciente possa seguir na descoberta de saberes importantes também para lidar com sua doença (Dantas; Castanho, 2019), ao se utilizar de recursos lúdicos para tal.

O uso de recursos lúdicos no ambiente hospitalar aparece como uma intervenção positiva. Ferreira e Santos (2018) reiteram que o lúdico auxilia a criar um ambiente mais acolhedor e menos ameaçador, e promove uma melhor adaptação das crianças a este contexto. Os recursos lúdicos são definidos, neste trabalho, como elementos, materiais ou atividades que têm como objetivo principal proporcionar entretenimento, aprendizado e desenvolvimento através da ludicidade.



Dessa maneira, surge o questionamento de como a utilização de recursos lúdicos pode influenciar o atendimento a crianças hospitalizadas. Com base nas limitações das crianças hospitalizadas e na ausência escolar, é importante o conhecimento de recursos lúdicos eficazes no contexto hospitalar para o bom desenvolvimento do processo de aprendizagem.

Os tópicos seguintes visam explicar o contexto hospitalar de crianças, seus desafios e reflexos na rotina. Ainda, discorrem sobre a importância e eficácia dos recursos lúdicos utilizados por psicopedagogos no ambiente hospitalar, durante o processo de internação.

Crianças hospitalizadas

A internação é um feito que atinge a criança de forma integral e exige uma nova rotina de cuidados. Dantas e Castanho (2019) atentam que, em relação à saúde do indivíduo, é importante considerar que o ambiente hospitalar tem sua rotina e afeta diretamente o sujeito adoecido, a família e a equipe que os recebem.

O processo de hospitalização prolongada pode comprometer o desenvolvimento cognitivo e educacional das crianças. A ausência de atividades educacionais, do ambiente escolar e de interações sociais regulares pode levar a atrasos no desenvolvimento acadêmico e dificuldades na reintegração escolar após a alta (Murray *et al.*, 2021).

Ao adoecer, a criança, em seu processo de desenvolvimento, se encontra em conflitos que podem vir a dificultar sua



aprendizagem prazerosa e eficaz, tanto na escola quanto na família ou com a equipe médica (Dantas; Castanho, 2019).

As privações afetivas, cognitivas e lúdicas experienciadas pela criança hospitalizada acarretam, regularmente, níveis significativos de sofrimento físico e psicológico que podem precipitar ou agravar desequilíbrios psicoafetivos, o que pode impactar diretamente no quadro de saúde que já está fragilizado (Kumamoto *et al.*, 2004).

Devido a estes fatores, os pacientes durante a hospitalização, têm a necessidade de receber da equipe de saúde um atendimento humanizado, com o objetivo de restaurar à criança toda a energia possível (Carvalho, 2014).

A importância do brincar

A ansiedade e o medo que as crianças podem vivenciar durante o processo de hospitalização e os procedimentos a que são submetidas nesse período podem desencadear uma intensa resposta de sofrimento emocional (Caleffi *et al.*, 2016), o que pode ampliar a experiência sensorial e piorar ainda mais a intensidade da dor.

A partir deste processo, as reações de estresse, medo, tristeza, angústia, insegurança, desconforto ou dor são frequentemente reportadas (Mazur; Cols., 2005; Vieira; Lima, 2002) e podem ser desencadeadas, o que prejudica a estadia da criança no hospital.

No ambiente hospitalar, a criança deve ser vista como sujeito ativo durante o processo de internação, mas pesquisas



neste campo sugerem que as opiniões das crianças raramente são procuradas ou consideradas no desenvolvimento e implementação de políticas hospitalares e na prestação de serviços de saúde (Coyne; Kirwan, 2012), o que corrobora com a visão de que as crianças estão subordinadas às opiniões e/ou decisões dos adultos (Noreña-Peña; Juan, 2008).

Durante a internação, o brincar aparece como uma possibilidade de expressão de sentimentos, preferências, receios e hábitos; mediação entre o mundo familiar e situações novas ou ameaçadoras; e elaboração de experiências desconhecidas ou desagradáveis (Mitre, 2000), o que permite a participação ativa da criança neste processo.

A lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, prevê que os hospitais que ofereçam atendimento pediátrico contarão, obrigatoriamente, com brinquedotecas nas suas dependências. A ludicidade de jogos e do brincar vai induzir o interesse da criança fazendo com que elas se tornem adultos que saibam interagir e ter a capacidade de criticar no ambiente em que vivem (Arraba, 2014).

Conforme Melo (2007), o brincar é um meio de expressão e integração da criança no ambiente circundante. O brincar também ajuda a estabelecer relações entre o imaginário e a realidade, e constrói uma ligação entre seu próprio ser e o mundo de significados e objetos (Hockenberry, 2006).

Portanto, o brincar é visto como a atividade mais importante para a criança, por ser essencial ao seu desenvolvimento psicomotor, emocional, mental e social e dá a oportunidade de disfarçar o dia a dia no hospital, ao produzir



uma realidade única e transpor a barreira da doença, e os limites do tempo e do espaço (Masetti, 2003; Mitre; Gomes, 2004).

Método

Tipo de pesquisa

A pesquisa qualitativa, de nível exploratório, tem como objetivo proporcionar uma visão mais aproximada em relação a determinado fato, especialmente, quando o tema é pouco explorado; também é classificada como descritiva, por objetivar a descrição de características de determinada população ou fenômeno (Gil, 2019).

Material

A pesquisa de campo foi realizada na enfermaria pediátrica de um hospital filantrópico da rede pública em João Pessoa – PB, que é referência no tratamento de câncer e atende crianças e adolescentes de 0 a 19 anos. A partir dos atendimentos, foram observados, registrados e analisados

Coleta e análise de dados

Os dados foram coletados no período de outubro de 2023 a julho de 2024 por uma discente, bolsista no projeto de extensão intitulado *Brincar para Melhorar*, do Departamento de Psicopedagogia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), a partir da observação sistemática participante, que envolve um



olhar ordenado para ações, registros, análises e interpretações dessas ações (Cozby, 2012; Danna; Matos, 2015). Os dados foram registrados pela discente com registro cursivo após cada atendimento, e analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin (2016).

Para uma melhor otimização dos dados, os recursos utilizados foram divididos por categorias: finalidade, faixa etária recomendada, engajamento das crianças, engajamento dos pais e observações consideradas importantes pela discente.

Os recursos lúdicos selecionados para análise pormenorizada foram: Pintura de desenhos; Contação de histórias (livraria física); Pula Sapinho®; Jogo da memória (confeção própria); Tetris Vertical®; Alfabeto com imagens (confeção própria); Mercadinho da Leitura®; Jogo Cilada®; Dobble®.

As categorias de engajamento foram elaboradas com a colaboração de três juízes, que avaliaram a pertinência dos dados às categorias a partir de um nível de concordância de 80%.

Para diferenciar os níveis de engajamento citados no quadro, foi necessário tomar por base a observação realizada durante os atendimentos com enfoque nos níveis de interação, atenção, interesse (aqui descrito como contato visual, questionamentos sobre o recurso e demonstração de importância) e tempo de duração de cada atividade.

A partir disso, quando havia interesse contínuo por parte da criança, interação com o recurso escolhido, atenção durante o tempo de atividade, atribuição de novas funções ao recurso e vontade de participação dos pais na atividade, considerou-se um alto engajamento.



Para estabelecer o alto engajamento dos pais, os critérios observados foram o interesse pela atividade realizada com o paciente desde o início desta, a interação e a participação durante a aplicação dos recursos.

No sentido de definir o nível médio de engajamento dos pacientes para com os recursos, foram observados pontos em relação ao interesse e à atenção, mas destacou-se o tempo de interação com o recurso utilizado e a atribuição de novas funções àquele recurso, se estes pontos não fossem tão explorados pela criança, definiu-se como médio engajamento.

Para o nível médio de engajamento dos responsáveis, foram observados pontos como interação, participação e principalmente o uso do celular. Se o acompanhante inicialmente mostrasse interesse, mas no decorrer da sessão distraía-se pelo uso do celular ou se mantinha o interesse na atividade apenas por um período de tempo, definiu-se assim o nível médio de engajamento.

No intuito de definir o baixo nível de engajamento das crianças, também foram observados os fatores supracitados, com destaque para o tempo de interesse e para a atenção destinada à discente e ao recurso, por vezes preferiam continuar assistindo à Televisão, ao *Tablet* ou ao celular, quando os fatores observados indicavam para a recusa da atividade, considerou-se baixo engajamento.

Por fim, para definir o baixo engajamento por parte dos responsáveis, o fator mais levado em consideração foi o uso do celular, quando era perceptível que majoritariamente



o responsável utilizava o celular e/ou saía da enfermaria, considerou-se baixo engajamento.

Resultados e Discussão

A pesquisa tomou por objetivo avaliar e descrever a efetividade que significa qualidade do que é eficaz, ou seja, a capacidade de produzir efeito ou alcançar resultados desejados (Aurélio, 2010), de recursos utilizados de acordo com nível de engajamento das crianças e dos pais, ao tomar por base também a finalidade e a faixa etária.

A partir dos dados analisados foi construído o quadro 1, que está descrito a seguir:

Quadro 1. Análise de recursos lúdicos utilizados no atendimento a crianças hospitalizadas.

RECURSO LÚDICO	FINALIDADE	FAIXA ETÁRIA RECOMENDADA	ENGAJAMENTO	
			DOS APRENDENTES	DOS RESPONSÁVEIS
			BAIXO/MÉDIO/ALTO	BAIXO/MÉDIO/ALTO
Pintura de Desenhos	Estimulação de motricidade fina, reconhecimento de cores.	A partir de 2 anos	MÉDIO	BAIXO
Contação de Histórias	Estimulação de imaginação, interpretação textual e atenção.	A partir de 2 anos	BAIXO	BAIXO
Pula Sapinho®	Raciocínio lógico.	Entre 4 e 12 anos	MÉDIO	MÉDIO
Jogo da Memória	Atenção, memória, raciocínio lógico e troca de turno.	A partir de 4 anos	ALTO	ALTO
Tetris Vertical®	Raciocínio lógico, tempo de espera.	A partir de 4 anos	ALTO	ALTO
Alfabeto com Imagens	Associação de letras e imagens.	A partir de 6 anos	MÉDIO	BAIXO
Mercadinho da Leitura®	Associação de letras e comidas, reconhecimento de alimentos.	A partir de 6 anos	ALTO	ALTO
Jogo Cilada®	Raciocínio lógico.	A partir de 6 anos	ALTO	ALTO
Dobble®	Atenção, agilidade, reconhecimento de pares.	A partir de 7 anos	MÉDIO	MÉDIO

Fonte: Dados da pesquisa (2023/2024)



Na faixa-etária a partir de 2 anos, foi possível observar que a pintura de desenhos de acordo com a preferência das crianças sobressaiu-se à contação de história em se tratando de engajamento dos pacientes, enquanto o nível de engajamento dos pais foi baixo.

