

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA  
CURSO DE LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO FÍSICA

**Júlia Miglioretto**

**REFLEXÕES DE UM ESTÁGIO EXTRACURRICULAR EM UMA UNIDADE DE  
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

PORTO ALEGRE

2021

**Júlia Miglioretto**

**REFLEXÕES DE UM ESTÁGIO EXTRACURRICULAR EM UMA UNIDADE DE  
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão do Curso de  
Licenciatura em Educação Física da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
como requisito obrigatório para a formação.

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dra. Mariana Bohns Michalowski

Porto Alegre

2021

**Júlia Miglioretto**

**REFLEXÕES DE UM ESTÁGIO EXTRACURRICULAR EM UMA UNIDADE DE  
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Conceito final:

Aprovado em ..... de .... de....

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Luiz Fernando Silva Bilibio - UFRGS

---

Orientadora - Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mariana Bohns Michalowski - UFRGS

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, em primeiro lugar, à Universidade pública, pelo ensino gratuito e de qualidade, por todas as oportunidades que me foram oferecidas, por todas as vivências e experiências proporcionadas durante minha graduação em nível de ensino, pesquisa e extensão e por me conectar com tantas pessoas do bem, que fazem parte da minha vida hoje.

Agradeço a todos professores- os que vieram antes e os desta universidade, técnicos e funcionários terceirizados que tornaram essa caminhada possível. Em especial à minha professora orientadora, Mariana, por aceitar me supervisionar para realizar esse trabalho e ao professor Luiz, por aceitar avaliar meu trabalho.

Toda vez que abro a tela do meu computador para estudar, vejo a foto no fundo de meu pai, minha mãe e meu irmão: tudo que eu faço é para honrar e dar orgulho a vocês. Agradeço pelo apoio e em todos os instantes da minha vida.

Agradeço às forças espirituais e aos meus anjos protetores por me darem força ao longo dessa trajetória, inclusive para realizar este trabalho.

Agradeço aos meus amigos queridos, muitos que conheci durante minha graduação, por acreditarem no meu potencial quando muitas vezes eu mesma descreditei: Renata, Luísa, Bruna, Marisa, Jovana, Georgea, Bárbara, Letícia. Aos meus colegas de barra, por serem a melhor turma e família que pude encontrar em Porto Alegre.

Agradeço ao meu amado Alê por estar comigo em todos os instantes, pelo carinho, cuidado, confiança e por acreditar na minha capacidade.

Agradeço à minha querida supervisora Bel, por me oferecer a oportunidade de estagiar na Oncologia Pediátrica, por todo amparo durante momentos difíceis da minha vida, por se tornar minha amiga e me fornecer tantos aprendizados. Esse trabalho e, eu diria que a conclusão do curso, estão acontecendo por conta da tua ajuda.

Agradeço aos pacientes, meus pequeninos, às famílias e a equipe multiprofissional da instituição por tantos aprendizados, por darem importância e significado a essa experiência, minha eterna gratidão.

## RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso (TCC) caracteriza-se por um relato de experiência decorrida de um estágio extracurricular, vivenciada por uma aluna de graduação em Educação Física, que ocorreu em uma Unidade de Oncologia Pediátrica em um Hospital Público Universitário na cidade de Porto Alegre. O principal objetivo é relatar a importância dessa vivência para sua formação e refletir sobre a atuação do professor em um ambiente de ensino-aprendizagem extraescolar. Para a escrita, utilizou-se estratégias como 1) observações, 2) vivências práticas, 3) visualização de vídeos, filmes e *lives*, 4) leitura de textos e discussão em seminário com colegas e supervisora, 5) participação semanal em reuniões da equipe multiprofissional (*rounds*) e 6) participação em eventos da área. A partir desse relato, pode-se observar que o estágio foi extremamente relevante para a formação da aluna, principalmente no que diz respeito ao trabalho em equipe, humanizado e de cuidado. O professor inserido no ambiente hospitalar pode contribuir com um olhar diferenciado, intervindo com ações educativas e realizando uma escuta ativa e pedagógica de maneira a entender melhor os anseios e as necessidades do paciente e da família.

**Palavras-chave:** Relato de experiência. Estágio extracurricular. Hospital público. Oncologia pediátrica. Humanização. Cuidado. Professor. Escuta pedagógica.

## **ABSTRACT**

The current work is characterized by an experience report of an extracurricular internship, lived by a Physical Education undergraduate student, which took place in an Oncology Unit at a Public University Hospital in Porto Alegre. The main goal is to report the importance of this experience to her education and reflect on the teacher's role in an extra school teaching-learning environment. To the writing, strategies such as 1) observations, 2) practical experiences, 3) watching videos, movies and lives, 4) reading of texts and discussions in a seminary with colleagues and supervisor, 5) weekly participation in the multiprofessional team meetings (rounds), 6) participation in events of the area were used. In this report, it can be seen that the internship was extremely relevant to the student's education, especially in regard to humanized and caring teamwork. The teacher inserted in the clinical environment can contribute with a different point of view, intervening with educative actions and performing an active and pedagogical listening in order to better understand the wishes and needs of the patient and the family.

**Key-words:** Experience report. Extracurricular internship. Public hospital. Pediatric oncology. Humanization. Care. Teacher. Pedagogical listening.

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>2. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>   | <b>11</b> |
| 2.1 O TRABALHO DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA .....                              | 11        |
| 2.2 A EDUCAÇÃO FÍSICA E A SAÚDE PÚBLICA.....                                      | 14        |
| 2.3 O PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UMA UNIDADE DE<br>ONCOLOGIA PEDIÁTRICA..... | 17        |
| <b>3. MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>  | <b>20</b> |
| 3.1 DELINEAMENTO.....   | 20        |
| 3.2 ANÁLISE DE EXPERIÊNCIA .....  | 20        |
| 3.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....  | 21        |
| <b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>  | <b>23</b> |
| 4.1 O CÂNCER E O TRATAMENTO .....   | 23        |
| 4.2 OS LOCAIS DE PRÁTICA .....  | 25        |
| 4.3 OS PROCESSOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM.....                                      | 26        |
| 4.4 CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTO .....  | 28        |
| 4.5 O BRINCAR E O LÚDICO .....  | 29        |
| 4.6 CUIDADOS PALIATIVOS E LUTO- VIDA E MORTE.....                                 | 31        |
| <b>5. CONCLUSÃO.....</b>  | <b>33</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>35</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

Experiência, segundo o dicionário Léxico, é o “ato ou efeito de experimentar (sentir, conhecer ou presenciar); prática prolongada de uma atividade que proporciona conhecimento ou capacidade para fazer algo; conjunto de conhecimentos adquiridos ao longo da vida, com base em situações vividas pela própria pessoa”. O presente relato de **experiência** conta um pouco de minha trajetória em um estágio que mudou minha forma de ver o mundo, me tornou mais humana, mais profissional, mais professora, mais aluna, mais ouvinte, mais resiliente, mais gentil e generosa. Ocorreu em uma Unidade de Oncologia Pediátrica de um hospital escola, sob supervisão de uma professora de Educação Física, funcionária desta instituição, mas com troca de conhecimento entre muito envolvidos como, pacientes, familiares, equipe multiprofissional e colegas estagiários.

Quando uma criança é diagnosticada com câncer, algo parece estar errado, muitos questionamentos surgem, o ambiente familiar se desestabiliza e é necessário resgatar forças e esperança de uma fonte que muitas vezes não existe. Os impactos causados são inúmeros, tanto no âmbito físico, como social e emocional. O tratamento é difícil, causa muitos desconfortos e exige disciplina, precisa ser seguido. Mas mesmo numa condição de muita vulnerabilidade, em um espaço permeado por “doença”, as crianças mantêm vivo seu desejo de brincar, explorar e fazer novas descobertas, afinal, é necessário dar continuidade ao seu processo de desenvolvimento.

A Sala de Recreação surge com a proposta de resgatar o saudável que ainda existe na criança, ou seja, diferente das outras práticas clínicas voltadas ao tratamento oncológico como intervenção medicamentosa e cirurgia, que buscam combater a doença, na recreação se objetiva produzir saúde, reforçar a identidade de ser criança, fortalecer vínculos, proporcionar a formação de novos laços, auxiliar os pacientes e as famílias a seguir o tratamento corretamente. É um espaço alegre e sadio em meio à fragilidade. Turatti (2021) afirma que a sala de recreação e o trabalho desenvolvido pela equipe pode auxiliar a criança a compreender o momento pelo qual ela vive e fornece uma reconexão com algo familiar anterior à internação, ela complementa que o atendimento centrado no sujeito, possibilita um acolhimento do ser como um todo, com sua individualidade, características e vontades.

