

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

CARLA DANIELA KOHN

**LUDOTERAPIA: UMA ESTRATÉGIA DA
PEDAGOGIA HOSPITALAR NA ALA
PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

**SÃO CRISTÓVÃO
2010**

CARLA DANIELA KOHN

**LUDOTERAPIA: UMA ESTRATÉGIA DA
PEDAGOGIA HOSPITALAR NA ALA
PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

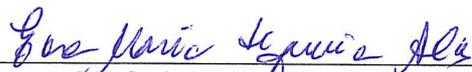
Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Núcleo de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Sergipe, como pré-requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. EVA MARIA SIQUEIRA ALVES

**SÃO CRISTÓVÃO
2010**

“LUDOTERAPIA: UMA ESTRATÉGIA DA PEDAGOGIA HOSPITALAR NA
ALA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE”

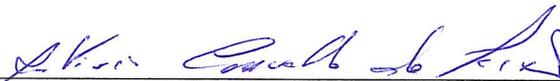
APROVADO PELA COMISSÃO EXAMINADORA EM
22 DE MARÇO DE 2010



PROF^a. DR^a. EVA MARIA SIQUEIRA ALVES



PROF^a. DR^a. ALESSANDRA SANTANA SOARES E BARROS



PROF. DR. ANTONIO CARVALHO DA PAIXÃO

Suplente

AGRADECIMENTOS

Ao meu maior incentivador, pelo seu amor, sua amizade e seu companheirismo, meu marido, Jurinha Lobão, que mesmo não estando presente, com certeza sempre esteve e estará por perto iluminando minha caminhada.

Às minhas adoradas filhas, Karen e Michelle, minha mãe Bárbara e meus irmãos Vivian e Carlos que sempre me apoiaram e acreditaram na minha capacidade de estudo, pesquisa e trabalho.

À Nathalia Helena Alem amiga e companheira de mestrado, pela amizade, apoio, dedicação e crença no fato de que conseguiríamos terminar juntas esta etapa de nossas vidas.

Às amigas e também companheiras de mestrado Ana Márcia e Gisele pelas cumplicidades e apoios.

À Prof^a. Dr^a. Eva Maria Siqueira Alves, pela orientação deste trabalho e apoio durante toda a caminhada tanto acadêmica quanto pessoal.

À Dr^a Margareth Rose Uchoa Rangel por possibilitar nossa entrada na Ala Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe.

À Prof^a. Dr^a. Josefa Eliana Souza e ao Prof. Dr. Ricardo Queiroz Gurgel por suas riquíssimas contribuições na etapa de qualificação.

À Prof^a. Dr^a Anamaria Bueno pelo apoio, incentivo e empréstimos de bibliografias durante esse período.

Às bolsistas que participaram desta pesquisa, Myrian, Synara, Mônica, Priscila, Macelle e Mayara, pela colaboração, empenho e seriedade que tornaram possível a realização deste trabalho.

À Joane Roberts, pela colaboração na redação do abstract.

Às crianças hospitalizadas, na Ala Pediátrica, que com sua inocência e vontade de viver, permitiram comprovar a relevância do papel do pedagogo no ambiente hospitalar. E que nos deram grandes lições de vida.

Aos pais e acompanhantes dessas crianças que acreditaram que o trabalho desenvolvido contribuiu para a melhora do quadro clínico de cada um destes pacientes.

À equipe de saúde, doutores, enfermeiros e auxiliares pela aceitação e apoio durante toda a execução do projeto. E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa.