A contação de histórias foi realizada pela discente com histórias clássicas (os três porquinhos, chapeuzinho vermelho, a bela adormecida, branca de neve e João e Maria), durante a leitura foi possível observar que os pacientes já tinham conhecimento dos enredos e interrompiam a atividade por não haver interesse. Também foi possível perceber que, tanto os pacientes, quanto os pais, optaram por acessar o celular ao invés de escutar a história proposta porque estas não chamavam a atenção.

Na faixa etária compreendida a partir de 4 anos, foram utilizados recursos que priorizavam o desenvolvimento do raciocínio lógico, abrangendo também a estimulação de tempo de espera, atenção e memória.

O *Jogo Pula Sapinho*® tem o objetivo de trocar todos os seis sapinhos de lado – os da esquerda devem ir para a direita e os da direita para a esquerda - e busca desenvolver o raciocínio lógico, estratégia e planejamento.

Ao aplicar, foi possível perceber que este recurso foi bem aceito entre as crianças e seus responsáveis. Por estimular o raciocínio lógico, era visto como um desafio que instiga a vontade de finalizar, onde as crianças se animavam e influenciavam a participação ativa dos pais.

Outrossim, na aplicação do *Jogo da Memória*, foi observado que houve um alto nível de engajamento por parte dos pacientes e seus pais. A confecção deste jogo variava de



acordo com a preferência da criança (Princesas da *Disney*, *Super Mario* e *Pocoyo*), por vezes as crianças competiam com seus próprios responsáveis, o que descontraía o ambiente e fortalecia os vínculos afetivos.

Ainda, durante a utilização do *Tetris Vertical*®, que tem por objetivo o encaixe de peças de madeira em uma base, vence quem conseguir encaixar estas peças de maneira uniforme. Observou-se um alto nível de engajamento dos aprendentes e seus pais. O sentimento de desafio entusiasmou as crianças que convidavam seus pais para jogar junto.

Na faixa etária prevista a partir de 6 anos, foram escolhidos recursos que estimulam o desenvolvimento de pré-requisitos básicos para a alfabetização, como o reconhecimento de letras e a associação de letras a objetos, animais ou comidas.

Com o recurso *Alfabeto com Imagens*, foram utilizados *cards* impressos e plastificados pela discente. Cada *card* continha uma letra do alfabeto acompanhada de um objeto, animal ou comida, cujo nome se iniciava com aquela letra; por exemplo, a carta que tinha a letra “T” estava acompanhada de uma figura de tartaruga. Durante a sessão, foram apresentados às crianças os *cards* para que houvesse a identificação da letra, do objeto e também a associação dos dois, este recurso foi desenvolvido pela discente.

Notou-se que o nível de engajamento desse recurso foi médio por parte das crianças, havia uma pequena interação inicialmente, mas após o término da apresentação do alfabeto o paciente solicitava a troca de recurso. Já por parte dos



responsáveis, observou-se que a preferência era por permanecer utilizando o celular durante a aplicação do recurso com a criança.

Com o recurso *Mercadinho da Leitura*®, também foi possível avaliar a associação de letras e comidas e o reconhecimento de alimentos. O recurso é composto por alimentos, uma prateleira e um carrinho de compras, todos plastificados, com os quais a discente conseguiu trabalhar com os pacientes os objetivos propostos. Em relação ao engajamento, o recurso alcançou o nível alto ao envolver os pacientes e seus responsáveis.

O *Jogo Cilada*® também mostrou um alto nível de engajamento, tanto dos aprendentes, quanto dos seus responsáveis. Este é um jogo que tem por objetivo encontrar corretamente uma forma de encaixar todas as peças no tabuleiro, por ser um jogo que estimula o raciocínio lógico, a atenção e a flexibilidade cognitiva, também propiciou um clima de desafio.

Dentro da faixa etária compreendida a partir de 7 anos utilizou-se o jogo *Dobble*®, que tem por objetivo o reconhecimento de pares, a atenção e agilidade, e obteve um engajamento de nível médio para com os pacientes e seus responsáveis, os quais se interessaram por pouco tempo naquela atividade.

A partir da análise de dados, notou-se que recursos que proporcionam pouca interatividade como a contação de histórias, alfabeto com imagens e a pintura de desenhos apresentaram um baixo engajamento.

Os recursos que se encaixaram no nível de engajamento médio, como o *Dobble*® e o *Pula Sapinho*®, apresentaram significativa importância. É necessário levar em consideração a faixa etária e a dinâmica da atividade para ampliar o engajamento.



jamento ao ajustar a dificuldade e buscar formas de envolver mais os pais quando necessário.

Por outro lado, atividades mais desafiadoras e que envolvem interação e competição saudável, como *Jogo Cilada*®, *Tetris Vertical*®, *Jogo da Memória* e *Mercadinho da Leitura*® mostraram alto engajamento tanto dos aprendentes quanto dos pais. Esse tipo de atividade lúdica favorece a compreensão de que, durante a vida, passarão por momentos de ganhos, mas também de perdas, e é importante aprender a lidar com ambos, por isso, jogos são necessários para que os educadores trabalhem a competitividade saudável em crianças (Schmitz *et al.*, 2012).

Observou-se a necessidade da constante renovação de recursos e a exploração de novos materiais para que os pacientes demonstrassem entusiasmo pela atividade, nesse sentido, a discente exercitava a criatividade para reinventar atividades com os mesmos materiais e organização para sempre buscar novos. Guimarães (1988) evidencia que a organização e estrutura do ambiente e atividades adequadas ao nível de desenvolvimento são necessárias para proporcionar ao indivíduo condições de participação nas brincadeiras.

Notou-se que todos os recursos, mesmo os que tiveram um baixo engajamento, contribuíram positivamente em aspectos como o fortalecimento das relações familiares; a criação de um ambiente mais leve e positivo; e o enfrentamento de alguns medos do paciente. A incorporação de recursos lúdicos em ambientes hospitalares, os deixam mais acolhedores e menos clínicos, o que pode melhorar a vivência do paciente e trazer mais disposição para enfrentar o tratamento (Espinosa; Almeida, 2017).



Considerações finais

Durante o capítulo, foi possível discutir a efetividade e o engajamento de recursos lúdicos observados durante os atendimentos em ambiente hospitalar. As atividades foram caracterizadas e as observações sistematizadas ao longo das interações com crianças hospitalizadas, levando em consideração fatores como idade, escolaridade e interesses individuais. Os resultados indicaram que a prática do brincar proporciona um significativo aprendizado, mesmo quando o engajamento não é o mais elevado.

Outrossim, foi possível explorar questões que envolvem o uso da ludicidade no meio hospitalar, a compreender que esta pode ser utilizada de forma que desperte nas crianças a vontade de aprender, mesmo em um contexto delicado em relação à saúde.

A partir dos resultados obtidos, observou-se também a importância da presença dos pais ao longo de todo o processo de tratamento, especialmente sua participação nas atividades lúdicas realizadas com as crianças. Notou-se uma melhora significativa nos índices de engajamento infantil, além dos benefícios decorrentes da decisão dos responsáveis de participarem de forma ativa.

Em síntese, durante o desenvolvimento do estudo, foi possível perceber a influência efetiva da ludicidade atrelada à aprendizagem no atendimento a crianças hospitalizadas, o que pode contribuir para futuras atuações psicopedagógicas no âmbito hospitalar.



Referências

- AMORIM, I. C. Atendimento psicopedagógico em enfermaria pediátrica. *Revista Psicopedagogia*, São Paulo, v. 21, n. 64, p. 72–83, 2004. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v21n64/v21n64a09.pdf>. Acesso em 30 de abr. 2026.
- ARRABA, M. F. et al. Jogos e brincadeiras: um espaço para o lúdico na educação infantil. *Educere – Revista da Educação*, v. 14, n. 2, p. 259–271, 2014.
- AURÉLIO. *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Positivo, 2010.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 5. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.
- CALEFFI, C. C. F. et al. Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. e58131, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58131>. Acesso em: 30 abr. 2026.
- CARVALHO, H. B. de. *A psicologia no hospital*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2014.
- COYNE, I.; KIRWAN, L. Children’s participation in healthcare: a review. *Journal of Child Health Care*, v. 16, n. 3, p. 312–322, 2012.
- COZBY, P. C. *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas, 2012.
- DANNA, M. F.; MATOS, D. A. *Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia*. Curitiba: InterSaberes, 2015.
- DANTAS, J. A.; CASTANHO, M. I. *Psicopedagogia hospitalar: a aprendizagem em contextos de saúde*. São Paulo: Cortez, 2019.
- ESPINOSA, M. P.; ALMEIDA, L. F. Ambientes lúdicos em hospitais: efeitos na experiência de crianças. *Revista de Psicologia Infantil*, p. 56–65, 2017.



FERREIRA, J. C.; SANTOS, M. A. Intervenção lúdica no ambiente hospitalar infantil: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Pediatria*, p. 496–503, 2018.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GUIMARÃES, M. *A organização e estrutura do ambiente de aprendizagem e o desenvolvimento infantil*. São Paulo: Editora Exemplo, [s.d.].

HOCKENBERRY, M. J. *Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

KUMAMOTO, L. H. M. C. C. et al. Apoio à criança hospitalizada: proposta de intervenção lúdica. In: Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, 2., 2004, Belo Horizonte. Anais [...]. Belo Horizonte: [s.n.], 2004.

MASSETTI, M. Boas misturas: o psicossocial da criança hospitalizada. *Psicologia em Estudo*, v. 15, n. 1, p. 45–54, 2003.

MAZUR, A. et al. O processo de hospitalização da criança sob a ótica do familiar. 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/57cbe/resumos/834.htm>. Acesso em: 30 abr. 2026.

MELO, A. A terapêutica artística promovendo saúde na instituição hospitalar. *Ibérica: Revista Interdisciplinar de Estudos Ibéricos e Ibero-Americanos*, v. 3, p. 159–189, 2007.

MITRE, R. M. *Brincar e humanização hospitalar: o lúdico no contexto da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

MITRE, R.; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 147–154, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100015>. Acesso em: 30 de abr. 2026.

MURRAY, E. K.; CONNOR, M.; WHELAN, L. Academic support for hospitalized children: strategies and outcomes. *Journal of School Health*, v. 91, n. 8, p. 668–676, 2021.



NOREÑA-PEÑA, A.; JUAN, L. El contexto de la interacción comunicativa: factores que influyen en la comunicación entre los profesionales de enfermería y los niños hospitalizados. *Cultura de los Cuidados*, año XII, [s.l.: s.n.].

SCHMITZ, B.; KLEMKE, R.; SPECHT, M. Effects of mobile gaming patterns on learning outcomes: a literature review. *Journal of Technology Enhanced Learning*, 2012.

VIEIRA, M. A.; LIMA, R. A. G. de. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 552–560, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000400013>. Acesso em: 30 abr. de 2026.