Entre as profissões que podem ocupar esse espaço, está a Educação Física, que desenvolve na sua formação habilidades necessárias para utilizar a ludicidade como

ferramenta de intervenção não medicamentosa para esses pacientes (SIKILERO, 2010). O trabalho realizado pela equipe da recreação, neste caso, se organiza a partir de uma concepção livre e terapêutica, já que para a criança neste ambiente e situação, tende a contribuir mais positivamente, como observado por Padovan e Schwartz (2009). Lugar esse, cheio de possibilidades para o professor propor intervenções e ampliar as possibilidades de viver o cotidiano do hospital das crianças em tratamento.

A principal motivação para realizar esse trabalho, tem origem nas minhas experiências ao longo de um ano e meio de estágio extracurricular como estudante de licenciatura em Educação Física em uma Unidade de Oncologia Pediátrica. Experiência essa que foi uma das mais ricas que tive: convivi com muitos profissionais incríveis, aprendi a trabalhar em grupo e em prol dos pacientes, criei vínculo com pais, avós, tios, amigos e pacientes, aprendi sobre relações humanas, perdi pacientes queridos, dialoguei sobre assuntos delicados, cresci e amadureci muito, tanto no âmbito pessoal quanto profissional, fiz amigos que vou levar para a vida. Hoje entendo que a Educação Física é uma área responsável pela promoção da saúde, tanto no âmbito pedagógico quanto biológico, devendo se preocupar com a qualidade de vida dos pacientes e na busca por tornar a internação uma experiência mais leve, além de resgatar o saudável e dar seguimento ao desenvolvimento das crianças. Estes objetivos podem ser alcançados com os conhecimentos obtidos nesse curso, hoje separado pela Universidade entre Bacharelado e Licenciatura.

Como objetivo, pretendo relatar minha experiência como aluna do curso de Educação Física em um estágio extracurricular na Unidade de Oncologia Pediátrica de uma instituição de saúde pública, ressaltando vivências e a importância do estágio para a formação, bem como refletir sobre a atuação do professor em um ambiente de ensino-aprendizagem extraescolar, pois como cita o Capítulo V, da natureza do TCC II do Regulamento de Trabalho de Conclusão dos cursos de Licenciatura e Bacharelado em Educação Física “ as relações de ensino e aprendizagem também se configuram em diferentes contextos, guardando especificidade aos ambientes onde se realizam” (UFRGS, 2019, p. 322)

A escrita deste trabalho divide-se em cinco capítulos, sendo este a introdução, seguido da metodologia, referencial teórico, resultados, discussão e conclusão. O capítulo dois, que compreende as questões metodológicas, aborda os locais de prática e estratégias utilizadas para produção de dados desta pesquisa. Já o terceiro,

referente ao referencial teórico, apresenta um pouco da trajetória da Educação Física e a inserção na área da saúde pública. O quarto capítulo conta algumas experiências e aprendizados obtidos com a prática de estágio e discute com a literatura. O quinto e último capítulo, compõe as considerações finais, que retoma os objetivos apresentados.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo irá traçar a trajetória percorrida pela história da Educação Física para entender melhor seu conceito e seu campo de inserção e em específico, o de atuação em saúde, foco deste trabalho.

### 2.1 O TRABALHO DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Antes de tentar entender qual o papel do professor de Educação Física e seus campos de atuação, é necessário perguntar: O que é, afinal, a Educação Física? Com tantas mudanças e tantos acontecimentos históricos, é necessário traçar um paralelo entre a área da educação física e sua relação com a história brasileira para que possamos compreender o espaço em que ela se encontra hoje e as implicações desta para com a sociedade.

As fases pelas quais a Educação Física passou tiveram grande influência dos períodos históricos brasileiros. Deste modo, já no Brasil colônia, tem-se os primeiros relatos de práticas relacionadas a área em questão que estavam presentes nas práticas indígenas- brincadeiras, dança, caça, nado, pesca (GUTIERREZ, 1972 apud SOARES, 2012). Neste mesmo período também há o surgimento da capoeira, criada nas senzalas e praticada pelos escravos (RAMOS, 1982 apud SOARES, 2012).

No período do Brasil Império, ocorre uma mudança significativa para a área, visto que há a introdução da Educação Física de maneira formalizada na escola que então era denominada Ginástica, mais especificamente no ano de 1851 com a Reforma Couto Ferraz. No entanto, foi somente em 1882, ou seja, 30 anos após a Reforma que, através de uma recomendação realizada por Rui Barbosa, a ginástica em escolas normais para ambos os sexos foi sugerida, mas houve implementação somente no Rio de Janeiro (capital da república) e em escolas militares. Apenas no Brasil República, a partir de 1920, que vários Estados iniciaram sua inclusão nas escolas (BETTI, 1991 apud DARIDO, 2012).

Neste momento, a Educação Física passa a ter um papel importante na difusão de hábitos higiênicos, a chamada fase higienista, que serviu para potencializar a busca por uma sociedade livre de doenças infecciosas e vícios que deterioram a saúde das pessoas (NETO, 2018). Na busca pelo desenvolvimento de homens fortes e sadios, através do exercício físico, tem-se a necessidade de sistematizar a ginástica

nas escolas e surgem então os métodos gímnicos, oriundos de escolas suecas, alemãs e francesas (DARIDO, 2012).

Após a Revolução de 1930, surge a fase chamada de Educação Física militarista, que durou até o final da 2ª guerra mundial, em 1945, período esse que teve como objetivo preparar os corpos para a luta e guerra. Bracht (2001) citado por Suraya Darido (2012), destaca:

[...] a instituição militar utilizava como prática exercícios sistematizados que foram ressignificados (no plano civil) pelo conhecimento médico. Isso se deu por meio de uma perspectiva terapêutica, ou seja, educar o corpo para a produção significava, promover saúde por intermédio de hábitos saudáveis e higiênicos. Essa saúde ou virilidade (força) também foi ressignificada em uma perspectiva nacionalista/patriótica. (DARIDO, 2012, p. 26).

Sendo assim, a Educação Física era considerada essencialmente prática, não havendo distinção entre ela e instrução militar, podendo ser ministrada por ex-praticante, já que não havia amparo teórico (DARIDO, 2012). Apesar de tudo, a Educação Física ainda não havia garantido sua implementação prática nos currículos escolares, apenas no ano de 1937 é que se fez a primeira referência na Constituição Federal, incluindo-a no currículo como prática educativa obrigatória (BRASIL, 1997):

A educação física, o ensino cívico e o de trabalhos manuais serão obrigatórios em todas as escolas primárias, normais e secundárias, não podendo nenhuma escola de qualquer desses graus ser autorizada ou reconhecida sem que satisfaça aquela exigência. (BRASIL, 1937, Art. 131).

Apesar da sua implementação nos currículos escolares, a educação física ainda não possuía o caráter que tem hoje. No governo Vargas, com o processo de industrialização e urbanização estabelecidos pelo Estado Novo, ainda se exigia um perfil de trabalhador forte para melhorar a capacidade produtiva, o que implicou numa maior demanda de profissionais da área, dando origem à Escola Nacional de Educação Física e Desportos, na Universidade do Brasil no ano de 1939 (CASTELLANI FILHO, 2000 apud ALBUQUERQUE, 2009).

Após a fase militarista observada durante a 2ª Guerra Mundial, observou-se uma tendência pedagógica na Educação Física brasileira, que sofreu influência dos Estados Unidos, que recorria a ginástica, esportes e dança como meio de educação ao aluno (GHIRALDELLI JR. 2003 apud ALBUQUERQUE, 2009).

Em 1961, é promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), onde fica estabelecida a obrigatoriedade da Educação Física para o ensino primário e médio e aqui o esporte ganha mais espaço nas aulas, dando início a um processo de

esportivização (BRASIL, 1997). Após 1964, com a ditadura militar, a educação sofreu interferência de uma tendência tecnicista e a relação estabelecida anteriormente na abordagem pedagogista de professor-aluno passa a ser técnico-aluno (FERREIRA, 2009 apud FERREIRA E SAMPAIO, 2013). O papel do professor é centralizador e a prática se detém à repetição mecânica das habilidades esportivas (DARIDO, 2012). O apoio do governo ao esporte torna-se uma forma de afastar as discussões políticas, já que a população ocupava seu tempo com isso (FERREIRA, 2009 apud FERREIRA E SAMPAIO, 2013).

A partir da década de 80, com o fortalecimento de movimentos democráticos, início de movimentos populares, a discussões sobre conceitos como inclusão, lazer, qualidade de vida passam a fazer parte das aulas (FERREIRA, 2009 apud FERREIRA E SAMPAIO, 2013), somado ao fato de que o Brasil não se tornou uma nação olímpica, como desejado pelos militares no início da ditadura, começou a se instaurar uma crise de identidade nos pressupostos e no próprio discurso da Educação Física e o enfoque passa a ser o desenvolvimento psicomotor do aluno, o que começa a aproximar-se mais do modelo que tem-se hoje (BRASIL, 1997).