Resumo

O estudo que apresentamos, é o relato de uma experiência realizada na ala pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, no período de agosto de 2008 à agosto de 2009, e tem por objetivo descrever a importância do trabalho desenvolvido pelo pedagogo dentro da Pedagogia Hospitalar, utilizando a ludoterapia como estratégia pedagógico-educacional, para crianças e adolescentes internados. Mostrando que a educação e a aprendizagem também são possíveis dentro do hospital e podem contribuir para o bem-estar deste paciente que está privado das interações sociais próprias da infância, e que pode ter seu desenvolvimento comprometido. A retomada da função do hospital ao longo da história nos possibilitou vislumbrar seu papel na sociedade de hoje, onde em nome de uma racionalidade técnica busca priorizar a doença e não o doente, negligenciando o aspecto integral da pessoa humana. Sob as perspectivas teóricas de Vygotsky e Wallon, buscamos fundamentar nosso entendimento acerca do desenvolvimento infantil, uma vez que a partir de seus postulados, reafirmamos a necessidade das interações sociais e da aprendizagem junto à criança hospitalizada. Visto que mesmo em situação de adoecimento a mesma continua se desenvolvendo e se torna imprescindível, ações que permitam a ela elaborar os efeitos negativos decorrentes da hospitalização. Chegou-se a conclusão que a intervenção do pedagogo é essencial nesse ambiente, que o uso da ludoterapia como estratégia pedagógica no desenvolvimento das atividades contribuiu de forma relevante para o atendimento integral à criança hospitalizada. E que existe uma necessidade dos cursos de formação de educadores prepararem profissionais para atuarem em ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Pedagogia Hospitalar, Ludoterapia; Pedagogo.

Abstract

The present study describes the result of a report experience carried through in the pediatric ward at the University Hospital of the Federal University of Sergipe, from August 2008 to August 2009. It aims at inside describe the value of the pedagogist's work developed within the scope of Hospital Pedagogy by employing ludotherapy as a pedagogical educational strategy for children and adolescents in hospital. Demonstrating that education and learning are feasible within the hospital and may well contribute toward patient's well being, who may have development compromised, since deprived from characteristic childhood social interactions. The recapture of hospital function along history enable a view upon its present role within society, where the dominance of technical rationality prioritizes the disease to the detriment of the patient, therefore neglecting the integral aspect of human being. The theoretical perspective by Vygotsky and Wallon have justified our knowledge concerning childhood development, since their propositions reassert the need for social interaction and learning regarding the hospitalized child, seeing that even though going through an episode of illness, growth continues and therefore, plans of action that allow for coping with negative effects deriving from hospitalization, become indispensable. In conclusion, the pedagogist's intervention is essential within this environment and the use of ludotherapy as a pedagogical strategy for developing activities, have contributed to excel for the integral attendance to the hospitalized child. Moreover, this work calls on preparatory educational courses in order to provide professionals who shall be able to act within the hospital environment.

Keywords: Hospital Pedagogy; Ludotherapy; Pedagogist

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	8
INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I – EDUCAÇÃO INFANTIL E O PAPEL SOCIAL DO HOSPITAL.....	22
1.1 Aspectos da História da Educação Infantil e Suas Relações com a Saúde.....	22
1.2 O caminhar da saúde e sua humanização em Sergipe.....	31
1.3 Elementos Legais e Direitos da Criança Hospitalizada.....	36
CAPÍTULO II – O ADOECER E SUAS IMPLICAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	44
2.1 O Adoecer e o Impacto da Hospitalização.....	44
2.2 O Lúdico como Estratégia no Hospital Universitário/UFS.....	49
2.3 Aprendizagem e Desenvolvimento Infantil.....	74
CAPÍTULO III – A FORMAÇÃO DO PEDAGOGO PARA O AMBIENTE HOSPITALAR: DESAFIOS E SUGESTÕES.....	86
3.1 A Pedagogia Hospitalar como Disciplina do Curso de Pedagogia.....	88
3.2 A Flexibilidade da Prática Pedagógica.....	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
REFERÊNCIAS	100
ANEXOS.....	104
Anexo A: Roteiro de Entrevistas para Médicos e/ou Enfermeiros	
Anexo B: Roteiro de Entrevistas para Pais e/ou Acompanhantes	
Anexo C: Roteiro de Entrevistas com as Crianças-Pacientes	
Anexo D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (responsável da criança)	
Anexo E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissional)	
REGISTROS FOTOGRÁFICOS.....	112

APRESENTAÇÃO

Início a apresentação deste trabalho colocando traços de minha trajetória de vida acadêmica e profissional, que de certa forma, desde a graduação já me indicavam um caminho que só fui compreender claramente mais de vinte anos depois.

Quando criança ainda, como muitas de minhas amigas, gostava de dar aulas para bonecas, fingindo que o armário era o quadro negro e o quarto a sala de aula, apenas o giz era verdadeiro, o que deixava minha mãe muito irritada quando eu dizia que “ia dar aula.” Sendo assim, quando decidi prestar vestibular para pedagogia, não causei nenhuma surpresa.