CAPÍTULO 16

Telas no Leito Hospitalar: a percepção de pacientes infantis

- » Manaiene Elielma Lima Ferreira
- » Lilian Kelly de Sousa Galvão
- » Flávia Moura de Moura

Resumo

Este capítulo analisa como crianças hospitalizadas percebem o uso de dispositivos digitais durante o tratamento oncológico. O estudo, de abordagem observacional e descritivo-exploratória, foi realizado em um hospital pediátrico de João Pessoa–PB, com cinco crianças entre cinco e doze anos. A coleta ocorreu por meio de questionário com questões abertas e fechadas, e os dados foram examinados por estatística descritiva e Análise de Conteúdo Categórica-Temática. Os resultados mostram que as telas ocupam lugar central na rotina da internação. As crianças relataram uso prolongado, especialmente à noite, além de efeitos positivos, como alívio do tédio, e negativos, como



cansaço e irritação. Conclui-se que, embora seja um recurso de entretenimento, o uso intenso e não mediado das telas pode gerar repercussões emocionais e cognitivas, revelando a necessidade de outras estratégias de mediação ocupacional no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: *telas, crianças, oncologia.*

Compreender como as crianças hospitalizadas se relacionam com as telas exige atenção ao modo como elas vivem o cotidiano da internação e às experiências que constroem nesse ambiente. No tratamento oncológico, a rotina infantil é marcada por procedimentos constantes, longos períodos de espera, desconfortos físicos e afastamento das atividades escolares e sociais. Em meio a essas mudanças, dispositivos como celulares, tablets e televisores passam a integrar o dia a dia, ocupando funções que variam conforme as emoções, a disponibilidade de atividades e as necessidades de cada criança.

Ao observar as crianças no ambiente hospitalar, alguns estudos evidenciam que as telas ultrapassam a ideia de simples passatempo (Nunes et al., 2023; Eisenstein, 2023). Para algumas, servem como distração em momentos de dor ou ansiedade; para outras, representam companhia ou uma forma de manter certa continuidade com sua vida fora do hospital. Há ainda aquelas que relatam cansaço, irritação ou incômodo após longos períodos de uso, indicando que o contato com os dispositivos é vivido de formas diversas e nem sempre positivas. Essas percepções mostram que o uso das telas, durante a hospitalização, é



fortemente influenciado por fatores emocionais, físicos e pelo próprio contexto social em que cada criança está inserida.

A literatura aponta que, quando mediado, o uso das telas pode favorecer o bem-estar emocional e ajudar a manter vínculos com familiares e amigos distantes (Arora et al., 2022; Barrêto et al., 2025). Por outro lado, estudos chamam atenção para riscos associados à exposição prolongada, especialmente em situações de maior fragilidade, como internações longas e tratamentos complexos (Nunes et al., 2023; Eisenstein, 2023). As recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2023) reforçam a importância de limites adequados, considerando idade, quadro clínico e necessidades específicas de cada criança.

Diante disso, este capítulo dedica-se a analisar exclusivamente a percepção das crianças sobre o uso das telas durante a internação. Busca-se compreender como elas descrevem suas experiências, que sentidos atribuem aos dispositivos e de que forma avaliam seus efeitos no comportamento, nas emoções, na aprendizagem e na convivência no hospital. Ao trazer essas vozes para o centro da discussão, pretende-se ampliar o diálogo sobre práticas de acolhimento e mediação digital que respeitem o olhar infantil e contribuam para um cuidado mais sensível e integrado no ambiente hospitalar.



Método

Caracterização do estudo

O estudo caracteriza-se como observacional, de delineamento transversal e abordagem descritivo-exploratória. Seu objetivo foi compreender como crianças hospitalizadas percebem e vivenciam o uso de dispositivos digitais durante o tratamento oncológico. Esse delineamento é adequado a investigações que buscam retratar fenômenos contemporâneos em seu contexto natural, sem intervenções ou manipulações de variáveis.

Participantes

A pesquisa foi realizada em um hospital oncológico pediátrico da cidade de João Pessoa–PB. Participaram cinco crianças, com idades entre cinco e doze anos, que se encontravam internadas entre maio e agosto de 2025. O número reduzido de participantes está diretamente relacionado ao pequeno quantitativo de leitos disponíveis e às variações no estado clínico das crianças durante o período da coleta. Houve predominância de participantes do sexo masculino, característica que refletiu o perfil do setor naquele momento, e não uma escolha prévia da pesquisa.



Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas no estudo crianças que se enquadraram na faixa etária definida, apresentavam condições clínicas estáveis e tinham capacidade mínima de compreender e responder às perguntas do questionário. Foram excluídas aquelas fora da idade estabelecida, em situação clínica que impedisse a participação ou que não apresentassem condições de comunicação suficientes para colaborar com o instrumento. Embora esses critérios tenham reduzido o número total de participantes, eles foram essenciais para assegurar a fidedignidade das respostas.

Instrumento de pesquisa

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário desenvolvido especificamente para crianças. O instrumento combinava questões fechadas e perguntas abertas, permitindo que as crianças respondessem tanto de forma objetiva quanto com suas próprias palavras. O questionário abordava informações sobre o perfil das participantes, suas preferências, as atividades realizadas durante a internação, os dispositivos que utilizavam e como percebiam o uso das telas tanto no hospital quanto em casa.

Procedimento

A coleta ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética e autorização institucional (CAAE: 88652825.8.0000.5188). Foi solicitado o assentimento da criança e o consentimento do responsável. As crianças foram convidadas a participar durante



a internação, e o questionário foi aplicado em momentos adequados, respeitando as rotinas médicas e o bem-estar de cada participante. As respostas foram registradas de forma confidencial e organizadas posteriormente para análise.

Análise dos dados

Os dados quantitativos referentes ao perfil das crianças foram tratados por meio de estatística descritiva. As respostas abertas foram analisadas segundo a Análise de Conteúdo Categorical-Temática proposta por Bardin (2020), permitindo identificar padrões e significados atribuídos pelas crianças ao uso das telas no contexto hospitalar.

Resultados e Discussão

Perfil da amostra

A amostra foi composta por cinco crianças com idades entre cinco e doze anos ($M = 9,6$; $DP = 3,36$). Três delas tinham 12 anos, uma tinha 7 e outra 5, o que evidencia uma faixa etária bastante ampla e marcada por diferentes níveis de desenvolvimento e escolarização. Essas diferenças afetam diretamente, segundo estudos, a forma como cada criança utiliza e interage com as telas. A literatura aponta que as crianças menores tendem a apresentar um uso mais passivo dos dispositivos, enquanto as mais velhas costumam ter maior autonomia, so-



bretudo em jogos e em atividades relacionadas às redes sociais (Nunes et al., 2023; Ramos et al., 2024).

Quanto ao gênero, quatro participantes eram meninos e uma era menina. Essa distribuição não sugere um padrão específico de uso de telas por sexo, mas reflete o perfil do setor no período da coleta. Estudos, entretanto, indicam que os meninos costumam demonstrar maior interesse por jogos e dispositivos digitais (Gomes et al., 2024), o que pode influenciar a forma de engajamento durante a internação.

A escolaridade das crianças também foi diversa: uma estava na creche, uma no Infantil 5, e as demais cursavam 5º, 6º e 7º ano do Ensino Fundamental. Entre as participantes de 12 anos, duas estavam em séries abaixo do esperado, possivelmente em razão das interrupções frequentes no percurso escolar decorrentes das internações. Essas rupturas tendem a ampliar desigualdades e impactar o desenvolvimento acadêmico, sobretudo em fases iniciais da formação escolar (Piña et al., 2025). Além disso, nenhuma das crianças relatou usar recursos digitais com finalidade pedagógica durante a internação, o que mostra que, nesse contexto, as telas permanecem associadas principalmente ao lazer.

Rotina e uso das telas

As falas das crianças mostraram que televisão, jogos e vídeos eram as atividades mais presentes ao longo do dia. Embora algumas também mencionassem brincar ou desenhar, os dispositivos digitais apareciam como o recurso mais constante, ocupando grande parte do tempo disponível durante a



internação. Esse padrão é compatível com pesquisas que indicam que, em situações de vulnerabilidade, as telas funcionam como uma espécie de apoio emocional, ajudando a aliviar a ansiedade e a preencher os períodos de espera (Arora et al., 2022; Barrêto et al., 2025).

O tempo de exposição relatado pelas crianças também foi elevado. Muitas afirmaram que permaneciam assistindo vídeos ou utilizando o celular por longos períodos, especialmente durante a noite. A concentração do uso nesse horário chama atenção, pois pode afetar o sono, a regulação emocional e a capacidade de atenção, conforme apontam estudos que discutem a redução da melatonina e os efeitos cognitivos do uso excessivo das telas (Valente et al., 2024).

Atividades durante a internação

Além dos dispositivos digitais, as crianças mencionaram atividades como brincar com brinquedos, descansar, desenhar ou pintar. No entanto, nenhuma relatou participação em atividades escolares ou contato com professores. A ausência de classe hospitalar reforça um quadro de descontinuidade educacional que tende a se agravar em casos de internações prolongadas ou recorrentes (Nunes et al., 2023).

Do ponto de vista psicopedagógico, essa lacuna evidencia a necessidade de integrar ações lúdicas e digitais com finalidade formativa, de modo a diminuir os impactos da falta de estimulação cognitiva no contexto hospitalar.



Efeitos percebidos pelas crianças

As percepções das crianças sobre o uso das telas mostraram-se ambivalentes. Para algumas, os dispositivos ajudavam a enfrentar o tédio, reduziam a ansiedade e permitiam manter contato com familiares, favorecendo uma sensação de acolhimento e continuidade da vida fora do hospital. Por outro lado, também relataram cansaço visual, irritação após longos períodos de uso e dificuldade de interromper a atividade quando solicitado.

Essas experiências dialogam com pesquisas que apontam tanto benefícios emocionais quanto riscos associados ao uso prolongado, especialmente em contextos de tratamento e hospitalização (Eisenstein, 2023). De modo geral, os relatos mostram que as telas desempenham um papel importante no enfrentamento da internação, mas o uso sem mediação pode trazer repercussões emocionais, comportamentais e cognitivas que merecem atenção.

Considerações finais

A análise das falas e respostas das crianças mostrou que o uso das telas ocupa um lugar central na rotina da internação e funciona como uma das principais estratégias de enfrentamento diante das demandas emocionais do tratamento. Os dispositivos aparecem como uma forma de aliviar o tédio, reduzir o medo e amenizar a sensação de solidão, aspectos que fazem parte da experiência hospitalar, especialmente quando a permanência é prolongada. Ao mesmo tempo, ficou evidente que esse uso ocorre de maneira intensa e contínua, com maior concentração



no período noturno, um comportamento que pode repercutir no sono, na atenção e no humor das crianças.

Outro ponto marcante foi a ausência de atividades escolares mencionadas pelas participantes. Nenhuma criança relatou realizar tarefas pedagógicas ou ter contato com práticas educativas durante a internação, o que reforça o impacto desse afastamento na continuidade da aprendizagem. A inexistência de classe hospitalar e a interrupção prolongada das rotinas escolares contribuem para defasagens que extrapolam o período de internação e dificultam o retorno à escola.

Os relatos mostraram ainda que, embora as telas cumpram funções importantes nesse contexto, o uso sem mediação e sem alternância com outras formas de brincar e aprender tende a limitar oportunidades de desenvolvimento cognitivo, motor e social. Assim, os resultados apontam para a necessidade de estratégias que promovam equilíbrio entre o uso dos dispositivos digitais e atividades lúdicas, educativas e de interação, de modo a tornar a experiência hospitalar mais saudável e alinhada às necessidades infantis.