Contrapondo o panorama mais biologicista, surgem abordagens na Educação Física escolar inspiradas no momento histórico social do país, com diferentes enfoques, mas com a busca pelo desenvolvimento das múltiplas dimensões do ser humano. A primeira é a abordagem psicomotora, que tem como foco o desenvolvimento integral do aluno, tanto no que diz respeito aos aspectos motores como cognitivos e afetivos (BRASIL, 1998). Essa perspectiva influenciou uma outra abordagem, a construtivista, que se baseia no conhecimento formulado pela teoria de Jean Piaget (1896-1980), que acredita na construção de conhecimento através de um processo de interação entre o sujeito e o mundo, podendo ser construído ao longo de toda vida (DARIDO, 2001 apud FERREIRA E SAMPAIO, 2013). A terceira teve uma visão desenvolvimentista que está preocupada com o desenvolvimento das habilidades motoras fundamentais e assume que a Educação Física deve priorizar a aprendizagem do movimento. Em contrapartida, há as abordagens críticas que se atrelam às transformações sociais, econômicas e políticas e visam superar as desigualdades sociais e, para tanto, exigem que as aulas considerem conteúdos de relevância social, contemporâneos e adequados às características sociocognitivas dos alunos (BRASIL, 1998).

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (1998) da área explicam que a partir dessas abordagens, foi possível ampliar a visão da Educação Física, considerando as dimensões psicológicas, sociais, cognitivas, afetivas e políticas do aluno, compreendendo-o como um ser humano integral. Muitas vezes as origens de caráter biológico e tecnicista restringem os conceitos de corpo e movimento, mas a Educação Física é muito mais abrangente e por isso é essencial considerar os diversos contextos socioculturais em que o corpo se insere, se movimenta e com os quais interage.

Portanto, entende-se a Educação Física como uma área de conhecimento da cultura corporal de movimento<sup>1</sup> (BRASIL, 1998), que contempla múltiplos conhecimentos produzidos e usufruídos pela sociedade como atividades que tem como finalidade o lazer, a expressão de sentimentos, afetos e emoções (BRASIL, 1997). Sendo assim, esse amplo campo de estudos permite que o professor de Educação Física exerça um papel muito importante em uma equipe hospitalar, por dominar aspectos que fazem a diferença na qualidade de assistência e cuidado em saúde.

## 2.2 A EDUCAÇÃO FÍSICA E A SAÚDE PÚBLICA

Dispostos os movimentos históricos e como eles afetaram a constituição do que se entende hoje como área da educação física, irei focalizar a partir deste subtítulo na atuação do profissional de educação física em espaços de saúde pública. Cabe aqui dispor sobre o conceito do termo saúde que compreende “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 2021), definição essa tomada por críticas, por ser algo ideal, inatingível, além de imensurável e subjetivo, já que ela não representa a mesma coisa para todas as pessoas e depende da época, lugar e classe social (SCLIAR, 2007). Por este motivo, a Constituição Federal de 1988 evita discutir o conceito, mas afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais

---

<sup>1</sup> A autora Barbosa (2013) cita os autores Daólio (2007), Darido e Rangel (2005) para definir cultural corporal de movimento: “O corpo é expressão de cultura, logo, podemos concluir que o homem sempre foi produtor e reproduzidor de cultura durante a história da humanidade. Assim, o professor de Educação Física trabalha com as manifestações culturais diretamente vinculadas ao corpo e ao movimento (DAÓLIO, 2007); A habilidade de produzir cultura bem como de se adaptar, de reconstruir e de ressignificar seus conhecimentos ao longo do tempo, constituiu o que podemos chamar de cultura corporal de movimento, que foram introduzidas dentro da Educação Física (DARIDO & RANGEL, 2005)” (BARBOSA, 2013, p. 283)

e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988, Art. 196), princípio que norteia o Sistema Único de Saúde (SUS).

A autora Caponi (2003) que usa como base os estudos do filósofo Georges Canguilhem, traz uma reflexão de saúde como objeto de questão filosófica sendo que, segundo ela, existe uma associação muito corriqueira e utilizada por profissionais da área entre saúde e normalidade, considerando “normal” e “saudável” algo formado por valores padrões, dentro de uma estatística representativa encontrada na média da população, o que desvia disso, é considerado uma patologia. Entretanto, é necessário enfatizar que o normal e o patológico são únicos para cada indivíduo, que está inserido em um determinado meio. Desta forma, o conceito de saúde não deveria ser fixo e estável e sim levar em conta as diversas condições individuais, sociais, políticas e culturais.

Na verdade, um corpo tem um lado genótipo, que é aquele que combina os genes recebidos podendo ou não determinar a existência de patologias, e outro lado fenótipo, que é um produto/efeito de estilos de vida escolhidos e condições de vida impostas como alimentação carente, condições de trabalho desfavoráveis, condições sanitárias deficientes, escolaridade precária e distribuição desigual de riquezas. Ao considerar o corpo como um produto e ao ampliar o conceito de saúde, é possível repensar políticas públicas e os conceitos de prevenção e promoção de saúde, cabendo aos programas de saúde criar estratégias de prevenção de doenças e gerar políticas para maximizar a capacidade de cada indivíduo de enfrentar riscos que fazem parte de sua história (CAPONI, 2003).

Neste sentido, um dos programas de saúde existentes, criado pelo Ministério da Saúde em 1994, é o Programa de Saúde da Família (PSF) (PACHECO, 2017), depois transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF), que teve como aposta a reorientação do modelo assistencial em saúde, por meio da atuação de uma equipe multidisciplinar em Unidades Básicas de Saúde (UBS) (DE CARVALHO; NOGUEIRA, 2016). Outra possibilidade de atuação do profissional de educação física na atenção básica apareceu em 2008, quando foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, pensados para atuar de forma integrada com as equipes de Saúde da Família

(eSF) e objetivando ampliar a abrangência das ações de atenção básica. Estes núcleos são constituídos por equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, inclusive da Educação Física (BRASIL, 2008). Além disso, uma outra forma de inserção se dá através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das residências multiprofissionais (LIRA DE REZENDE NEVES *et al*, 2015).

Além da Atenção Básica, tem-se a inserção da Educação Física em ambiente hospitalar, atualmente previsto pela Resolução nº 391, de 26 de agosto de 2020, que presume a atuação:

em todos os níveis de atenção à saúde, em todas as **fases do desenvolvimento humano**, com ações de prevenção, **promoção**, proteção, **educação**, intervenção, recuperação, reabilitação, **tratamento e cuidados paliativos**, com atendimento em instituições filantrópicas, comunitárias, militares, públicas, privadas, entre outras (CONFEEF, 2020, Art. 7).

Um espaço importante de atuação dessa área ocorre em salas de recreação e brinquedotecas, apesar de não prever a contratação de profissionais com formação para trabalhar de forma lúdica, a Lei nº 11.104 de 21 de março de 2005 estabelece a obrigatoriedade de brinquedotecas em hospitais que oferecem atendimento pediátrico, anunciando que o espaço deve ser provido de “brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar” (BRASIL, 2005, Art. 2).

Ainda no ano de 2005, em 23 de novembro, o Ministério da Saúde aprova a Portaria nº 2.261, que estabelece as diretrizes de funcionamento das brinquedotecas em unidade de saúde e tem como objetivo: “Tornar a criança um parceiro ativo em seu processo de tratamento, aumentando a aceitabilidade em relação à internação hospitalar, de forma que sua permanência seja mais agradável” (BRASIL, 2005, Art. 2). No artigo 5º desta portaria, são apontadas as diretrizes:

I - os estabelecimentos hospitalares pediátricos deverão disponibilizar brinquedos variados, bem como propiciar atividades com jogos, brinquedos, figuras, leitura e entretenimento nas unidades de internação e tratamento pediátrico como **instrumentos de aprendizagem educacional e de estímulos positivos na recuperação da saúde**;

II - tornar a criança um **parceiro ativo em seu processo de tratamento**, aumentando a aceitabilidade em relação à internação hospitalar, de forma que sua permanência seja mais agradável;

III - agregação de **estímulos positivos ao processo de cura**, proporcionando o brincar como forma de **lazer, alívio de tensões e como instrumento privilegiado de crescimento e desenvolvimento infantil**;

IV - ampliação do **alcance do brincar para a família** e os acompanhantes das crianças internadas, proporcionando momentos de **diálogos entre os familiares, as crianças e a equipe**, facilitando a integração entre os pacientes e o corpo funcional do hospital;

A proposta da sala de recreação na qual decorreu a experiência desse estudo potencializa o brincar, proporciona fortalecimento do vínculo entre criança-acompanhante-equipe, fornece ferramentas para que o desenvolvimento continue, mesmo em uma situação vulnerável e se aproxima dos direitos de aprendizagem e desenvolvimento dispostos na Base Nacional Comum Curricular (BNCC) na Educação Infantil: **conviver** com outras crianças e adultos; **brincar** cotidianamente de diversas formas; **participar** ativamente de escolhas de atividades da vida cotidiana; **explorar** movimentos, emoções, cores, texturas, relacionamentos; **expressar** suas necessidades, sentimentos, dúvidas, descobertas, questionamentos; e **conhecer-se** e construir sua identidade pessoal, social e cultural, ações essas proporcionadas pelo espaço de recreação (BRASIL, 2017). Ademais, no subtítulo seguinte serão justificadas as contribuições que o professor de Educação Física pode fazer em uma Unidade de Oncologia Pediátrica.