Minha primeira experiência na área de educação propriamente dita foi durante a graduação, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em 1980, quando trabalhei em uma escola infantil com crianças na faixa etária dos 3 aos 6 anos de idade. Uma das crianças era portadora de necessidades especiais e conseqüentemente precisava de uma maior atenção na hora de desenvolver as atividades.

Como estagiária, fui incumbida de trabalhar mais especificamente com aquela criança a fim de que as outras “não fossem prejudicadas”, uma vez que a atividade se desenvolvia mais lentamente quando esta criança participava do grupo. Hoje posso dizer com certeza que graças a Cristina (4 anos) e através de seus sorrisos, choros e gestos, comecei a construir um processo diferenciado em educação.

Na sequência, estagiei na APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) de São Paulo, cujo objetivo era promover a prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas com deficiências físicas e intelectuais, especialmente de crianças (na faixa dos 4 aos 15 anos de idade) e adolescentes, favorecendo sua integração e reintegração na sociedade.

Mais uma vez me deparei com crianças portadoras de necessidades especiais, porém, desta vez, em um ambiente onde todas eram especiais, sem a necessidade de se falar em inclusão e sim de se valorizar as diferenças e de ser amado e respeitado em consequência delas. Ali pude observar como as professoras trabalhavam com as excepcionalidades das crianças e como era fácil ser feliz, independente da limitação de cada aluno.

Em seguida, fui para a AACD (Associação de Assistência à Criança Deficiente), também em São Paulo, onde trabalhei com crianças que tinham paralisia dos membros inferiores, devido à paralisia infantil, mutiladas e portadoras de próteses (em consequência de acidentes e má formação), provenientes de vários pontos do Brasil em situações de extrema fragilidade, mas que queriam contar suas histórias e assim iam ensinando muito sobre a vida, sobre a solidariedade e a superação.

Como último estágio, passei pela Cruz Verde, ainda em São Paulo, uma associação filantrópica sem fins lucrativos conveniada ao SUS (Sistema Único de Saúde), que prestava assistência aos portadores de paralisia cerebral grave, associada a algum agravo clínico. Nesta instituição, fiquei pouco tempo (apenas dois meses), pois os pacientes apresentavam quadros de paralisias cerebrais muito severos, impossibilitando qualquer intervenção pedagógica.

Assim, a caminhada em direção à pedagogia hospitalar já havia sido iniciada na década de 80, mas foram necessários muitos anos para que o sentido fosse definido. Em 2006, quando estava tentando pela primeira vez a vaga no curso de Mestrado em Educação da Universidade Federal de Sergipe, com um projeto sobre o lúdico como estratégia de ensino, surgiu a possibilidade de um trabalho pedagógico voltado para as crianças que se encontravam internadas na ala pediátrica do Hospital Universitário (HU)¹.

Esta oportunidade aconteceu através de uma solicitação do Departamento de Medicina do HU da Universidade Federal de Sergipe (UFS), na pessoa do Prof. Dr. Antonio Paixão, ao Departamento de Educação, chefiado pela Prof^a. Dr^a. Eva Maria Siqueira Alves, na qual era sugerida a participação de alunos do curso de Pedagogia em um trabalho recreativo/educacional na recém inaugurada Ala de Pediatria do HU, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida àquelas crianças durante o período de internação.

Durante o ano de 2007, após iniciado o trabalho, a equipe composta pela professora Eva Maria Siqueira Alves, Macelle Oliveira Penalva (graduanda em pedagogia e bolsista – PIBIX) e eu, senti a necessidade de um aprofundamento teórico e prático, o que me fez ir em busca de profissionais atuantes na área, bem como visitar algumas instituições.

¹ Doravante usar-se-ão as siglas HU, UFS ou HU/UFS.

Neste percurso, estive no Hospital do Câncer – SP (Fundação Antonio Prudente) quando conheci o trabalho e a estrutura montada para oferecer atendimento e acompanhamento pedagógico às crianças e adolescentes ali internados. Estive também no Hospital da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), na ala do GRACC (Grupo de Apoio à Criança com Câncer) onde, guardadas as devidas proporções, pude constatar que o nosso trabalho no HU estava no rumo correto.

Em 2008, estive em Campinas, participando do Encontro com Educadores e Cuidadores da Saúde, no Instituto Infantil Boldrini. Lá assisti a palestras com oncologistas, terapeutas ocupacionais e pedagogos especializados na educação da criança e adolescentes hospitalizados e tive a oportunidade de conhecer a estrutura da brinquedoteca “Ayrton Senna”, das classes hospitalares e dos atendimentos individualizados.