Referências

ARORA, G. *et al.* Perceived screen use in hospitalized children: child life experts' perspectives on more meaningful engagement. *The Journal of Child Life: Psychosocial Theory and Practice*, v. 3, n. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.55591/001c.33654>. Acesso em: 30 abr. 2026.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 4. ed. São Paulo: Edições 70, 2020.



BARRÊTO, D. M. S. *et al.* Realidade virtual e ludoterapia no manejo da dor e ansiedade de crianças e adolescentes em tratamento oncológico: estudo quase experimental. *Brazilian Journal of Pain*, v. 8, e20250027, 2025. DOI: <https://doi.org/10.63231/2595-0118.20250027-pt>. Acesso em: 30 abr. 2026.

BORTOLOTE, G. S. *et al.* O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 422-429, set. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000300002>. Acesso em: 30 abr. 2026.

CHAVES, B. S. *et al.* O tempo de tela na infância e suas implicações para a saúde física e mental: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 13, n. 7, e8413746333, 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i7.46333>. Acesso em: 30 abr. 2026.

EISENSTEIN, E. Crianças, adolescentes e a era digital: benefícios e riscos. *Revista Graduação / Pós-graduação / Extensão*, v. 11, n. 1, p. 7-14, jan./jun. 2023. Disponível em: <https://www.periodicos.capes.gov.br/index.php/acervo/buscaador.html?task=detalhes&source=all&id=W4387342023>. Acesso em: 30 abr. 2026.

GOMES, B. R. *et al.* A era digital: os impactos da tecnologia para o desenvolvimento infantil. *Revista Contemporânea*, v. 4, n. 11, p. 1-22, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.56083/RCV4N11-057>. Acesso em: 30 abr. 2026.

MAGALHÃES, V. M. S. *et al.* Efeitos do uso excessivo de telas no neurodesenvolvimento de crianças e adolescentes: o que diz a literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 7, n. 3, p. 1956-1964, 2025. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n3p1956-1964>. Acesso em: 30 abr. 2026.

NISHI, S. S. *et al.* As consequências emocionais da exposição de telas digitais em crianças de 2 a 6 anos. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, São Paulo, v. 9, n. 7, p. 157-173, jul. 2023. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v9i7.10379>. Acesso em: 30 abr. 2026.



NUNES, A. P. *et al.* O uso de telas e tecnologias pela população infanto-juvenil: revisão bibliográfica sobre o impacto no desenvolvimento global de crianças e adolescentes. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 6, n. 5, p. 19926–19939, set./out. 2023. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n5-045>. Acesso em: 30 abr. 2026.

PIÑA, A. M. P. *et al.* Diseño e implementación de una estrategia de psicopedagogía hospitalaria para La mejora del bienestar en pacientes oncológicos. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, v. 12, n. 3, art. 57, p. 1–19, maio-ago. 2025. DOI: <https://doi.org/10.46377/dilemas.v12i3.4660>. Acesso em: 30 abr. 2026.

RAMOS, E. T. G. *et al.* Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor e efeitos psicológicos associados ao uso excessivo de telas na infância. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 7, n. 5, p. 1–16, set./out. 2024. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n5-575>. Acesso em: 30 abr. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. #Menos Telas #Mais Saúde: manual de orientação do Grupo de Trabalho Saúde na Era Digital – Atualização 2024. Rio de Janeiro: SBP, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/secom/pt-br/arquivos/2024_menostelas-maissaude_atualizado.pdf/view. Acesso em: 30 abr. 2026.

VALENTE, A. I. M. *et al.* Influência do uso de telas no desenvolvimento de crianças: uma revisão bibliográfica. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, São Paulo, v. 10, n. 12, p. 718–736, dez. 2024. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i12.17301>. Acesso em: 30 abr. 2026.





Telas no Leito Hospitalar: a percepção de cuidadores infantis

- » Manaiene Elielma Lima Ferreira
- » Lilian Kelly de Sousa Galvão
- » Flávia Moura de Moura

Resumo

Este capítulo analisa como cuidadores de crianças hospitalizadas percebem o uso de dispositivos digitais durante o tratamento oncológico. A partir de um estudo observacional e descritivo-exploratório, realizado com oito cuidadores em um hospital pediátrico de João Pessoa–PB, investigaram-se percepções sobre benefícios, riscos e formas de mediação das telas no contexto da internação. Os resultados mostram que os dispositivos são utilizados como estratégia para conforto emocional, distração e manejo do estresse, especialmente diante da sobrecarga vivenciada pelas famílias. Entretanto, os cuidadores também relatam preocupações relacionadas ao



uso excessivo, irritabilidade e prejuízos no sono das crianças, além da ausência de limites claros e de acompanhamento dos conteúdos. Conclui-se que práticas de mediação mais sensíveis e orientadas podem favorecer um uso digital mais equilibrado durante a hospitalização.

Palavras-chave: *telas, cuidadores, mediação.*

A hospitalização infantil, sobretudo em tratamentos oncológicos, exige uma reorganização profunda da rotina familiar. Os cuidadores passam a acompanhar a criança em um ambiente permeado por incertezas, desgaste emocional e longos períodos de permanência no hospital. Nesse cenário, celulares, tablets e televisores tornam-se recursos facilmente disponíveis e, muitas vezes, necessários para apoiar o cuidado diário, aliviar o estresse, distrair a criança e tornar a rotina mais suportável. Assim, compreender como os responsáveis interpretam e regulam o uso desses dispositivos é fundamental para entender o lugar que as telas assumem durante a internação.

As vivências observadas evidenciaram que as decisões dos cuidadores sobre permitir, restringir ou orientar o uso digital não são simples. Para muitos, as telas aparecem como aliadas importantes, oferecendo conforto emocional, entretenimento ou a possibilidade de manter o contato com familiares. Para outros, surgem preocupações relacionadas ao comportamento da criança, à qualidade do sono, ao excesso de estímulos ou ao tempo prolongado de exposição. Essas percepções são influenciadas pela sobrecarga emocional do tratamento, pelo medo do desconhecido e pelas próprias condições de vida das famílias (Barrêto et al., 2025).



A literatura aponta que o uso digital pode trazer benefícios quando há mediação atenta e sensível, favorecendo a regulação emocional e oferecendo uma sensação de segurança (Arora et al., 2022; Barrêto et al., 2025). Por outro lado, estudos alertam para riscos ampliados quando a criança se encontra fisicamente fragilizada, como é o caso do câncer infantil (Nunes et al., 2023; Eisenstein, 2023). As recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2024) reforçam que a exposição às telas deve levar em conta a idade, as condições clínicas e a disponibilidade de outras atividades adequadas ao contexto hospitalar.

Diante disso, este capítulo tem como objetivo geral investigar como os cuidadores percebem o uso das telas durante a internação, analisando seus entendimentos sobre benefícios e riscos, os limites que tendem a estabelecer e de que forma o ambiente hospitalar influencia essas escolhas. Ao destacar essas percepções, busca-se contribuir para a construção de práticas de cuidado mais sensíveis, realistas e alinhadas às necessidades das famílias que vivenciam o processo de hospitalização infantil.

Método

Caracterização do estudo

O estudo caracteriza-se como observacional, de delineamento transversal e abordagem descritivo-exploratória. Esse delineamento é adequado a investigações que buscam retratar fenômenos contemporâneos em seu contexto natural, sem intervenções ou manipulações de variáveis.



Participantes

A pesquisa foi conduzida em um hospital oncológico infantil localizado em João Pessoa–PB. Participaram oito cuidadores que acompanhavam as crianças internadas entre maio e agosto de 2025. A maioria era composta por mulheres, com idades entre 24 e 49 anos. A composição da amostra refletiu diretamente as condições reais do setor, marcado por baixa rotatividade e quantidade reduzida de acompanhantes elegíveis durante o período de coleta.

CrITÉRIOS de inclusão e exclusão

Foram incluídos os cuidadores presentes no momento da coleta, com vínculo direto com a criança e que apresentavam condições emocionais e cognitivas para responder ao instrumento. Foram excluídos aqueles sem disponibilidade, sem participação ativa no cuidado ou impedidos por questões pessoais ou emocionais. Embora esses critérios tenham restringido o número de participantes, garantiram maior consistência e confiabilidade às informações obtidas.

Instrumento de pesquisa

Para os cuidadores, utilizou-se um questionário composto por questões fechadas e abertas. O instrumento contemplava dados sociodemográficos, características da rotina hospitalar, formas de uso das telas pelas crianças, percepções sobre possíveis impactos emocionais, comportamentais e físicos, além de perguntas sobre o próprio uso digital dos responsáveis.



Procedimento

A coleta de dados ocorreu após a aprovação ética e institucional (CAAE: 88652825.8.0000.5188). Os cuidadores foram abordados individualmente e receberam informações sobre os objetivos do estudo. Após o consentimento, responderam ao questionário em momentos oportunos, evitando interferências nas demandas de cuidado e no andamento do tratamento das crianças. Todas as respostas foram registradas de forma sigilosa.

Análise dos dados

Os dados quantitativos foram examinados por meio de estatística descritiva com apoio do software SPSS Statistics (versão 21). As respostas abertas foram analisadas segundo a Análise de Conteúdo Categórica-Temática proposta por Bardin (2020), permitindo identificar padrões de percepção e compreender como os cuidadores interpretam os efeitos do uso das telas durante a hospitalização.

Resultados e Discussão

Perfil da amostra de cuidadores

Participaram do estudo oito cuidadores, com idades entre 24 e 49 anos ($M = 35,6$; $DP = 10,11$). A predominância feminina foi expressiva (87,5%), reforçando a centralidade materna no cuidado hospitalar descrita em diferentes estudos (Prata; Padovani, 2023; Barrêto et al., 2025). Esse predomínio também



ajuda a compreender a sobrecarga emocional vivenciada por essas mulheres, o que pode contribuir para que as telas sejam utilizadas como um recurso imediato para acalmar ou distrair a criança (Araújo, 2024).

A composição familiar mostrou-se diversa: metade das participantes era casada e metade solteira. A escolaridade predominante foi o ensino médio completo (62,5%), e o restante distribuiu-se entre níveis mais baixos. Pesquisas apontam que menor escolaridade tende a dificultar a compreensão de orientações relacionadas ao uso saudável de telas (Mendonça et al., 2024). Quanto à ocupação, 62,5% das cuidadoras eram trabalhadoras domésticas, e a maior parte das famílias possuíam renda inferior a R\$2.000, o que indica um cenário de vulnerabilidade socioeconômica. Essa condição pode limitar o acesso a informações confiáveis sobre saúde digital e mediação parental (Eisenstein, 2023).

O número de filhos variou de 1 a 5, ampliando as demandas cotidianas das famílias e reduzindo, em muitos casos, a disponibilidade de atenção exclusiva para a criança hospitalizada (Silva et al., 2024). Esses aspectos: gênero, escolaridade, renda e estrutura familiar, influenciam diretamente a forma como os cuidadores mediam o uso das telas e reforçam a necessidade de ações educativas que sejam acessíveis, sensíveis ao contexto social e compatíveis com a realidade das famílias atendidas.