### 2.3 O PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Nas últimas décadas, a incidência de câncer vem crescendo de forma rápida, provavelmente pelas mudanças no estilo e expectativa de vida (ROY; SAIKIA, 2016), levando a marca de quase 10 milhões de mortes no ano de 2020 (OMS, 2021). Estas patologias são caracterizadas pela reprodução descontrolada de células anormais, que podem invadir tecidos adjacentes e órgãos (INCA, 2020). Diferente do que é notado em adultos, o câncer na infância e adolescência é considerado raro (FELICIANO; SANTOS; POMBO-DE-OLIVEIRA, 2018), entretanto, atinge cerca de 400 mil crianças todos os anos (OMS, 2021) e representa a segunda principal causa de mortes, após acidentes, na faixa etária de 5 a 14 anos (WARD *et al.*, 2014).

O surgimento de uma doença grave como o câncer causa muitas mudanças na vida da criança e sua família. O tratamento e a hospitalização prolongada são estressantes fisicamente e emocionalmente, necessitando adotar estratégias de enfrentamento (MOTTA; ENUMO, 2002). Sikilero (2010) relata que a internação hospitalar é percebida como uma experiência desagradável e que gera diversas

reações, principalmente em crianças, como medo e ansiedade, manifestados por irritabilidade, alterações de humor, isolamento afetivo e agressividade e é neste cenário que o brincar surge como instrumento terapêutico:

[...] comprometendo-se com a tarefa de amenizar os traumas decorrentes da situação ansiogênica de hospitalização, do enfrentamento da dor e adoecimento buscando o equilíbrio físico e/ou emocional, modificando ambientes e realidades, estabelecendo vínculos e relações através da participação ativa do paciente no processo de intervenção em saúde no qual está inserido (SIKILERO, 2010, p. 42).

Considerando que o tratamento contra o câncer não possibilita à criança um poder de escolha muito grande, já que precisam aderir à quimioterapia, radioterapia, cirurgia, exames, internações prolongadas, consultas e medicações complementares, as atividades desenvolvidas na sala de recreação surgem como uma ferramenta que busca resgatar o lado sadio dos indivíduos, sempre respeitando o interesse e as necessidades dos pacientes, obedecendo às normas de segurança e de controle de infecções (SIKILERO, 2010).

Apesar da Portaria nº 2.261, de 23 de novembro de 2005, citada anteriormente, não determinar a contratação de profissionais para atuarem em salas de recreação ou brinquedotecas, conforme artigo 7º: “A qualificação e o número de membros da equipe serão determinados pelas necessidades de cada instituição, podendo funcionar com equipes de profissionais especializados, equipes de voluntários ou equipes mistas” (BRASIL, 2005), na instituição em que foi realizada a experiência, tem-se a atuação de uma professora de Educação Física, responsável pela Sala de Recreação da Unidade de Oncologia Pediátrica.

Ainda que essa área seja pouco explorada pela Educação Física, Padovan e Schwartz (2009) afirmam que esse profissional possui conhecimento e formação para lidar com a perspectiva lúdica, sendo a recreação hospitalar um meio de aliviar as dores causadas pela hospitalização. Nesse espaço existe lugar para o brincar e através disso é possível gerar adaptação ao novo ambiente, aliviar dores, estimular a criatividade e manifestar as mais diversas formas de expressão corporal. Além disso, é possível perceber que “[...] a criança, em ambiente recreativo, mesmo hospitalizada, se torna capaz de alcançar um desenvolvimento mais adequado, pelo fato de serem respeitadas suas expectativas, seus desejos e suas condições de habilidade, quando interagindo ludicamente” (PADOVAN e SCHWARTZ, 2009, p. 1027).

Portanto, o profissional que atuar nesse espaço precisa de “embasamento teórico e prático da situação hospitalar e do paciente em questão, metodologias apropriadas, a adequação das diversas formas de atuação e intervenção profissional, além da efetiva aceitação do elemento lúdico no contexto da saúde” (PADOVAN & SCHWARTZ, 2009, p. 1026). Entende-se que, assim como a BNCC aborda o trabalho do educador, o profissional que atua na sala de recreação também busca “refletir, selecionar, organizar, planejar, mediar e monitorar o conjunto das práticas e interações, garantindo a pluralidade de situações que promovam o desenvolvimento pleno das crianças” (BRASIL, 2017, p. 39).

### 3. MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 DELINEAMENTO

Este é um estudo descritivo de abordagem qualitativa que busca relatar as experiências vivenciadas e decorridas de um estágio realizado em um hospital universitário localizado na cidade de Porto Alegre na Unidade de Oncologia Pediátrica por uma aluna do curso de graduação em Educação Física- Licenciatura.

#### 3.2 ANÁLISE DE EXPERIÊNCIA

Este trabalho é um recorte do período de fevereiro de 2020 a agosto de 2021, sendo que de março a junho de 2020, por conta da pandemia, o estágio presencial foi suspenso e ocorreu de forma remota. Mesmo após o retorno presencial, algumas atividades continuaram ocorrendo de forma online, para completar a carga horária semanal de 20 horas.

As impressões aqui obtidas se deram através de 1) observações, 2) vivências práticas, 3) visualização de vídeos, filmes e lives, 4) leitura de textos e discussão em seminário com colegas e supervisora, 5) participação semanal em reuniões da equipe multiprofissional (*rounds*)<sup>2</sup> e 6) participação em eventos da área.

Os pacientes que internam na Unidade de Oncologia estão em investigação de alguma neoplasia maligna ou com diagnóstico de algum câncer onco-hematológico. A permanência na internação varia de acordo com o paciente, o tratamento e com a doença, mas, geralmente, a internação é mais prolongada no início do tratamento e, posteriormente, mais pontual e com maior acompanhamento em ambulatório.

As experiências práticas aconteceram na Sala de Recreação da Unidade de Oncologia Pediátrica e em atendimento nos leitos dos pacientes em tratamento e em Transplante de Medula Óssea, que tem a faixa etária entre 0 e 18 anos. Os leitos são individuais ou coletivos (3 camas), onde ficam os pacientes e um familiar, além de todo suporte de equipamentos necessários para o tratamento.

Com vistas a caracterizar a Sala de Recreação, trata-se de um espaço amplo que disponibiliza diversos jogos, brinquedos, vídeo game, materiais para atividades

---

<sup>2</sup> Reunião da equipe multiprofissional para discutir individualmente cada paciente, são abordados assuntos como doença, tratamento e condutas.

manuais, livros, espaço para bebês e quaisquer outras atividades de livre criação imaginativa. A equipe é composta por uma professora de Educação Física, uma pedagoga e quatro estagiários extracurriculares dos cursos de Educação Física e Pedagogia. Entretanto, na Unidade atuam profissionais de diversas áreas de conhecimento como medicina, nutrição, psicologia, odontologia, enfermagem, farmácia e fisioterapia. Esta sala de recreação pertence ao Serviço de Educação Física e Terapia Ocupacional da instituição, que conta com mais três salas espalhadas por outras internações, além de prestação de assistência na atenção básica vinculada ao hospital, como os CAPs (Centro de Atenção Psicossocial) Infantil e Adulto.

Já os seminários aconteceram de maneira híbrida e caracterizavam-se pela passagem de *round* e discussões sobre temas diversos que influíam diretamente na prática e assistência aos pacientes, como o câncer e o tratamento, cuidados paliativos, luto e a importância do brincar para o desenvolvimento infantil.

Alguns dos materiais que amparam as reflexões são os seguintes: filme “O tradutor” de Rodrigo e Sebastián Barriuso, filme “Path Adams” de Tom Shadyac, seriado “Um leão por dia” de Steven Bognar e Julia Reichert, vídeo “TEDx: A morte é um dia que vale a pena viver” de Ana Cláudia Quintana Arantes, texto “Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades” de Ciro Augusto Floriani e Fermin Roland Schramm, texto “Recreação hospitalar: o papel do profissional de educação física na equipe multidisciplinar” de Diego Padovan e Gisele Maria Schwartz, texto “Brincar junto, interagir com os bebês: reflexos da formação na prática pedagógica” de Michelle Duarte Rios Cardoso, entre tantos outros materiais.

Serão relatadas aqui, diversas reflexões que contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional que surgiram ao longo de um ano e meio de estágio. As análises tratarão dos seguintes tópicos:

1. O câncer e o tratamento;
2. Os locais de prática;
3. O processo de ensino-aprendizagem;
4. Construção de conhecimento;
5. O brincar e o lúdico;
6. Cuidados paliativos e luto- vida e morte;

### 3.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Como se trata de um trabalho de relato de experiência da própria autora, não será necessária aprovação em comitê de ética, bem como não serão revelados nome do Hospital, paciente, familiares e profissionais.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo irá relatar o que pude aprender, observar e descobrir através da experiência de estágio vivenciada e discutir com o que a literatura diz.