Nessas diferentes experiências pude constatar a importância da escola para a criança hospitalizada, como símbolo de uma rotina saudável e do papel do educador dentro deste contexto educativo de investimento e perspectiva de futuro de seu aluno, através de uma comunicação efetiva criando elos e fortalecendo a auto-estima da criança em tratamento de saúde.

Foi possível compreender, então, como a educação pode acontecer de forma não sistemática, porém intencional tanto na escola como dentro de um hospital, destacando a estreita relação existente entre a saúde e a educação, a emoção, a aprendizagem e o desenvolvimento através de atividades pedagógicas lúdicas no tratamento da saúde da criança/adolescente e comprovando os efeitos terapêuticos da ação pedagógica sobre a criança com agravos à saúde.

Os envolvidos, professores e equipe médico-hospitalar, objetivaram realizar um trabalho em conjunto (como parceiros) no intuito de enfrentar a doença, melhorando a qualidade de vida dos pacientes internos. Ficou claro para nós que existe uma exigência ética na qual temos por obrigação utilizar nossos conhecimentos e saberes para produzir novos conhecimentos no enfrentamento da busca pela cura, possibilitando a essas crianças internadas em hospitais públicos melhores condições de continuarem seus estudos ou mesmo de iniciá-los.

Nessa busca pela relação entre o ato de aprender e o alívio do sofrimento infantil, utilizamos saberes colhidos na obra de Henri Wallon (1879-1962), médico, psicólogo e pedagogo francês que ao afirmar que “aprender é algo que alivia a dor

infantil” (WALLON, 1975, p. 55), nos fez ver que o hospital pode e deve ser um local para o professor.

No início, a penetração neste novo mundo foi difícil, pois se tratava de uma realidade muito diferente das salas de aula. A aceitação e o respeito pelo nosso trabalho também tiveram de ser conquistados gradativamente, isso porque no começo éramos vistas apenas como as “tias da brincadeira”. Para que nossa presença e trabalho fossem autorizados como objeto de pesquisa, todos os procedimentos exigidos pelo Comitê de Ética do HU/UFS foram desenvolvidos para serem aprovados: a apresentação dos questionários que seriam aplicados à equipe de saúde, aos pais e acompanhantes e aos pacientes (crianças e adolescentes); as solicitações de autorização a serem assinadas pelos responsáveis, para o uso das imagens; uma relação da bibliografia a ser utilizada; bem como um cronograma para a execução das etapas da pesquisa.

A princípio nossa estrutura física constituiu-se de uma sala de 15 metros quadrados na Ala de Pediatria do HU/UFS azulejada até o teto, toda branca, com suportes nas paredes para soro, algumas cadeiras e mesas de plástico. Aos poucos fomos caracterizando nosso espaço com a aquisição de materiais recreativos (jogos, brinquedos), de consumo e didáticos, como livros, cadernos, lápis, giz de cera, papéis, pincéis, tintas, massa de modelar, etc. Hoje, após 3 anos de trabalho, nosso espaço já passou por duas reformas juntamente com toda a ala pediátrica e além desses materiais, temos bancada para crianças/adolescentes maiores desenvolverem suas atividades, bem como mesas e cadeiras menores para os pequenos, TV, DVD, computador e armários.

Muitas vezes este espaço tornou-se pequeno em função da quantidade de crianças, das diferenças etárias e das limitações provenientes das patologias e dos tratamentos, fazendo com que os atendimentos fossem realizados nas enfermarias e nos leitos.

Nosso plano de ação foi construído aos poucos, levando em consideração a idade dos pacientes, a quantidade, os níveis de escolaridade e de desenvolvimento cognitivo e principalmente as limitações físicas. Defendemos o trabalho em equipe, em solidariedade e dentro de nosso espaço pedagógico no hospital pudemos constatar essa realidade no esforço coletivo dos profissionais, pacientes e familiares. Trabalhamos em conjunto no planejamento e execução das atividades dentro da proposta educacional

com o objetivo de viabilizar, mediante princípios lúdicos, o atendimento pedagógico em ambiente hospitalar².