Perfil das crianças hospitalizadas

De acordo com os seus cuidadores, as crianças tinham entre 5 e 12 anos, com maior presença de participantes de 12



anos. O tempo de internação variou amplamente, desde alguns dias até três anos, resultando em uma média superior a 11 meses. Internações prolongadas ampliam o afastamento escolar, emocional e social, aumentando a necessidade de suporte tanto da família quanto dos profissionais de saúde (Chaves et al., 2024). A escolaridade das crianças também apresentou grande diversidade, e a maioria estava afastada da escola há meses ou anos, revelando uma ruptura significativa na continuidade educacional. A inexistência de classe hospitalar aprofunda essa lacuna, contrariando recomendações da OMS e diretrizes nacionais para o atendimento escolar durante a hospitalização (Nunes et al., 2023). Nesse cenário, torna-se essencial pensar em formas de integrar o uso das telas a práticas psicopedagógicas que contribuam para a manutenção das habilidades cognitivas.

Rotina e uso de telas no hospital

Todos os cuidadores relataram que as crianças usavam televisão e celular durante a internação. Parte delas também tinha acesso a notebook, tablet ou videogame. As telas surgiram como recurso de distração e como forma de regular emoções diante da tensão e do estresse do ambiente hospitalar, resultado coerente com achados de Arora et al. (2022). No entanto, o uso pouco mediado fazia com que a exposição se prolongasse, reduzindo oportunidades para brincar, interagir ou se movimentar, aspectos fundamentais para o desenvolvimento cognitivo, motor e afetivo (Ramos et al., 2024).

Tempo médio diário de uso

O tempo médio diário de exposição informado pelos cuidadores foi de aproximadamente 11 horas, ultrapassando de forma expressiva as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (2024). A maior parte desse tempo concentrava-se à noite, o que favorece alterações no ritmo circadiano, dificuldade de sono, irritabilidade e prejuízos na atenção (Nishi et al., 2023). Além dos impactos comportamentais e cognitivos, destacam-se riscos físicos, como postura inadequada, sedentarismo e redução de experiências motoras essenciais ao desenvolvimento.

Uso de telas no hospital e em casa

Os cuidadores relataram um aumento expressivo do uso de telas durante a internação. Esse crescimento reflete a escassez de alternativas de lazer e a carga emocional vivenciada pelas famílias, aspectos confirmados por estudos que mostram que ambientes hospitalares favorecem maior tempo de exposição digital (Martins et al., 2024). Embora as telas possam oferecer conforto, o uso contínuo, sem pausas e sem mediação, pode gerar dependência e dificultar a retomada de rotinas equilibradas após a alta (Eisenstein, 2023).

Regulação e limites

Nenhum cuidador relatou estabelecer limites claros de tempo ou de conteúdo. A ausência de mediação ativa, somada ao estresse cotidiano e à sobrecarga do cuidado, contribui para um uso desregulado das telas pelas crianças.



Muitos responsáveis também relataram aumento no próprio uso digital, principalmente nas redes sociais, o que pode influenciar diretamente os hábitos infantis, já que as crianças aprendem, em grande parte, por observação (Magalhães et al., 2025).

Atividades realizadas durante a internação

As crianças realizavam atividades como assistir televisão, jogar em dispositivos eletrônicos, descansar, brincar com brinquedos e desenhar. Apesar dessa variedade, nenhuma atividade escolar foi citada, revelando lacunas significativas no atendimento pedagógico durante a internação. A predominância das telas, sem alternativas educativas, pode afetar a criatividade, a socialização e o desenvolvimento motor (Ramos et al., 2024).

Efeitos percebidos do uso de telas

Os cuidadores identificaram tanto aspectos positivos quanto negativos no uso das telas. Entre os efeitos negativos, foram mencionados irritabilidade, ansiedade, cansaço e dificuldade de interromper o uso, elementos frequentemente associados à exposição prolongada (Eisenstein, 2023; Valente et al., 2024). Em contrapartida, reconheceram benefícios como redução da ansiedade e facilidade de manter contato com familiares, fatores relevantes para o enfrentamento emocional durante a internação (Arora et al., 2022; Nunes et al., 2023). Ainda assim, muitos responsáveis demonstraram pouco conhecimento sobre os conteúdos consumidos pelas crianças, o que reforça a necessidade de mediação qualificada.



Perfil digital dos cuidadores

Os cuidadores relataram aumento no próprio uso de telas ao longo da internação, especialmente em redes sociais. Esse padrão pode fragmentar a atenção, dificultar a supervisão das crianças e reforçar práticas digitais pouco mediadas (Eisenstein, 2023). A ausência de regras pessoais sobre o próprio tempo de tela tende a se refletir diretamente nas crianças, que observam e reproduzem o comportamento dos adultos.

Considerações finais

As percepções dos cuidadores evidenciam que o uso de telas durante a internação está intimamente ligado às demandas emocionais, físicas e sociais vividas pelas famílias. Em um contexto marcado por incertezas, desgaste e longos períodos de afastamento da rotina, os dispositivos digitais acabam se tornando instrumentos de apoio imediato, utilizados para acalmar, distrair e proporcionar algum conforto às crianças. Dessa forma, muitas decisões relacionadas ao tempo de exposição são tomadas a partir das necessidades do momento, e não necessariamente com base em orientações sobre uso equilibrado.

Embora reconheçam tanto aspectos positivos quanto negativos, a maioria dos cuidadores relatou não estabelecer limites claros ou acompanhar de perto os conteúdos consumidos pelas crianças. A ausência de mediação ativa destaca a necessidade de estratégias educativas que auxiliem as famílias a orientar o uso das telas de forma mais consciente. O desconhecimento sobre o que as crianças assistem ou acessam durante a internação reduz



a possibilidade de intervenções preventivas e dificulta conversas sobre riscos, benefícios e escolhas mais adequadas.

Outro ponto importante diz respeito ao impacto da internação sobre a escolarização. Os cuidadores demonstraram preocupação com o afastamento prolongado das atividades pedagógicas e com as consequências dessa interrupção para o retorno à vida escolar. Quando o uso das telas se limita ao entretenimento, essas lacunas tendem a se aprofundar, reforçando a necessidade de uma atuação conjunta entre equipe de saúde, família e serviços educacionais para promover experiências que incluam também dimensões cognitivas e afetivas.

Os resultados mostram que, apesar de reconhecerem riscos, os cuidadores costumam perceber mais benefícios do que prejuízos no uso das telas durante a hospitalização. Isso aponta para a importância de ações de orientação que sejam acessíveis e compatíveis com a realidade dessas famílias, favorecendo práticas de mediação que permitam um uso mais equilibrado e que considerem, ao mesmo tempo, o bem-estar emocional e as necessidades do desenvolvimento infantil.

Referências

ARORA, G. *et al.* Perceived screen use in hospitalized children: child life experts' perspectives on more meaningful engagement. *The Journal of Child Life: Psychosocial Theory and Practice*, v. 3, n. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.55591/001c.33654>. Acesso em: 30 abr. 2026.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 4. ed. São Paulo: Edições 70, 2020.



BARRÊTO, D. M. S. *et al.* Realidade virtual e ludoterapia no manejo da dor e ansiedade de crianças e adolescentes em tratamento oncológico: estudo quase experimental. *Brazilian Journal of Pain*, v. 8, e20250027, 2025. DOI: <https://doi.org/10.63231/2595-0118.20250027-pt>. Acesso em: 30 abr. 2026.

CHAVES, B. S. *et al.* O tempo de tela na infância e suas implicações para a saúde física e mental: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 13, n. 7, e8413746333, 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i7.46333>. Acesso em: 30 abr. 2026.

EISENSTEIN, E. Crianças, adolescentes e a era digital: benefícios e riscos. *Revista Graduação / Pós-graduação / Extensão*, v. 11, n. 1, p. 7-14, jan./jun. 2023. Disponível em: <https://www.periodicos.capes.gov.br/index.php/acervo/buscaador.html?task=detalhes&source=all&id=W4387342023>. Acesso em: 30 abr. 2026.

MAGALHÃES, V. M. S. *et al.* Efeitos do uso excessivo de telas no neurodesenvolvimento de crianças e adolescentes: o que diz a literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 7, n. 3, p. 1956-1964, 2025. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n3p1956-1964>. Acesso em: 30 abr. 2026.

MARTINS, M. B. *et al.* Uso de telas por crianças e adolescentes hospitalizados: percepção dos cuidadores. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 32, e3411, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoA0261334111>. Acesso em: 30 abr. 2026.

MENDONÇA, J. F. *et al.* O impacto das redes sociais na saúde mental dos adolescentes: mecanismos e intervenções. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, v. 17, n. 10, p. e12222, 2024. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.10-499>. Acesso em: 30 abr. 2026.

NISHI, S. S. *et al.* As consequências emocionais da exposição de telas digitais em crianças de 2 a 6 anos. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, São Paulo, v. 9, n. 7, p. 157-173, jul. 2023. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v9i7.10379>. Acesso em: 30 abr. 2026.



NUNES, A. P. *et al.* O uso de telas e tecnologias pela população infanto-juvenil: revisão bibliográfica sobre o impacto no desenvolvimento global de crianças e adolescentes. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 6, n. 5, p. 19926–19939, set./out. 2023. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n5-045>. Acesso em: 30 abr. 2026.

PRATA, I. *et al.* Estratégias de enfrentamento de mães de crianças com doenças crônicas durante a internação. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 24, n. 1, p. 28–40, 2023. DOI: <https://doi.org/10.15309/23psd240103>. Acesso em: 30 abr. 2026.

RAMOS, E. T. G. *et al.* Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor e efeitos psicológicos associados ao uso excessivo de telas na infância. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 7, n. 5, p. 1–16, set./out. 2024. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n5-575>. Acesso em: 30 abr. 2026.

SILVA, Irinez Tairene da *et al.* O impacto das telas no processo de desenvolvimento e aprendizagem na primeira infância. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 10, n. 10, p. 2596–2609, 2024. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i10.16122>. Acesso em: 30 abr. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. #Menos Telas #Mais Saúde: manual de orientação do Grupo de Trabalho Saúde na Era Digital – Atualização 2024. Rio de Janeiro: SBP, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/secom/pt-br/arquivos/2024_menostelas-maissaude_atualizado.pdf/view. Acesso em: 30 abr. 2026.

VALENTE, A. I. M. *et al.* Influência do uso de telas no desenvolvimento de crianças: uma revisão bibliográfica. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, São Paulo, v. 10, n. 12, p. 718–736, dez. 2024. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i12.17301>. Acesso em: 30 abr. 2026.