### 4.1 O CÂNCER E O TRATAMENTO

As famílias chegam na Unidade geralmente em processo de investigação de alguma neoplasia maligna, muitas vezes o resultado da biópsia demora para ficar pronto. São dias de aflição, orações e de pensamentos positivos para que o diagnóstico não se confirme, afinal um câncer na infância parece ir contra a ordem natural da vida, os questionamentos são muitos: Por que com uma criança? Por que com essa família? Há alguma pendência da vida passada que precisa ser solucionada? Essa estrutura familiar precisa resolver algum problema e ele se manifesta naquela criança?

Assim como Pinto e colaboradores (2015), pude observar que uma grande ferramenta de enfrentamento para alívio de dores ou perdas dos pacientes é a aproximação com a espiritualidade, crenças e valores, de maneira a atribuir algum significado individual àquela doença. Almico e Faro (2014) também encontraram resultados que revelam que os cuidadores buscam na religiosidade “o conforto e a segurança que necessitam para lidar com as demandas do tratamento quimioterápico de seus filhos” (ALMICO; FARO, 2014, p.734).

Outra observação realizada, foi a insistência da família na busca de recursos para entender o que está acontecendo com seu filho. O câncer muitas vezes se manifesta de maneira silenciosa, muitos foram os relatos que escutei das famílias revelando que trataram por muito tempo algum tipo de infecção, virose, investigaram qualquer outra patologia, exceto câncer. Entretanto, a maioria das famílias segue sua intuição até conseguir transferência para um hospital de maior porte, onde geralmente fecha o diagnóstico.

Feito isso, a equipe médica define o melhor protocolo para tratar aquela doença e inicia-se o tratamento, que pode ser composto por cirurgia, quimioterapia, radioterapia e transplante de medula óssea. Ele é bastante individual, depende do grau de comprometimento, do tipo de doença, da resposta individual do paciente entre outros. Mas, geralmente, inicia-se com uma internação mais prolongada, para

monitorar aquela criança e administrar os sintomas decorrentes do tratamento da melhor maneira possível. Os principais são náuseas, fadiga, perda de pelos, edema, mucosite, febre.

Concordo com Kohlsdorf e Costa Junior (2012), quando dizem que além de lidar com os sintomas físicos decorrentes do tratamento, o paciente precisa conviver com a mudança na rotina escolar e social, com dúvidas e incertezas sobre a evolução do tratamento, suspensão de atividades de lazer e que a família precisa se adaptar à situação, com perdas diversas, “medo de recaída, ansiedade, administração de informações recebidas, cuidados com os filhos saudáveis, tentativas de reaproximar-se de uma nova condição, cuidados com efeitos colaterais, atenção a intercorrências, entre outras, que prejudicam a qualidade de vida da família” (KOHLSDORF; COSTA JUNIOR, 2012, p. 120). É uma fase de adaptação às regras do hospital, readequação dos horários de trabalho (muitos acabam pedindo demissão), enfrentamento de notícias difíceis, tomada de decisão acerca da vida do filho e tentativa de encarar da maneira mais forte o possível para acreditar que tudo vai acabar bem.

Dentre as possíveis intercorrências durante o tratamento, estão as infecções hospitalares causadas por bactérias ou germes multirresistentes (GMR), exigindo isolamento restrito ao quarto e impossibilitando que o paciente entre em contato com colegas de internação, bem como a família e equipe. Outra ocasião em que o paciente precisa se isolar (dessa vez de forma protetiva), é quando se encontra em Transplante de Medula Óssea, um tratamento de muitos riscos por conta da imunossupressão e que, portanto, exige muitos cuidados da família e equipe. Em ambos os casos, os atendimentos são realizados nos leitos seguindo todos os cuidados necessários e fornecendo materiais exclusivos para estes pacientes, que geralmente ficam internados um longo período de tempo, tendo contato com poucas pessoas.

A pesquisa de Da Silva e colaboradoras (2019), afirma que o isolamento pode causar muito estresse para o paciente e acompanhante, além de ser considerado como mais uma ruptura, pelo fato da limitação de espaço e de convívio com outras pessoas, além da diminuição da frequência do brincar. As autoras afirmam que o brincar, além de ser um centro de desenvolvimento é também um recurso de resgate às suas ocupações (DA SILVA *et al.*, 2019) e pude observar sua importância na minha experiência, já que muitas vezes a criança fica carente e se sente solitária. Nestes casos, os profissionais acabam por ser sua referência, motivando a brincadeira e fornecendo ferramentas para que a brincadeira continue mesmo quando não estamos

presentes, minimizando, assim, os impactos causados pelo isolamento. No próximo subtítulo, irei descrever um pouco sobre os locais pelos quais ocorrem as intervenções da equipe.

## 4.2 OS LOCAIS DE PRÁTICA

Ao chegar na internação, uma das primeiras coisas que a criança e a família veem é o “Dino”, o personagem mais conhecido da Unidade. Ele é uma escultura de dinossauro gigante que já passou por diversos “tratamentos”, tirou muitas fotografias e brincou com muitos pacientes, é tão famoso que tem até um aplicativo próprio para esclarecer dúvidas do tratamento, agendar consultas e jogar. Ao lado dele, está a entrada para a Sala de Recreação, que chama muito a atenção das crianças pelo tanto de brinquedo que visualizam logo na entrada e é ali que essa família e esse paciente vão vivenciar muitos momentos alegres, de consolo, vão conversar, chorar e encontrar um ombro amigo.

Inicialmente, a equipe explica que pode brincar com tudo, ocupar todos os espaços e propor atividades: tudo que está ao nosso alcance é feito. Mas a sala tem algumas regras como horário de abertura e fechamento, não tocar no brinquedo que cai no chão antes de ser higienizado e respeitar a equipe, os colegas de internação e o espaço. Nesse ambiente a criança tem poder de escolha, já que no tratamento medicamentoso isso fica impedido.

Um outro apontamento que a equipe faz é o estímulo para que os acompanhantes permaneçam com a criança no local, já que é uma boa oportunidade para que o vínculo se fortaleça e para que a família veja o quanto há de saudável no seu filho, resgatando momentos anteriores à internação. Permanecendo, há a possibilidade de construir amizades com outros pacientes e suas famílias e de encontrar alguém que realmente entenda a situação percorrida.

Os atendimentos não ficam restritos à sala de recreação, eles se estendem também aos leitos, local esse muito íntimo, pois é o “lar” daquele paciente e da família durante um bom tempo. Ao adentrar este espaço, muitas vezes encontramos dor, mau humor, irritabilidade, tristeza, choro, mas também esperança, alegria, fé e coragem, por isso, ao prestar assistência, é preciso estar preparado para encontrar qualquer

tipo de sentimento e identificar os sintomas para posteriormente apontar para a equipe para que, juntos, possamos amenizar os ruins e ressaltar os bons.

O trabalho de Turatti (2021) analisou a percepção da equipe multiprofissional acerca da sala de recreação em uma Unidade de Oncologia Pediátrica e concluiu que a equipe vê esse espaço de uma maneira positiva, fundamental e necessária, viabilizando “a promoção de um ambiente acolhedor que propicia atividades de forma integrada, ou seja, que reconhecem o sujeito com um todo” (TURATTI, 2021, p. 59).

Esses espaços, visualizados como locais educativos não formais, oportunizam que os educadores forneçam ferramentas para descontração por meio de “projetos lúdicos, pedagógicos e criativos, trabalhando as necessidades de cada criança/adolescente enfermo” (NOGUEIRA *et al.*, 2008, p. 49). As autoras sugerem que à medida que se interpretam os conceitos de educação e saúde surge uma nova perspectiva de “educação que fertiliza a vida, pois o desejo de aprender/conhecer engendra o desejo de viver” (NOGUEIRA *et al.*, 2008, p. 49). Elas entendem ainda que uma abordagem pedagógica pode suavizar os efeitos traumáticos causados pela internação e esse período pode ser servido com um tempo de aprendizagem, de aquisição de novos conhecimentos e significados (NOGUEIRA *et al.*, 2008). Após abordar os principais espaços educativos em que ocorrem as intervenções, o subcapítulo seguinte irá abordar como ocorreram os processos de ensino e aprendizagem.

#### 4.3 OS PROCESSOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Minha atuação como estudante de licenciatura em um ambiente não escolar permitiu uma aproximação muito grande com o aluno-paciente e com a família, propiciou o acesso a diversas situações sociais que afetam diretamente a estrutura familiar e, conseqüentemente, o desenvolvimento do educando. Um professor inserido em um serviço que oferece assistência a pessoas doentes pode ver muito além da doença e do paciente: ele vê, entre tantas coisas, um aluno inserido em um determinado contexto sociocultural, com uma história de vida que antecede sua internação. Esse aluno precisou se afastar da família, da escola e, portanto, de amigos e de sua rotina, porém mesmo doente, continua em desenvolvimento, se construindo e aprendendo outras formas de ser criança.