Acreditamos que neste trabalho desenvolvido na Ala de Pediatria do HU/UFS localizado na cidade de Aracaju, buscamos compreender as possibilidades e os limites da relação entre educação e saúde, através da construção de diálogos pedagógicos, na forma de gestos, na linguagem lúdica, na linguagem gráfica e discursiva da criança hospitalizada.

² Fizeram parte da equipe, além da Professora Eva Maria Siqueira Alves (coordenadora do projeto e orientadora) eu e as graduandas bolsistas:

Macelle Oliveira Penalva (Graduanda em Pedagogia - de novembro de 2006 a abril de 2007)

Mônica Dantas Rumão (Graduanda em Pedagogia - de março de 2007 a agosto de 2008)

Myrian Soares de Moraes (Graduanda em Pedagogia – desde maio de 2007)

Priscila Brandão Casada (Graduanda em Pedagogia – de maio de 2007 a setembro de 2007)

Mayara Theodoro Gomes Corrêa (Graduanda em Pedagogia – de setembro de 2007 a fevereiro de 2008)

Synara do Espírito Santo Almeida (Graduanda em Psicologia – desde maio de 2008)

INTRODUÇÃO

A palavra educação geralmente aparece vinculada à escola, entretanto, é possível ampliá-la para uma educação não formal, desenvolvida fora do ambiente escolar e que nos mostra uma lacuna nos cursos de pedagogia em relação aos conhecimentos específicos da realidade do adoecimento e suas consequências para as crianças que precisam deixar as salas de aula, ou mesmo adiar a entrada nas mesmas, para serem hospitalizadas.

O papel do pedagogo exige nessa situação que este profissional possa atuar no sentido de contribuir para a recuperação da criança no que se refere aos seus aspectos biopsicossociais, usando para isso a *ludoterapia* como estratégia pedagógica educacional.

O lúdico é um meio através do qual, como afirma Kishimoto (1994), os seres humanos exploram uma variedade de experiências em diferentes situações, para diversos propósitos. Dentro do lúdico, destacam-se os conceitos jogo, brinquedo e brincadeira como fontes de conhecimento no processo ensino-aprendizagem.

Além de Kishimoto, outros autores como Huizinga (1990) e Chateau (1987) consideram em suas pesquisas o ato de brincar de fundamental importância, pois quando os sujeitos brincam, liberam e canalizam suas energias, podendo transformar uma realidade difícil em uma fantasia prazerosa, verificando como verdadeira a enfática afirmação de Lindquist (1993, p.33): “o homem só é completo quando brinca”.

Atualmente, há estudos dedicados à compreensão do instrumento lúdico como potencializador do desenvolvimento. Desde o brinquedo usado nas pré-escolas, em ludotecas, até como elemento clínico, em consultórios e ambulatórios, o brinquedo tem sido amplamente utilizado, abrindo espaços para discussões e estudos que procuram apontar como este instrumento, típico da fase da infância, pode se configurar em um objeto de estudo bastante rico. Segundo Chateau (1987), o lúdico deve ser visto como um encaminhamento ao trabalho, uma ponte entre a infância e a vida adulta, uma estratégia que favorece a aquisição das habilidades necessárias para uma boa aprendizagem.

Para autores como Vygotsky (1994) e Winnicott (1975), o brinquedo é, indiscutivelmente, um veículo que media a relação da criança com o mundo e influencia na maneira como as crianças se relacionam e interagem. Para esses autores, o brinquedo preenche necessidades que se traduzem em motivos que impelem a criança à ação. E

são exatamente essas necessidades que fazem a criança avançar em seu desenvolvimento.

A partir de nossas experiências, podemos afirmar que há pelo menos quatro tipos de jogos que atendem a algumas finalidades dentro do processo como: os *funcionais* que trabalham os movimentos simples como encolher os braços e pernas, agitar dedos, balançar objetos, etc.; os *de ficção* que seriam as atividades de faz-de-conta com bonecos; os *de aquisição* em que a criança aprende ouvindo, vendo e fazendo esforços para compreender seres, cenas e imagens; os *de construção* que reúnem, combinam objetos entre si, modificam e criam novos.

São estes últimos que proporcionam um meio real de aprendizagem e podem servir como fator decisivo para assegurar o desenvolvimento, principalmente na faixa etária dos 2 aos 5 anos, pois faz com que as crianças pensem enquanto brincam e aprender a pensar é o mesmo que aprender a aprender de forma natural e democrática.