CAPÍTULO 18

Educação emocional na oncologia pediátrica

- » Mayra Shamara Silva Batista
- » Lilian Kelly de Sousa Galvão
- » Flávia Moura de Moura

Resumo

De acordo com a literatura pertinente, a educação intencional de competências emocionais favorece o desenvolvimento, amplia a flexibilidade diante de situações inesperadas e contribui para o aumento da capacidade de enfrentamento de situações estressantes. O objetivo deste trabalho é apresentar intervenções realizadas por uma estagiária do curso de Psicologia no setor de oncologia pediátrica de um hospital público da cidade de Campina Grande-PB. São relatadas experiências com pacientes em tratamento (duas crianças e uma adolescente) e com uma funcionária do hospital, tendo como suporte teórico e metodológico a educação de competências emocionais. Os resultados evidenciaram que a utilização



intencional da educação emocional constitui um recurso profícuo para o manejo das emoções no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: *educação emocional, oncologia, pediatria.*

O câncer é, atualmente, considerado a segunda principal causa de morte por doença no Brasil. Caracteriza-se pela multiplicação celular desorganizada, que compromete o funcionamento de tecidos e órgãos. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), são estimados cerca de 704 mil novos casos por ano no triênio 2023–2025 (Instituto Nacional de Câncer, 2023).

No contexto da oncologia pediátrica, o processo de adoecimento, as alterações corporais, os procedimentos invasivos e a frequência de internações para quimioterapia geram intenso sofrimento emocional nas crianças (Rodrigues; Prodócimo, 2024). A hospitalização é percebida como um ambiente de restrição da liberdade, marcado por medo, angústia e dificuldade de compreensão da própria experiência. Nesse espaço, é comum a manifestação de reações como agressividade, rejeição e tristeza, tornando o hospital um ambiente carregado de emoções (Godino-Láñez et al., 2020).

O conceito de emoção permanece sem consenso na literatura científica, sendo compreendido como um fenômeno multifacetado. Do ponto de vista fisiológico, as emoções funcionam como mecanismos de regulação interna que promovem equilíbrio e homeostase. Emoções como medo, raiva e alegria são consideradas primárias e universais (Ekman, 2011), enquanto outras, como desprezo e tristeza, são moduladas por



experiências culturais e sociais ao longo do desenvolvimento (Abreu; Silveira, 2025).

No Brasil, a publicação do relatório da UNESCO em 1999, que propôs os pilares “aprender a conviver” e “aprender a ser”, impulsionou o interesse pela educação emocional. A Base Nacional Comum Curricular (BNCC) incorporou essa abordagem, e iniciativas como as do Instituto Ayrton Senna têm promovido práticas pedagógicas voltadas ao desenvolvimento de competências socioemocionais (Instituto Ayrton Senna, 2023; Ministério da Educação, 2023).

No ambiente hospitalar, embora ainda haja escassez de estudos sobre educação emocional formalizada, intervenções psicológicas têm sido aplicadas com foco na saúde mental e no enfrentamento do sofrimento. Essas práticas reconhecem o hospital como um espaço permeado por emoções intensas, mesmo quando não sistematizadas como programas de competências emocionais (Conselho Federal de Psicologia, 2019; Santos; Oliveira; Hartwig, 2025).

A competência emocional é definida como o conjunto de habilidades para compreender, expressar e regular emoções de forma apropriada, favorecendo a empatia, a autorreflexão e a resiliência diante de situações adversas (Instituto Ayrton Senna, 2023). A educação emocional se apoia em metodologias práticas, como dinâmicas de grupo, jogos e atividades artísticas, que estimulam o reconhecimento das próprias emoções e dos sentimentos alheios, promovendo habilidades sociais e empáticas (Santos; Oliveira; Hartwig, 2025).



A partir da experiência vivenciada no setor de oncologia pediátrica pela primeira autora deste trabalho, e considerando a literatura que reconhece o hospital como um espaço permeado por emoções, este estudo tem como objetivo relatar intervenções realizadas na oncologia pediátrica com o uso de metodologias voltadas ao desenvolvimento de competências emocionais.

Método

O estudo foi desenvolvido em um hospital público da cidade de Campina Grande-PB, durante a realização dos estágios Básico I e Específico I e II do curso de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande. Nesse contexto, a educação emocional foi incluída no plano de intervenção como ferramenta teórica e metodológica.

Com o propósito de fomentar as atividades interventivas, foram utilizados diversos estímulos lúdicos e expressivos, como jogos (*Cara de Quê?*, *Caixa com perguntas surpresas* e *Jogo da Comunicação*), além de atividades de expressão artística, como desenho, recorte e pintura. Esses recursos foram selecionados por favorecerem a comunicação simbólica, a expressão emocional e a ampliação das habilidades socioemocionais, aspectos essenciais no contexto hospitalar.

Dentre as inúmeras experiências vivenciadas ao longo do estágio, quatro foram selecionadas para ilustrar como a educação de competências emocionais pode ser aplicada junto a crianças e adolescentes em tratamento, bem como a profissionais do hospital. Para compartilhar as histórias, optou-se por uma



linguagem literária, seguida de análise descritiva, com o intuito de preservar a dimensão humana das vivências relatadas sem comprometer o rigor científico.

Por fim, ressalta-se que o foco deste trabalho não é a análise clínica dos casos apresentados, mas a reflexão sobre as intervenções psicológicas realizadas e o potencial da educação emocional como estratégia de cuidado e desenvolvimento no ambiente hospitalar. Trata-se, portanto, de um relato de experiência.

Resultados e Discussão

O Sabiá Verde

Sabiá, mais conhecido como “O Incrível Hulk”, era um garoto de seis anos de idade que ficava verde de raiva quando precisava ser internado. Arrancava a própria roupa, derrubava objetos, batia nas pessoas e chorava muito. Na fala, ele encontrou seu antídoto. Depois que expressou tudo o que o deixava zangado, voltou a ser o pequeno Sabiá, um grande fã de super-heróis.

Para compreender a linguagem de Sabiá, foi proposto o jogo *Cara de Quê?* (Moura, 2017), que consiste em combinar partes de rostos infantis para formar diferentes expressões, facilitando o reconhecimento de emoções e sentimentos. Inicialmente, Sabiá foi solicitado a nomear as emoções apresentadas nas cartas; posteriormente, compartilhou momentos em que havia se sentido daquela forma.

Foi interessante perceber que ele relacionava as emoções das cartas a situações fora do hospital: “Fico com raiva



quando meu pai briga comigo” ou “Fico triste quando meu irmão não brinca comigo”, o que apoia a ideia de que a brincadeira permite à criança atravessar as dificuldades do adoecimento por meio da oscilação entre realidade e imaginação (Santos; Oliveira; Hartwig, 2025).

A partir do jogo, ficou claro que a reação de Sabiá ao internamento era uma forma de expressar descontentamento. Para evitar comportamentos reativos, é necessário aprender a equilibrar sentimentos e emoções (Vieira; Cazeiro, 2017). Assim, com o uso de uma ferramenta lúdica voltada para o desenvolvimento de competências emocionais, Sabiá foi conduzido a refletir sobre suas reações e a considerar como sua mãe e a equipe de saúde se sentiam diante de seus comportamentos agressivos.

Conforme Moreira, Martins e Castro (2012), uma das funções do psicólogo hospitalar é criar oportunidades para que o paciente expresse suas emoções e desenvolva estratégias de enfrentamento. Após possibilitar a expressão de seus descontentamentos, Sabiá conseguiu se posicionar de forma mais adaptativa durante o período de internação.

A Andorinha Criativa

Numa enfermaria compartilhada e de paredes brancas, estava internada, há quase um mês, uma garota de 12 anos, chamada Andorinha. Sua imaginação voava mais alto que um avião e, dentro de sua cabeça, existia um ninho de ideias que, pouco a pouco, foi sendo destruído. A cada dia que passava, Andorinha ficava mais triste e com mais raiva de estar naquele



lugar. Porém, como em um passe de mágica, um punhado de glitter e um montão de papéis coloridos fizeram o ninho de ideias renascer e a Andorinha voltar a cantar.

De início, Andorinha se mostrou muito resistente aos atendimentos. Para tentar iniciar o diálogo e com o objetivo de desenvolver competências emocionais, foi proposta a adaptação do jogo *Adedonha* (com temas relacionados ao hospital, família e diversão) e a *Caixa com perguntas surpresas* — uma caixa com diversas perguntas relacionadas a amigos, sentimentos, ambiente hospitalar e família. A partir dessa proposta, Andorinha compartilhou que sentia muita falta de casa, não gostava nem um pouco das “furadas” e que a pior parte de estar internada era não ter nada para fazer no hospital.

Depois de alguns encontros, que permitiram conhecer o potencial criativo da paciente, foi sugerido um “desafio”, com o consentimento da equipe assistencial: que ela, com a ajuda da mãe e das outras pessoas que estavam na enfermaria, decorasse o ambiente em que se encontravam. Para tanto, foram disponibilizadas cartolinas de cores diferentes, cola, glitter e lápis de cor. O resultado de parte dessa produção encontra-se na Figura 1.



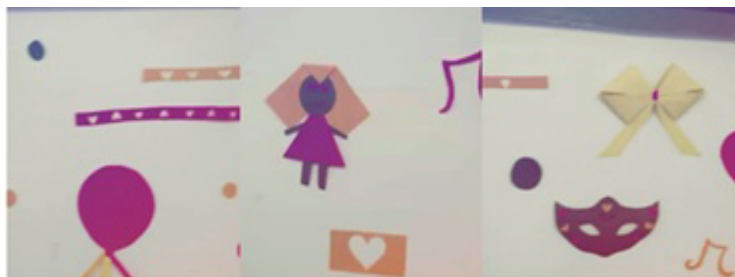


Figura 1. Imagens da parede da enfermaria pediátrica, após intervenção artística de uma paciente e colaboradores. Fonte: Arquivo fotográfico da primeira autora do artigo.

Ao final do “desafio”, Andorinha se mostrou mais relaxada, a enfermaria ficou bastante colorida e a equipe, que normalmente se limitava a ocupar aquele espaço apenas para a realização de procedimentos técnicos, passou a visitar a enfermaria para ver como havia ficado a decoração. Nos atendimentos seguintes, Andorinha permitiu que a mãe saísse da enfermaria, para que ela ficasse a sós com a estagiária.

Com base nesses resultados, pode-se afirmar que, de modo geral, a experiência do uso intencional de atividades voltadas para o desenvolvimento emocional favoreceu o fortalecimento do vínculo terapêutico entre estagiária e paciente, garantiu a oportunidade de expressão de sentimentos até então silenciados, permitiu a melhora do ambiente hospitalar, favoreceu o desenvolvimento criativo da paciente e de sua mãe e, finalmente, promoveu uma melhor harmonia entre ambiente e equipe. Em consonância com a experiência vivida, várias pesquisas apontam que no período de hospitalização, as atividades lúdicas auxiliam no desenvolvimento emocional da



criança, além de diminuir a ansiedade e melhorar a adesão ao tratamento (Rodrigues; Prodócimo, 2024).

Rouxinol e Suas Tranças

Rouxinol, uma menina de seis anos, com belas tranças no cabelo, que ora ficavam de lado, ora para trás, não falava em função de uma intervenção cirúrgica. Diante do silêncio da pequenina de tranças, foi preciso colocar a “cachola” para funcionar e pensar em um jeito de conversar com Rouxinol. Ao voltar para casa, como num estalo, a ideia chegou. E Rouxinol, mesmo sem voz, falou.