Sendo assim, ademais da escola, local onde geralmente acontecem as intervenções pedagógicas, o professor consegue ver o hospital como um potente espaço de educação. Apesar de muito diferente do ambiente escolar, os objetivos se assemelham quando pensamos que o desejo é auxiliar no desenvolvimento do aluno-paciente, amparar a família que se encontra numa situação vulnerável e instável durante e após a internação. Mas para muito além de educar, o professor atuante e me permito mencionar que a equipe como um todo, aprendem muito no dia a dia do hospital: ao valorizar a experiência e o conhecimento do aluno-paciente e da família, podemos falar que ocorre um grande processo de ensino-aprendizagem. Ao considerar isso, nos tornamos mais humildes diariamente e buscamos por mais conhecimentos, pois cada aluno-paciente, com sua individualidade, exige diferentes habilidades assistenciais.

Dentre as diversas contribuições do professor no hospital, Fontes (2004) relata que nenhuma é “tão constante quanto a da disponibilidade de estar com o outro e para o outro” (FONTES, 2014, p. 123). Além disso, diferente de outros profissionais, como psicólogos e assistentes sociais, o professor consegue realizar uma escuta pedagógica<sup>3</sup> que muitas vezes é transformada em diálogo por meio de uma perspectiva lúdica e didática sobre a construção de conhecimento do espaço, da rotina e de tantas informações médicas sobre doença e tratamento recebidos. A autora ainda complementa que a atuação do professor deve articular o saber do paciente e família e o saber médico, com respeito às diferenças existentes entre eles (FONTES, 2014).

Sobre isso, pude notar que muitas vezes os pacientes e as famílias se sentem mais à vontade para falar de seus problemas, medos e angústias conosco, professores de Educação Física e pedagogos, já que o diálogo acontece naturalmente, durante a realização de uma atividade ou brincadeira, não destinamos um horário marcado, ou “forçamos” uma conversa. Muitas vezes simplesmente passamos no quarto para dar bom dia, verificar como se encontram e se necessitam de algo, não necessariamente para fazer alguma intervenção, por isso, a família e o

---

<sup>3</sup> “O termo escuta provém da psicanálise e diferencia-se da audição. Enquanto a audição se refere à apreensão/compreensão de vozes e sons audíveis, a escuta se refere à apreensão/compreensão de expectativas e sentidos, ouvindo através das palavras as lacunas do que é dito e os silêncios, ouvindo expressões e gestos, condutas e posturas. A escuta não se limita ao campo da fala ou do falado, [mais do que isso] busca perscrutar os mundos interpessoais que constituem nossa subjetividade para cartografar o movimento das forças de vida que engendram nossa singularidade.” (CECCIM; CARVALHO, 1997, p. 31)

paciente se sentem mais à vontade para desabafar, contar algum ocorrido, falar sobre situações do cotidiano ou da vida.

Em relação à atuação específica do professor de Educação Física em ambiente hospitalar, o trabalho de Dias, Antunes e Arante (2014) observou uma demanda dos hospitais mais ligada às abordagens biológicas, como exercícios físicos, reabilitação, condicionamento físico e ginástica laboral, um modelo que muitas vezes compreende a doença como um distúrbio que afeta uma determinada parte do corpo. O professor, entretanto, tem um olhar mais delicado sobre aquele sujeito individual e social. Entende que o corpo não é fragmentado e isolado, tendo uma preocupação que vai além das dimensões fisiológicas, não desconsiderando-as, mas contextualizando-as “no conjunto dos processos de vida do sujeito doente e seu problema localizado” (DIAS; ANTUNES; ARANTES, 2014, p. 87). Para finalizar, os autores apontam que se faz necessário acentuar discussões de possibilidades de atuação de professores no domínio da saúde pública, demandando mais estudos e discussões para que se amplie o conceito de saúde também no contexto de Atenção secundária e terciária de saúde (DIAS; ANTUNES; ARANTES, 2014).

Apesar de ao longo da minha trajetória no estágio ter percebido que essa área mais biofisiológica é demandada nesse campo de atuação, pude perceber que a instituição em que ocorreu a minha experiência se preocupa muito com o paciente de maneira integral, em proporcionar bem-estar ao período de internação, que busca debater sobre o que é o corpo, o que é saúde e tem um olhar muito atento ao indivíduo, buscando por prestar a melhor assistência possível em todas as áreas de estudo o corpo humano requer. Portanto, no próximo título irei falar um pouco sobre o trabalho em equipe e a importância dessa união de conhecimentos.

#### 4.4 CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTO

A construção de conhecimento se deu através de muitas pessoas e momentos. A curiosidade e a compreensão de que não trabalhamos em uma “ilha”, faz buscar por novos aprendizados diariamente.

Como já mencionado, entre os profissionais que atuam na Sala de Recreação, estão a professora de Educação Física e uma Pedagoga, com os respectivos estagiários da área. Semanalmente eram realizadas reuniões para passagem de round, momento importante para entendermos melhor o estado de saúde do paciente,

aprendermos termos médicos, esclarecer dúvidas, pesquisarmos o que é desconhecido, e para discussão de algum tema escolhido, como brincar no hospital, cuidados paliativos, luto, câncer e tratamento, família, escuta ativa. Esses momentos foram muito importantes para amparar nossa atuação prática e nos dar mais segurança para desempenhar nossa função. Além dessas ocasiões, as supervisoras estavam sempre disponíveis para dialogar sobre acontecimentos diários e a equipe era bastante acessível para esclarecer dúvidas e nos orientar.

Outro ponto importante para a construção de conhecimento ao longo desse período foi a participação em rounds da equipe multiprofissional. Posso afirmar que saí do estágio sabendo um pouco de nutrição, psicologia, farmácia, medicina, enfermagem e assistência social. É um momento muito importante para estar junto de profissionais qualificados, escutar seus ensinamentos e discutir a conduta da equipe para o bem daquele paciente e sua família. Tivemos vários casos delicados pelos quais foi necessário tomar decisões difíceis e muitas vezes eram convidados outros profissionais especializados para darem sua opinião e amparar para que a melhor decisão fosse tomada.

Para Peduzzi (2001) o trabalho em equipe multiprofissional consiste em:

[...] uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (PEDUZZI, 2001, p. 108).

O trabalho em equipe durante toda minha experiência me fez perceber a importância de ser humilde e reconhecer que a ação conjunta tem mais resultado do que de forma isolada, já que é possível visualizar o paciente como um todo, com suas múltiplas dimensões. Bastos e colaboradores (2017) lembram que a interdisciplinaridade deve estar presente nas práticas cotidianas, exigindo que a equipe se mantenha interligada para que se obtenha sucesso nos processos de saúde.

#### 4.5 O BRINCAR E O LÚDICO

Para iniciar este subcapítulo, se faz necessário conceituar as palavras “brincar” e “lúdico”. Conforme o dicionário Michaelis, brincar significa: “divertir-se com jogos infantis; entreter-se com objetos ou atividades lúdicas; simular situações da vida real;

distrair-se; recrear-se. Dallabona e Mendes (2004) dizem que brincar é “sinônimo de aprender, pois o brincar e o jogar geram um espaço para pensar, sendo que a criança avança no raciocínio, desenvolve o pensamento, estabelece contatos sociais, compreende o meio, satisfaz desejos, desenvolve habilidades, conhecimentos e criatividade” (DALLABONA; MENDES, 2004, p. 110). Já a palavra lúdico vem do latim *ludus* e está associada aos termos jogo e brincadeira (ALMEIDA, 2018), para este trabalho, será considerado que o jogo e o brincar tem uma dimensão lúdica associada, de divertimento.

Conceituados os termos que são foco deste item, é possível afirmar que o brincar é algo inerente da criança- nos seus mais diversos contextos- através dele, a criança consegue se expressar e espelhar seu mundo, abordando o real através do imaginário. Num tratamento agressivo como o de um câncer, necessariamente acontecerão experiências desagradáveis ou traumáticas por conta de tantos procedimentos invasivos, por isso, é essencial que se organize espaços e momentos para que a brincadeira esteja presente no cotidiano dos pacientes e das famílias, como maneira de resgatar um desenvolvimento sadio e fornecer vivências prazerosas.

Cabe aqui ressaltar que na oncologia pediátrica desta instituição, o brincar e o lúdico não se restringem à equipe de recreação ou à sala de recreação, é uma ferramenta utilizada por todos os profissionais da equipe multiprofissional em diversos momentos de prática, como maneira de compreender os anseios das crianças e tornar a experiência da internação mais leve possível. Os procedimentos ganham um caráter lúdico e fazem com que o paciente colabore e aceite melhor o tratamento.