Assim, a *ludoterapia* – expressão usada no Brasil para identificar a terapia pelo brinquedo, pelo brincar – pode contribuir na recuperação de crianças hospitalizadas, devolvendo-lhes a sensação de segurança e mantendo sua autoconfiança, como demonstram Lindquist (1993), Lenzi (1992) e Motta e Enumo (2004). Nesse sentido é que Axline (1972) afirma:

Trata-se de uma oportunidade que se oferece à criança de poder crescer sob melhores condições. Sendo o brinquedo seu meio natural de auto-expressão lhe é dada a oportunidade de, brincando, expandir seus sentimentos acumulados de tensão, frustração, insegurança, agressividade, medo, espanto e confusão (AXLINE, 1972, p. 14).

A estratégia pedagógica do brincar tem sido desenvolvida por autores que, conforme declaram Motta e Enumo (2004) – inspirados no filme “Patch Adams: o amor é contagioso” –, buscam transformar o ambiente hospitalar em um local menos agressivo, mais leve e alegre, de modo a amenizar os traumas causados por uma internação hospitalar nas crianças/adolescentes e em seus pais, familiares e acompanhantes.

Uma vez que a criança internada continua sendo criança e precisa ter seu equilíbrio emocional e intelectual garantidos é através da abordagem lúdico-pedagógica planejada que pretendemos dar continuidade em sua aprendizagem, levando-se em

consideração, além de sua idade cronológica, o estado físico, as limitações impostas pela patologia e o grau de desenvolvimento cognitivo destas crianças e adolescentes.

Usando as palavras de Winnicott:

Quaisquer que sejam as explicações para a força curativa dos brinquedos e das brincadeiras, a “mágica” que perpassa o ato de brincar pode ser explicada pelo fato de que sendo a brincadeira universal e própria do indivíduo saudável, facilita o crescimento e, portanto, a saúde (WINNICOTT, 1975, p. 63).

Sendo assim, oportunizar o brincar e o aprender dentro do hospital é fundamental para a diminuição da tensão e da angústia nas crianças provocadas pelo processo de internação. Para Lindquist (1993), se uma criança se sente descontraída e feliz, sua permanência no hospital não será somente muito mais fácil mas também o seu desenvolvimento e a sua cura serão favorecidos. Portanto, o hospital pode ser também um local para se aprender.

Sabemos que o internamento é um evento estressante na vida de qualquer pessoa, em especial de crianças/adolescentes, pois causa uma desestruturação da rotina, levando ao isolamento e fazendo com que sentimentos negativos como o medo e a ansiedade aflorem e conseqüentemente afetem o desenvolvimento cognitivo e emocional desses pacientes.

Nesse sentido, a intervenção do pedagogo e das atividades pedagógicas podem promover o bem-estar dos pacientes e evitar atrasos no desenvolvimento intelectual dessas crianças facilitando-lhe também o retorno às salas de aula. Para as crianças que já frequentam a escola é muito importante a manutenção deste “elo”, pois para elas a escola representa a realidade, a rotina, os amigos. Diante disso, cabe, então, ao pedagogo a tarefa de fazer esta ponte com o “mundo lá de fora”.

Existem ainda as crianças que não estão matriculadas na rede escolar e são nesses casos que a ação pedagógica mais se justifica, tanto pelo ponto de vista legal, como social e psicológico, conforme esclarece Taam (2004). Em vista disso, esclareceremos de início dois conceitos que perpassam este trabalho: Pedagogia Hospitalar e Classe Hospitalar, e que serão úteis para melhor compreensão do tema em discussão.

Entendemos a Pedagogia Hospitalar como um processo alternativo que trabalha o indivíduo na sua integralidade e não considera o atendimento escolar como

provisório e sim como a parte do trabalho de fazer a criança entender e aceitar seu cotidiano hospitalar e, conseqüentemente, contribuir para a recuperação de sua saúde, pois uma criança ou um adolescente quando perde o medo, a angústia do internamento e da doença, automaticamente começa a trabalhar em favor de sua melhora.