Para conseguir uma comunicação efetiva com a criança — uma paciente recém-traqueostomizada, impossibilitada de comunicação verbal — foi proposto o *Jogo da Comunicação*, que fez uso dos personagens do filme *Divertida Mente* e de uma escala de emoções de 1 a 5. As imagens e números foram impressos e plastificados para garantir higienização adequada ao ambiente hospitalar (Figura 2).



Figura 2. Imagens da Escala das Emoções e dos Personagens do filme *Divertida Mente* utilizadas no Jogo da Comunicação. Fonte: Arquivo fotográfico da primeira autora do artigo.



Uma das funções do psicólogo que atua no hospital é possibilitar a expressão da fala por meio de estratégias adaptativas, em casos onde o paciente esteja impossibilitado de se comunicar oralmente (Costa; Moura; Silva, 2020). Isso exige habilidade para uma comunicação silenciosa, por meio de métodos não-verbais, e a criação de um espaço para a subjetividade do paciente.

No *Jogo da Comunicação*, eram realizadas perguntas que deveriam ser respondidas com uma das mãos de forma positiva ou negativa, bem como por meio da escala que media a intensidade dos sentimentos. Tais procedimentos auxiliaram significativamente a expressão das emoções de Rouxinol e favoreceram o diálogo entre paciente e equipe assistencial. Conforme pontuado na historieta literária, “Rouxinol, mesmo sem voz, falou”.

Depois de devolver a voz a Rouxinol, surgiu uma nova demanda. Em função de seu quadro clínico, a menina tinha uma rotina hospitalar intensa, com a execução de diferentes exames que exigiam mobilidade. A repetição de experiências desagradáveis levou a paciente a se mostrar cada vez mais resistente aos procedimentos e trouxe uma série de dificuldades para a equipe assistencial.

Com o intuito de auxiliar a equipe, foi utilizada a psicoeducação, com o auxílio de imagens. Mais precisamente, empregou-se a cartilha *Beaba do Câncer* (2025), que explica de forma simples e objetiva diversas palavras relacionadas ao câncer e ao tratamento, além de imagens dos aparelhos para exames e recomendações como: “É importante que você não se mexa



durante o exame, para que ele termine mais rápido”. A partir desse recurso, Rouxinol passou a demonstrar menos ansiedade e medo durante os exames seguintes.

Um último recurso relevante foi o desenho livre, que é uma excelente forma de expressão (Souza; Iriart, 2022). Por meio do desenho e da pintura, Rouxinol pôde manifestar, mesmo sem verbalizar, sentimentos como a saudade de pessoas e lugares.

A Águia Tristonha

Num corredor comprido e bem iluminado, existia uma salinha pequena, cheia de seringas, remédios, touquinhas e máscaras. Todos os dias, Águias entravam e saíam da salinha, indo e voltando pelo corredor, com várias seringas, soros e agulhas. As Águias eram responsáveis pelas “furadinhas” e, por isso, nem todo mundo ficava feliz quando elas chegavam. Certo dia, deparei-me com uma Águia cabisbaixa, que parecia tristonha. Ela não conseguia entender por que tantas pessoas fugiam dela - logo ela, que sempre tentava ajudar a todos com as “furadinhas”.

Rotineiramente, os profissionais do setor de oncologia pediátrica se deparam com as mais diversas situações e vivenciam diferentes sentimentos. Particularmente a Águia tristonha, uma técnica de enfermagem, apresentava dificuldades para se relacionar com alguns pacientes, o que lhe causava grande sofrimento. Ela buscou o serviço de psicologia para avaliar o que estava ocorrendo. Foi realizada, então, a escuta psicológica, com o objetivo de permitir a expressão de emoções desconfortáveis e colaborar com a ressignificação de momentos tristes e angustiantes.



A Águia pôde relatar como se sentia e sua indignação diante da situação. A partir da escuta, refletiu sobre como as crianças se sentiam a cada procedimento e foi conduzida a construir hipóteses sobre o que poderia estar gerando essas “atitudes agressivas”. Depois de ser ouvida e refletir sobre o ocorrido, compreendeu que as atitudes agressivas dos pacientes não eram ações pessoais direcionadas a ela, mas respostas aos procedimentos invasivos realizados ao longo da hospitalização.

Considerações finais

No âmbito nacional e internacional, a educação de competências emocionais vem crescendo de forma expressiva nas escolas, sobretudo na educação infantil. Contudo, a experiência de utilizar a educação emocional no ambiente hospitalar, não apenas com crianças, mas também com adolescentes e adultos, ainda é escassa na literatura acadêmica científica, o que torna este relato de experiência uma contribuição enriquecedora.

Acredita-se que os recursos construídos e aqui compartilhados possam auxiliar o trabalho de outros profissionais no favorecimento da expressão emocional. Por outro lado, estimula-se a construção de outras ferramentas de intervenção em função das demandas apresentadas. O que se espera, na realidade, é que o trabalho desenvolvido inspire ações voltadas para o desenvolvimento de competências emocionais no espaço hospitalar.

O diferencial do trabalho apresentado, em relação às intervenções realizadas com recursos lúdicos por inúmeros psicólogos hospitalares no Brasil e no mundo, está em transpor



e articular um conhecimento oriundo de um campo de saber predominantemente educacional para ser utilizado dentro dos hospitais por profissionais da saúde.

Por fim, é importante mencionar que o trabalho apresentado, por ser um relato de experiência cujo foco principal é o compartilhamento de ferramentas teórico-metodológicas oriundas da educação emocional, não apresenta um aprofundamento dos casos apresentados nas “historietas” compartilhadas. Isso pode ser considerado uma limitação do trabalho. Sugere-se, nesse sentido, o aprofundamento do tema em estudos futuros.

Referências

ABREU, D. C.; SILVEIRA, F. V. da R. Afeto, emoções e sentimentos: uma revisão do estado da arte. *The Especialist*, v. 46, n. 1, p. 566–586, 2025. DOI: <https://doi.org/10.23925/2318-7115.2025v46i1e68100>.

Acesso em: 13 de abr. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em serviços hospitalares do SUS*. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-os-nos-servicos-hospitalares-do-sus>.

Acesso em: 13 de abr. 2026.

COSTA, B. R.; MOURA, R. R.; SILVA, B. D. S. O impacto do comportamento não verbal no contexto da psicologia hospitalar. *Revista Referências em Saúde do Centro Universitário Estácio de Goiás*, v. 3, n. 2, p. 105-109, 2020. Disponível em: <https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/rrsfesgo/article/view/175>.

Acesso em: 13 abr. 2026.



EKMAN, P. *A linguagem das emoções*. 2. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2011.

GODINO-IÁÑEZ, M. J. et al. Play therapy as an intervention in hospitalized children: a systematic review, *Healthcare*, v. 8, n. 3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare8030239>. Acesso em: 13 de abr. 2026.

INSTITUTO AYRTON SENNA. *Competências socioemocionais são para a vida*. São Paulo: Instituto Ayrton Senna, 2023. Disponível em: https://institutoayrtonsenna.org.br/app/uploads/2023/08/ebook_Competencias_socioemocionais_sao_para_a_vida.pdf Acesso em: 13 abr. 2026.

INSTITUTO BEABA. *Beabá do Câncer: guia rápido do que você precisa saber sobre o câncer*. São Paulo: Instituto Beaba, 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil 2023-2025*. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2026.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (Brasil). *Base Nacional Comum Curricular – BNCC*. Brasília: MEC, 2023. Disponível em: <https://basenacionalcomum.mec.gov.br/>. Acesso em: 13 abr. 2026.

MOREIRA, E. K. C. B.; MARTINS, T. M.; CASTRO, M. M. Representação social da Psicologia Hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, v. 15, n. 1, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2026.

MOURA, C. B. *Cara de Quê? Terapia criativa*. 2017.

RODRIGUES, J. C.; PRODÓCIMO, E. Brincar em hospitais: um estudo de revisão. *Revista Praxia*, v. 6, n. 2, p. 40-57, 2024. Disponível em: <https://www.revista.ueg.br/index.php/praxia/article/view/14976>. Acesso em: 13 abr. 2026.

SANTOS, M. P.; OLIVEIRA, C. S.; HARTWIG, S. V. A utilização do lúdico como estratégia de cuidado em saúde para crianças hospitalizadas.



Revista ELO – Diálogos em Extensão, v. 14, 2025. DOI: <https://doi.org/10.21284/elo.v14i.19583>. Acesso em: 13 de abr. 2026.

SOUZA, A.; IRIART, M. F. A dimensão estética do desenho livre e suas implicações no processo de formação das funções psicológicas superiores. *Zero-a-Seis: pesquisa e intervenção na infância*, v. 24, n. 46, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5007/1980-4512.2022.e83300>. Acesso em: 13 de abr. 2026.

UNESCO. *Educação: um tesouro a descobrir – Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI*. Brasília: UNESCO, 1999. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000109590_por. Acesso em: 13 abr. 2026.

VIEIRA, S. R.; CAZEIRO, A. P. M. Análise de jogos e brincadeiras para o contexto hospitalar. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional – REVISBRATO*, v. 1, n. 2, p. 127-148, 2017. DOI: <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto4639>. Acesso em: 13 de abr. 2026.





PARTE III – PRODUTO

A terceira e última parte deste livro introduz um elemento que ultrapassa a lógica tradicional de sistematização acadêmica: a explicitação do conhecimento em sua forma aplicada. Os materiais aqui apresentados não apenas derivam das experiências discutidas anteriormente, mas evidenciam um movimento de tradução do conhecimento científico em recursos acessíveis e potencialmente replicáveis.

Trata-se, portanto, de uma seção que desloca o lugar do leitor, de agente passivo para possível agente ativo, ao indicar que as discussões desenvolvidas ao longo da obra podem se desdobrar em práticas concretas no cotidiano do cuidado.





CAPÍTULO 19

Entre Agulhas e Sorrisos: cartilha de jogos para brincar no hospital

» Miriã de Lira Calado

» Lilian Kelly de Sousa Galvão

O brincar é uma atividade essencial e intrínseca à infância, constituindo uma forma natural de expressão, comunicação e interação da criança com o mundo. Mesmo diante de situações de hospitalização, essa prática não deve ser interrompida, pois é por meio do brincar que a criança elabora emoções, compreende experiências e reafirma sua identidade.

A partir dessa compreensão, foi elaborada uma cartilha com o propósito de contribuir para o trabalho de profissionais de diferentes áreas que atuam com crianças em contextos hospitalares, oferecendo subsídios para a aplicação de atividades lúdicas com intencionalidade psicopedagógica.

Inspirada na experiência vivenciada no projeto de extensão *Brincar para Melhorar*, desenvolvido no Hospital Napoleão Laureano (João Pessoa-PB), esta produção busca



valorizar o brincar como um instrumento essencial de expressão, acolhimento e desenvolvimento.

Mais do que um compilado de atividades, este material configura-se como um recurso psicopedagógico sensível e prático, pensado para apoiar profissionais da educação e da saúde no cuidado humanizado. Aqui, o leitor encontrará uma seleção de jogos organizados por faixa etária, acompanhados das habilidades estimuladas, instruções acessíveis para aplicação no ambiente hospitalar, orientações sobre higienização, guia de mediação, quadro de adaptações conforme condições clínicas e um modelo de registro para acompanhamento de atendimentos.