Além do brincar como estratégia terapêutica, as reflexões de Selau e Bilibio (2019) apresentam uma outra dimensão do brincar como um cuidado amoroso e humanizado, que tem como objetivo desfrutar o presente, o prazer da brincadeira, para além de uma técnica ou ferramenta que vise um objetivo futuro em saúde. Entretanto, estar aberto a essa outra dimensão, necessariamente exige uma relação de afeto, amor e empatia, dividindo, portanto, além das alegrias da brincadeira, os medos, angústias e sofrimentos daquele vínculo criado entre profissional-paciente-família. Sendo assim, estaria certo ultrapassar os limites profissionais e se envolver emocionalmente com aquela história?

Essa dúvida surgiu em diversos momentos da minha prática e eu sempre escolhi me envolver, cuidar, amar e, inevitavelmente, sofrer. Trata-se de uma relação entre um ser humano com outro ser humano, portanto, quando é possível olhar para

aquele paciente como alguém que vai além de um paciente, como uma pessoa que tem crenças, valores, história, é possível falar de um cuidado humanizado, composto de trocas ao invés de imposição. Registro aqui que foi recompensador, o tanto que aprendi sobre relações, sobre vida e sobre mim fizeram todos os sofrimentos e toda suscetibilidade valerem a pena e acredito que, assim como aprendi, pude ensinar e cuidar também.

Assim como estes mesmo autores, pude perceber que não se trata de negligenciar os possíveis ganhos de saúde, e sim de conseguir enxergar um lado que vai além do biológico, se permitir experienciar algo vai além das técnicas e protocolos e viver também um papel afetivo e expressivo na assistência a um ser humano que está sob seu cuidado (SELAU; BILIBIO, 2019).

#### 4.6 CUIDADOS PALIATIVOS E LUTO- VIDA E MORTE

Quando a doença se dissemina pelo corpo e não há mais nenhum tratamento medicamentoso curativo, o paciente entra em cuidados paliativos, que consiste na assistência realizada pela equipe multidisciplinar para melhorar a qualidade de vida, buscando aliviar a dor e o sofrimento. A equipe de recreação atua com o objetivo de cuidar e fornecer tudo que é possível e desejado pelo paciente e pela família, acompanhando até o final da vida daquele ser, durando semanas, meses ou anos.

O óbito geralmente não chega de surpresa, já que estes pacientes são conhecidos e acompanhados cuidadosamente pela equipe. As supervisoras relatam que, anteriormente, quando um paciente entrava em cuidados paliativos, os estagiários eram afastados da prestação de assistência para não sofrer com a inevitável perda, entretanto, percebeu-se que o processo de cuidado e até mesmo de elaboração do luto era interrompido, por isso, atualmente opta-se por dar continuidade ao atendimento, caso for de escolha do estudante, para que ele consiga vivenciar e aprender com aquele caso.

Com a morte vem o luto, que pode ser dividido por fases por alguns autores, mas que ocorre sempre de uma forma muito individual, tanto para a família quanto para os profissionais que atuavam no cuidado daquele paciente. Muitos espaços são abertos para a discussão, as supervisoras sempre estão disponíveis para conversa e apoio, bem como a equipe, que busca falar sobre o ocorrido. A perda sempre é dolorida, é humano sentir dor, tristeza e questionar a morte de uma criança, mas o

preparo teórico anterior, a conversa constante e as memórias deixadas pelo paciente me ajudaram muito na elaboração do luto das perdas que tive.

Talvez um dos maiores aprendizados que obtive nesse período de estágio foi sobre a vida e a morte. A consciência da finitude me fez perceber que minha vida acaba e, apesar de ser uma frase redundante, acredito que essas palavras precisam ser ditas e internalizadas. Pode parecer estranho falar que numa Unidade de Oncologia Pediátrica existe muita vida, os pacientes e suas famílias acabam ensinando que a gente precisa viver o que quer viver, não podemos adiar nossa felicidade pois a morte é a única certeza que temos. Parece clichê falar isso, mas experienciando na prática, eu pude realmente me dar conta desses conhecimentos, afinal, viver com a consciência da morte nos faz valorizar mais cada dia.

Falar de morte ainda é um tabu muito grande na sociedade, o que não percebem é que podemos escolher falar sobre a vida por esse caminho, como nos ensina a médica e autora do livro “A morte é um dia que vale a pena viver” (2016), Ana Cláudia Quintana Arantes: “A morte é um excelente motivo para procurar um novo olhar para a vida” (p.12); “A morte é uma ponte para a vida” (p.12).

O contato próximo com a morte fez com que eu olhasse para a vida dos meus pacientes, para fornecer as melhores experiências possíveis e prazerosas àquela estrutura familiar. O estudo de Dos Santos (2019) e colaboradores trouxe um resultado muito importante: os significados e sentidos atribuídos dos pais durante o processo de luto tem relação com os relacionamentos vivenciados ao longo do período de internação, sejam eles com os profissionais envolvidos no cuidado ou com os filhos. Sendo assim, acredito que a atuação da equipe de recreação é fundamental para desenvolver boas experiências, fortalecer vínculos, oferecer momentos alegres, conforto, amor e cuidado.

## 5. CONCLUSÃO

Chegando ao final da redação deste trabalho, sou tomada por um sentimento ambíguo: por um lado, muito feliz em estar finalizando esta etapa de minha vida e este relato, por outro, invade uma saudade de tantos momentos bons compartilhados, de tantos aprendizados e de pessoas queridas que passaram por essa trajetória. Finalizei meu estágio em agosto deste ano, mas por estar escrevendo este trabalho, ainda estou fortemente vinculada com os momentos vivenciados, os conhecimentos adquiridos e os sentimentos pelos quais fui tomada, apenas agora sinto que vou me despedir oficialmente desta experiência.

Tratar uma doença agressiva como o câncer é algo muito doloroso, requer muita força, coragem e esperança. Uma equipe multiprofissional dedicada, disposta a amparar e ajudar aquela estrutura familiar é imprescindível, como foi possível analisar neste trabalho. Para além disso, profissionais que tem como foco o cuidado e a assistência no que diz respeito à qualidade de vida dos pacientes podem contribuir fortemente nesse período de vida tão turbulento, neste caso, professores de Educação Física, que tem como objeto de estudo o corpo humano em suas diversas dimensões- física, mental, emocional, afetiva, social e intelectual.

O trabalho realizado pela equipe de Recreação é uma ferramenta não medicamentosa muito importante para o tratamento dos pacientes. Através do brincar, principalmente, pode-se obter muitos benefícios como o fortalecimento do vínculo entre a criança, a família e a equipe, a melhor aceitação ao tratamento medicamentoso, o resgate de sentimentos que remetem a um ambiente fora do contexto de adoecimento, e também o simples fato de oferecer uma experiência de prazer e afeto em meio a tantas vivências desagradáveis.

O professor aqui inserido tem a habilidade de olhar para o paciente como um aluno, como uma criança ou adolescente que teve sua rotina interrompida, que tem uma história anterior à internação, que se afastou da escola, do grupo de amigos e família, que agora precisa se adaptar às regras do hospital- assim como precisa se adaptar as da escola-, conhecer o funcionamento de seu corpo, se deparar com diversas mudanças físicas e se preparar psicologicamente para receber diversas informações novas. Sendo assim, ele sabe também da necessidade de realizar uma escuta ativa e pedagógica, para que, junto da equipe, se preste a melhor assistência possível objetivando fornecer um pouco de leveza a essa fase da vida.

Inserida no ambiente hospitalar, pude ter um contato muito próximo com a família e com as crianças, que também frequentam a escola e, sendo assim, tive acesso às suas restrições existentes, mas também às potencialidades e maturidade que adquirem. Com a família presente constantemente, consegui entender o quanto a transparência, a comunicação e a presença ativa deles são importantes em qualquer contexto, seja no hospital ou escola. O acesso à uma relação tão íntima, me fez perceber o quanto considerar a bagagem de cada paciente/aluno é importante para a atuação profissional na área da saúde e também na escolar. Meu olhar atualmente, atuando em escola depois dessa experiência, é um olhar mais cuidadoso para aquele ser humano único, considero e fico atenta a cada palavra e atitude, busco olhar para além dos fatos e converso com professores e orientadores para entender o contexto e ajudar da maneira que me for possível, para juntos, fornecer o crescimento de uma criança emocionalmente mais segura e consciente.