De acordo com elementos apontados por Mattos e Muggiati (2001), e por nós experimentados durante a pesquisa, podemos descrever como objetivos da Pedagogia Hospitalar: promover a integração da criança com a escola, com a família e com o hospital, atenuando os traumas da internação e contribuindo para a interação social; oportunizar a humanização do atendimento às crianças e aos adolescentes hospitalizados em busca da qualidade de vida intelectual e sociointerativa; aproximar a vivência da criança no hospital à sua rotina diária anterior ao internamento, utilizando o conhecimento como forma de emancipação e formação humana; fortalecer o vínculo com a criança hospitalizada, possibilitando o fazer pedagógico construído na prática educacional dos ambientes hospitalares; possibilitar à criança internada, mesmo estando em ambiente hospitalar, ter acesso à educação; contribuir para a reintegração da criança hospitalizada em sua escola de origem ou para sua inserção após a alta, uma vez que muitas delas, mesmo em idade de obrigatoriedade escolar, não frequentam a escola; ser o interlocutor das crianças e adolescentes que passam por internações, sejam elas de curtas, médias ou longas durações, dando não só o melhor de nossa atenção e técnica, mas criando um mundo melhor, onde pessoas se preocupam com outras.

Acreditamos que nosso trabalho no Hospital Universitário pode ser classificado como uma Pedagogia Hospitalar, pois trabalhamos com as crianças sempre de forma integral e mesmo sem o contato com as escolas onde estão matriculadas. Trabalhamos, assim, de maneira bastante flexível com as bases curriculares e principalmente com suas realidades e limitações.

Podemos até afirmar que a Pedagogia Hospitalar está mais intimamente ligada com a saúde e com a vida da criança do que com sua instrução e aprendizagem porque não se mantém fechada em seu formalismo sistemático, em que a criança deve adaptar-se ao currículo previamente proposto. Neste contexto, ao se flexibilizar este currículo, adaptando-o ao estado biopsicossocial em que a criança se encontra, pode-se, assim, ser considerada a pedagogia do presente, do momento.

Segundo Barros (2007) poderíamos dizer que a Pedagogia Hospitalar é uma confluência de vários campos do saber que estudam e trabalham as práticas educativas em hospitais.

Dentro da Pedagogia Hospitalar temos a Classe Hospitalar. Apesar de não ser o conceito deste trabalho, é necessário que seja explicado para uma melhor compreensão da pesquisa. Criada no Brasil em 1950, no Rio de Janeiro, como estratégia de proteção ao desenvolvimento e educação das crianças, instituindo-se não só como uma modalidade de atendimento pedagógico-educacional vinculada à educação especial, mas também como convicção jurídica de direito adquirido com o objetivo de não deixar a criança e o adolescente hospitalizados perderem o ano letivo. A Classe Hospitalar é entendida como o “Lócus Específico destinado a prover o acompanhamento escolar a alunos impossibilitados de freqüentar as aulas em razão de tratamento de saúde que impliquem internação hospitalar ou atendimento ambulatorial” (FONSECA, 2003, p. 30).

A Classe Hospitalar surge então, conforme Barros(2007) como:

uma modalidade do atendimento prestado às crianças e aos adolescentes internados em hospitais e parte do reconhecimento de que esses jovens pacientes, uma vez afastados da vida acadêmica e privados da convivência em comunidade, vivem sob o risco de fracasso escolar e de possíveis transtornos de desenvolvimento (BARROS, 2007, p.2).

Partindo para o conceito saúde, constatamos ser muito amplo e se relacionar com a cultura de um povo, suas condições materiais de vida e, conseqüentemente, sua educação. Assim como Wallon (1975), outros foram médicos que se tornaram psicólogos e pedagogos, comprovando essa relação entre os saberes.

Conforme Arce (2002), destacamos aqui Froebel, criador e fundador do primeiro *kindergarten* (jardim-de-infância), em 1837, na Alemanha, e também criador do jogo de construção, entendido como objeto de ação, caracterizado pela liberdade e espontaneidade, muito usado na educação infantil. Desde essa época já se comprovava os benefícios da estratégia lúdica nas intervenções pedagógicas, visando possibilitar à criança a construção de instrumentos necessários para que a aprendizagem ocorra.

Wallon (1975) considera o jogo de construção como uma grande prioridade, pois ele recria constantemente a sociedade em que é executado, fazendo com que a criança faça uso do faz-de-conta, enquanto constrói seus cenários, viabilizando assim a resolução de conflitos e ansiedades ao mesmo tempo que permanece estimulada e ativa, ingredientes importantes para a recuperação da saúde.