Que esta cartilha inspire práticas mais lúdicas, inclusivas e afetivas, reafirmando o brincar como um direito da criança, mesmo em meio ao tratamento, e como um poderoso meio de cura, aprendizado e esperança.



QR-code - Cartilha





CAPÍTULO 20

Ludicidade e Afeto: guia de atividades para estimular o desenvolvimento infantil

» Kézia de Santana Rufino

» Flávia Moura de Moura

De acordo com Matos, Rabelo e Paiva (2021), as atividades lúdicas favorecem a apropriação de conceitos e conteúdos de forma espontânea e prazerosa, o que reforça a relevância do recurso desenvolvido. Assim, o brincar se apresenta como um importante aliado na promoção do desenvolvimento infantil e na redução dos impactos ocasionados pelo tratamento do câncer.

A inspiração para a construção deste e-book surgiu a partir da vivência da autora, Kézia, como extensionista no Projeto *Brincar para Melhorar*, realizado no Hospital Napoleão Laureano (João Pessoa-PB). A partir dessa experiência, nasceu o desejo de elaborar um material que auxiliasse pais e profissionais que atuam com crianças, oferecendo propostas de atividades que estimulem o desenvolvimento infantil, mesmo em contextos de hospitalização.



O material é composto por 148 páginas e está organizado da seguinte forma: uma página de acolhimento aos familiares, sumário, apresentação, observações sobre a motivação e a faixa etária escolhida, orientações quanto à limpeza dos materiais, informações sobre o desenvolvimento infantil, descrição dos processos envolvidos e destaque da importância do brincar nesta etapa do desenvolvimento.

O e-book apresenta 117 atividades lúdicas, organizadas por habilidades e faixa etária. Cada proposta contém a indicação da habilidade a ser estimulada, o nome da atividade, a faixa etária recomendada, o objetivo e a forma de execução. Na elaboração, consideraram-se não apenas os marcos do desenvolvimento infantil, mas também a seleção de materiais acessíveis e de fácil obtenção, como caixa de papelão, garrafa PET, entre outros.

É importante destacar que o e-book pode ser utilizado como recurso de intervenção psicopedagógica e como ferramenta de lazer educativo para crianças em tratamento oncológico, assim como para aquelas que não apresentam a doença. As atividades propostas são amplas e abrangem diferentes ambientes e situações. Embora tenham sido elaboradas considerando a faixa etária de 2 a 4 anos, podem ser adaptadas e aplicadas a crianças de outras idades.



QR-code E-book





CONCLUSÃO GERAL

O livro *Brincar para Melhorar* insere-se de modo consistente no campo interdisciplinar que articula saúde, educação e desenvolvimento humano, ao propor uma compreensão ampliada do cuidado em contextos de hospitalização pediátrica. Ao longo de seus capítulos, evidencia-se que o adoecimento, especialmente em situações de maior complexidade clínica, não se restringe à dimensão orgânica, mas mobiliza processos subjetivos, relacionais e desenvolvimentais que exigem abordagens igualmente complexas e integradas.

Nesse cenário, o brincar é reposicionado como categoria central de análise e intervenção. Mais do que uma atividade característica da infância, assume o estatuto de linguagem simbólica e mediadora, por meio da qual a criança elabora experiências, organiza afetos e produz sentidos sobre o vivido. À luz de referenciais do desenvolvimento, o brincar pode ser compreendido como espaço privilegiado de constituição do sujeito, no qual imaginação, emoção e cognição se articulam de forma indissociável. No contexto hospitalar, essa função adquire densidade particular, uma vez que o brincar passa a operar como estratégia de continuidade do desenvolvimento em condições marcadas pela ruptura, pela dor e pela imprevisibilidade.

A primeira parte do livro, ao reunir aportes teóricos diversos, contribui para a compreensão da complexidade



da hospitalização infantil e de seus efeitos sobre a criança, a família e os processos de aprendizagem. Ao evidenciar os impactos emocionais, sociais e cognitivos da internação, bem como as especificidades de públicos distintos, como crianças com Transtorno do Espectro Autista, os capítulos reforçam a necessidade de práticas que transcendam o modelo assistencial centrado exclusivamente na doença. Nessa direção, o brincar, a atuação psicopedagógica e as estratégias de humanização emergem como dispositivos fundamentais para a construção de um cuidado que reconheça a criança em sua integralidade.

Na segunda parte, os estudos empíricos e interventivos aprofundam essa discussão ao apresentar evidências que sustentam a eficácia e a relevância das práticas lúdicas no ambiente hospitalar. Os resultados indicam que o engajamento em atividades significativas favorece a regulação emocional, fortalece vínculos e amplia as possibilidades de enfrentamento da hospitalização, ao mesmo tempo em que contribui para a manutenção de aspectos do desenvolvimento frequentemente interrompidos nesse contexto. As investigações sobre o uso de tecnologias digitais, por sua vez, introduzem uma dimensão contemporânea ao debate, ao apontar a necessidade de uma mediação qualificada, capaz de equilibrar potencialidades e riscos sem recorrer a posições dicotômicas.

A terceira parte do livro explicita, de maneira concreta, o movimento de retorno do conhecimento produzido à prática social que o originou. Ao apresentar materiais aplicáveis, construídos a partir da experiência extensionista, essa seção reafirma o papel da universidade na produção de saberes



comprometidos com a transformação da realidade. Trata-se de um deslocamento importante: o conhecimento deixa de ser apenas interpretativo para assumir também uma função propositiva, oferecendo subsídios para a atuação de profissionais, o apoio às famílias e a formação de novos agentes no campo. Nesse sentido, a terceira parte não se configura como um complemento, mas como desdobramento necessário de uma proposta que se pretende ética, situada e socialmente implicada.

De forma transversal, o livro evidencia tensões e lacunas que configuram desafios para o avanço do campo. Entre elas, destacam-se a necessidade de maior investimento em estudos voltados à adolescência hospitalizada, cujas especificidades ainda são pouco exploradas; o aprofundamento das investigações sobre o uso de tecnologias no contexto do cuidado pediátrico; e a consolidação de políticas institucionais que garantam o brincar como direito, e não como prática acessória ou eventual.

Esses elementos apontam para a urgência de uma formação profissional que articule competências técnicas, sensibilidade ética e compreensão ampliada do desenvolvimento humano. A atuação em contextos hospitalares demanda não apenas domínio de conhecimentos específicos, mas também a capacidade de reconhecer o sujeito para além de sua condição clínica, estabelecendo práticas que integrem cuidado, escuta e mediação simbólica.

Assim, ao longo de suas três partes, *Brincar para Melhorar* não apenas sistematiza conhecimentos e experiências, mas contribui para a consolidação de um campo de práticas e reflexões que reconhece o brincar como eixo estruturante do



cuidado em saúde pediátrica. Ao sustentar a indissociabilidade entre desenvolvimento, aprendizagem e experiência subjetiva, a obra reafirma a necessidade de práticas que preservem, mesmo em contextos adversos, a possibilidade de brincar e se divertir.

Dessa forma, mais do que encerrar um percurso, este livro delimita um posicionamento teórico e ético: o de que o cuidado em saúde, quando orientado por uma perspectiva humanizadora e interdisciplinar, deve necessariamente incorporar o brincar como dimensão legítima de produção de sentido, de vínculo e de desenvolvimento.





SOBRE AS AUTORAS

Organizadoras

Flávia Moura de Moura

Professora do Departamento de Psicopedagogia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Psicóloga. Mestre e Doutora em Enfermagem. Possui formação em Terapia do Esquema. Especialista em Psicooncologia. Coordenadora do Projeto de Extensão Brincar para Melhorar.

Lilian Kelly de Sousa Galvão

Professora do Departamento de Psicopedagogia da UFPB. Pesquisadora vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (UFPB). Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia. Coordenadora do Projeto de Extensão Brincar para Melhorar.

Demais Autoras

Alice Brasileiro Piquet da Cruz

Graduanda em Psicologia pela UFPB. Atua no contexto hospitalar por meio do Projeto de Extensão Brincar para Melhorar.

Amanda Olímpio de Pontes

Psicopedagoga graduada pela UFPB. Colaboradora do Projeto de Extensão Brincar para Melhorar (2023–2024).



Cleomayra Tomaz da Silva

Psicopedagoga graduada pela UFPB. Terapeuta com formação em Análise do Comportamento Aplicada (ABA). Desenvolveu pesquisas sobre autismo, exaustão materna e práticas de socialização parental durante a Iniciação Científica (UFPB).

Josefa Gislaíne Marinho Gomes Freire

Psicopedagoga graduada pela UFPB. Membro de projeto de extensão voltado ao atendimento psicopedagógico no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HU/UFPB).

Kézia de Santana Rufino

Psicopedagoga graduada pela UFPB. Colaboradora do Projeto de Extensão Brincar para Melhorar (2023–2024).

Manaiene Elielma Lima Ferreira

Psicopedagoga graduada pela UFPB. Técnica em Enfermagem pelo Instituto de Saúde São Judas Tadeu. Possui experiência hospitalar por meio do Projeto de Extensão Brincar para Melhorar.

Mayara Ferreira de Freitas

Psicopedagoga graduada pela UFPB. Colaboradora do Projeto de Extensão Brincar para Melhorar (2024–2025).

Mayra Shamara Silva Batista

Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Especialista em Terapia Intensiva Neonatal e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Psicóloga hospitalar no Hospital Universitário Ana Bezerra.

Melissa Melo do Nascimento

Psicopedagoga graduada pela UFPB. Terapeuta com formação em Análise do Comportamento Aplicada (ABA). Graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário de João Pessoa (Unipê). Atua no Projeto de Extensão Brincar para Melhorar.



Miriã de Lira Calado

Psicopedagoga graduada pela UFPB. Bacharel em Direito pelo Centro de Educação do Amapá. Atua no Projeto de Extensão Brincar para Melhorar.

Vitória Nunes Vidal

Psicopedagoga graduada pela UFPB. Terapeuta com formação em Análise do Comportamento Aplicada (ABA). Membro de projeto de extensão voltado ao atendimento psicopedagógico no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HU/UFPB).





Título BRINCAR PARA MELHORAR :
Teorias, Pesquisas e Práticas interventivas
na Pediatria Hospitalar

Organizadoras Flávia Moura de Moura
Lilian Kelly de Sousa Galvão

**Projeto Gráfico
(capa e miolo)** Michele Holanda

Vetores de miolo e capa <https://www.magnific.com/br>

**Imagem do mascote (urso)
utilizado em capa e miolo** Ilustração de Cintia Freitas

**Revisão, edição
e normalização do texto** Responsabilidade do(s) autor(es) da obra.

Nota de transparência Esta obra contou com o apoio de ferramentas de inteligência artificial para a normatização das referências bibliográficas conforme a Associação Brasileira de Normas Técnicas ABNT NBR 6023:2025. Em conformidade com a Portaria do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico nº 2.664/2026, declara-se o uso dessas ferramentas. Todas as contribuições foram criteriosamente revisadas pelos autores, que se responsabilizam integralmente pelo conteúdo final da obra.

Formato PDF – 000 MB

Tipografia Myriad Pro

Número de páginas 248