Conforme redigi este trabalho, não ficou dúvidas de sua relevância para minha formação e para meu crescimento pessoal. Me tornei uma pessoa mais humana, aprendi muito sobre relações, vida, finitude, cuidado e sobre amor, base para atuar em qualquer área profissional. Quando escolhi me envolver com as histórias, escolhi desfrutar de momentos alegres, escutar mais do que falar, inevitavelmente também escolhi sofrer, mas dessa forma, aprendi muito com as famílias, tive esperança junto com elas, vibrei, chorei e ajudei, cuidei, amei. Através disso, me permiti ser humana, prestando assistência a outros humanos na tentativa de oferecer um pouco de leveza para enfrentar essa fase tão dolorida e desafiadora.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Luís Rogério. A Constituição histórica da Educação Física no Brasil e os processos de formação profissional. *In: IX CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO- EDUCERE E III ENCONTRO SUL BRASILEIRO DE PSCIOPEDAGOGIA*, Curitiba, 2009.
- ALMEIDA, Tiago. O governo da infância: o brincar como técnica de si. *Arquivos brasileiros de psicologia*, Rio de Janeiro, v. 70, n. spe, p. 152-166, 2018.
- ALMICO, Thatianne; FARO, André. Enfrentamento de cuidadores de crianças com câncer em processo de quimioterapia. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, vol 15, n.3, p. 724-738, 2014.
- ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.
- BARBOSA, Raquel Firmino Magalhães. Um diálogo sobre a cultura corporal e as dimensões do conteúdo dentro de uma teia de relações. **Revista Motrivivência**, Florianópolis, n. 41, p. 281-289, dez. 2013.
- BASTOS, Isabel Gois; SANTANA, Antônio Assis Santiago; BASTOS, Raquel Gois. Interdisciplinaridade na saúde: um instrumento para o sucesso. **Revista Brasileira de Ciências em Saúde**, Ilhéus, vol. 1, n. 1, p. 46-53, 2017.
- BRASIL. Artigo 131 da Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 10 de novembro de 1937. **Obriga a prática de educação física em escolas primárias, normais e secundárias**. Rio de Janeiro, 10 nov. 1937.
- BRASIL. Artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Deveres do Estado em relação à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 out. 1988.
- BRASIL. **Base Nacional Comum Curricular (BNCC)**. Educação é a Base. Brasília, MEC/CONSED/UNDIME, 2017. Disponível em: [http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC\\_EI\\_EF\\_110518\\_versaofinal\\_site.pdf](http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_EI_EF_110518_versaofinal_site.pdf). Acesso em: 20 set. 2021.
- BRASIL. Conselho Federal de Educação Física. Artigo 7º da Resolução nº 391, de 26 de agosto de 2020. Definição da atuação do Profissional de Educação Física em contexto hospitalar. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 400, 28 ago. 2020. Seção 1
- BRASIL. Lei nº 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**, Brasília, DF, 22 mar. 2005.
- BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Educação Física**/ Secretaria de Educação Fundamental, Brasília, MEC, SEF, 1997.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. **Parâmetros curriculares nacionais: Educação Física**. Secretaria de Educação Fundamental. Brasília: MEC, SEF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Criação dos Núcleos de Saúde da Família (NASF). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.261, de 23 de novembro de 2005. Aprova o Regulamento que estabelece as diretrizes de instalação e funcionamento das brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 nov. 2005.

CAPONI, Sandra. A saúde como objeto de reflexão filosófica. *In*: BAGRICHEVSKY, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana. **A saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Edibes, 2003, p. 115-136.

CECCIM, Ricardo Burg, CARVALHO, Paulo R. Antonacci, (org.) **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Editora da UFRGS: Porto Alegre, 1997.

DA SILVA, Jeovana Inês da Penha *et al.* Isolamento hospitalar pediátrico: o olhar da criança. **Revista Institucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, Rio de Janeiro, vol 3, n. 4, p. 508-525, 2019.

DALLABONA, Sandra Regina; MENDES, Sueli Maria Schimitt. O lúdico na Educação Infantil: jogar, brincar, uma forma de educar. **Revista de divulgação técnico-científica do ICPG**, vol 1, n. 4, p. 107- 112, jan.- mar 2004.

DARIDO, Suraya Cristina. Educação física na escola: realidade, aspectos legais e possibilidades. *In*: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Prograd. **Caderno de formação: formação de professores didática geral**. São Paulo: Cultura Acadêmica, v.16,. p. 21-33, 2012.

DE CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da promoção da saúde na atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol 21, n. 6, p. 1829-1838, 2016.

DIAS, Larissa Alves; ANTUNES, Priscilla de Cesaro; ARANTES, Victor Hugo de Paiva. Expectativas de atuação profissional de professores(as) de Educação Física em Hospitais Públicos Brasileiros. **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, Florianópolis, vol. 36, n. 2, p. 75-91, abr./jun. 2014.

DOS SANTOS, Maiara Rodrigues *et al.* Da hospitalização ao luto: significados atribuídos por pais aos relacionamentos com profissionais em oncologia pediátrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, vol 53, n. 3, p. 01-09, 2019.

FELICIANO, Suellen Valadares Moura; SANTOS, Marcell de Oliveira; POMBO-DE-OLIVEIRA, Maria S. Incidência e Mortalidade por Câncer entre Crianças e Adolescentes: uma Revisão Narrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, vol 64, n. 3, p. 389- 396, jul./ago./set. 2019.

FERREIRA, Heraldo Simões; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Tendências e abordagens pedagógicas da Educação Física escolar e suas interfaces com a saúde. **EFDeportes.com. Revista Digital**, Buenos Aires, nº 182, julho de 2013.

FONTES, Rejane de Souza. A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 29, p. 119-138, mai./jun./jul/ago. 2005.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Disponível em: [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br). Acesso em 15 abr. 2021.

KOHLSDORF, Marina; COSTA JUNIOR, Áderson Luiz. Impacto Social do câncer pediátrico para pais: revisão de literatura. **Paidéia**, Ribeirão Preto, vol. 22, n. 51, p. 119-129, jan./abr. 2012.

LÉXICO. Dicionário de Português online. Disponível em: <https://www.lexico.pt/>. Acesso em 01 out. 2021.

LIRA DE REZENDE NEVES, Ricardo *et al.* Educação Física na saúde pública: Revisão Sistemática. **Revista brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, vol 23, n. 2, p. 163- 177, jun. 2015.

MICHAELIS. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/>. Acesso em: 29 out. 2021.

MOTTA, Alessandra; ENUMO, Sônia Regina Fiorim. Brincar no hospital: câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, vol 3, n. 1, p. 23-41, 2002.

NETO, João Agostinho. **A formação do profissional de Educação Física nas residências multiprofissionais em saúde no Estado do Ceará**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, UECE, Fortaleza, 2018.

NOGUEIRA, Liliana Azevedo *et al.* Atendimento pedagógico- hospitalar uma experiência inovadora em Campos de Goytacazes-RJ. **Revista Perspectivas online**, Campos de Goytacazes, vol 2, n. 8, p. 47- 59, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em: <https://www.who.int/es>. Acesso em 15 abr. 2021.

PACHECO, Andrea Zin Hubbe. **O profissional de Educação Física em hospital de alta complexidade**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física) - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança, UFRGS, Porto Alegre, 2017.

PADOVAN, Diego; SCHWARTZ, Gisele Maria. Recreação Hospitalar: o papel do profissional de Educação Física na equipe multidisciplinar. **Motriz**: Rio Claro, v.15. n. 4, p. 1025-1034, out./dez. 2009.

PINTO, Ariane Costa *et al.* A importância da espiritualidade em pacientes com câncer. **Revista Saúde.com**, Jequié, vol. 11, n. 2, p. 114-122, 2015.

ROY, P. S.; SAIKA, B. J. Cancer and cure: a critical analysis. **Indian Journal of Cancer**, India, vol 53, n.3, p. 441-442, jun./set. 2016.

SELAU, Bruna Lima; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Transgredindo as lógicas do cuidado: relato de experiência sobre o amar e brincar na pediatria hospitalar. **Revista Univap**, São José dos Campos, vol 25, n. 48, 2019.

SIKILERO, Regina Helena Alves Salazar. **Ação lúdico Terapêutica no Hospital de Clínicas de Porto Alegre em perspectiva institucional emancipatória**. 2010. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro Universitário La Salle, Canoas, 2010. SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol 17, n. 1, p.29-41, 2007.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol 17, n. 1, p.29-41, 2007.

SOARES, Everton Rocha. Educação Física no Brasil: da origem até os dias atuais. **EFDeportes.com, Revista Digital**, Buenos Aires, vol 17, nº 169, junho de 2012.

TURATTI, Jovana Gatto. **A recreação e o brincar no hospital: percepções da Equipe multiprofissional da Unidade de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) - Faculdade de Educação, UFRGS, Porto Alegre, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Projeto Pedagógico do Curso de Licenciatura em Pedagogia**. Porto Alegre, jun. 2018. Disponível em: Acesso em: 10 nov. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Regulamento do Trabalho de Conclusão dos Cursos de Licenciatura e Bacharelado em Educação Física**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, p. 320-324, ago. 2019. Disponível em: <https://www1.ufrgs.br/RepositorioDigitalAbreArquivo.php?519801FEF872&115>. Acesso em: 10 out. 2021.

WARD, Elizabeth et al. Childhood and adolescent cancer statistics, 2014. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, Kennesaw, vol 64, n. 2, p. 83-103, mar. /abr. 2014.