No Brasil, tivemos o doutor Menezes Vieira como fundador do primeiro jardim de infância no Rio de Janeiro, em 1875, seguido pelo doutor Ulisses Pernambuco

(1916), cuja preocupação central foi a educação da criança excepcional. Mais à frente, veremos com profundidade a relação saúde, doença e hospitalização.

Esta pesquisa, de natureza qualitativa conjugada à observação participante, na qual o pesquisador vivencia a realidade pesquisada e nela intervém, poderíamos denominar de “pesquisa-ação”, conforme Lüdke e André (1986), por existir uma relação da ação com a solução de problemas, além de que todos os participantes estão envolvidos de maneira cooperativa e o pesquisador desempenha um papel ativo na busca de soluções para os problemas encontrados, bem como no acompanhamento e avaliação das ações desencadeadas em função dos mesmos.

Utilizamos uma bibliografia como suporte teórico por meio da qual pretendemos verificar a importância da Pedagogia Hospitalar de forma ampla, conforme destacado anteriormente, segundo Mattos e Miggiati (2001); da Classe Hospitalar, como espaço físico de acordo com Fonseca (2003); e do papel do pedagogo no auxílio à recuperação da saúde da criança/adolescente hospitalizado através de estratégias lúdicas no desenvolvimento de atividades pedagógicas.

Trabalhamos levando em consideração as relações: de emoção e saúde, de emoção e aprendizagem, de saúde e aprendizagem, e de desenvolvimento e aprendizagem, bem como o estabelecimento de uma relação com a equipe médico-hospitalar, na busca de uma melhoria na qualidade de vida da criança hospitalizada e evitando possíveis fracassos e retardos na aprendizagem. É preciso lembrar que o atendimento hospitalar visa sempre à recuperação e à manutenção da saúde, e não à assistência geral aos pacientes, isto é, a recuperação e a manutenção são referências e prioridades visando à melhoria da qualidade de vida e do equilíbrio físico e mental.

Compreender uma estratégia lúdica de educação que auxilie no resgate à saúde da criança hospitalizada, é o desafio que nos levou a realizarmos esta pesquisa, na Ala de Pediatria do HU/UFS. Fez-se necessário, por isso, a utilização de dados quantitativos a fim de serem traçados os perfis das crianças/adolescentes atendidos em relação à faixa etária, nível de desenvolvimento cognitivo, grau de aprendizagem, níveis socioeconômicos e tipos de patologias. Houve também o cuidado em delimitar o que foi constatado e o que foi inferido nas observações de campo, levando em consideração ser uma pesquisa em ciências humanas (educação), onde pesquisador e objeto pesquisado eram de mesma origem.

Os autores que fundamentaram a pesquisa foram: Henri Wallon (1975), de quem se buscou a discussão sobre a teoria das emoções, que trata o homem como ser

integral e integrado; Vygotsky (1994), de quem se buscou a discussão sobre o sociointeracionismo, o qual defende que o indivíduo não existe isolado, ele se constrói e constrói o outro através da interação social. Por isso, o desenvolvimento humano é visto como um empreendimento conjunto e não individual e que vai se constituindo durante toda a vida. E o brinquedo é um veículo que media a relação da criança com o mundo, preenche necessidades que impedem as crianças de agirem – e, conseqüentemente, de se desenvolverem – e influencia na maneira como as crianças se relacionam e interagem.

Vygotsky (1994) de modo particular, enfatizou o papel da cultura na história pessoal e o da linguagem na construção do conhecimento, discutindo a criança não apenas como construtora individual do conhecimento, mas vendo-a em interação com os elementos de sua cultura. Para Wallon e Vygotsky a aprendizagem está pautada na interação do indivíduo com o meio no qual está inserido. A escolha desses dois autores para compor a fundamentação desta pesquisa não foi ocasional. As similaridades que complementam as obras de Wallon e Vygotsky ajudaram a compreender o desafio de uma educação que resgate a saúde da criança ou adolescente hospitalizados.

Baseado em nossas experiências durante a pesquisa, concordamos com as declarações de Mattos e Muggiati (2001, p. 45), os quais afirmam que “a criança e o adolescente hospitalizados, em idade escolar, não devem interromper, na medida do possível, seu processo de aprendizagem, seu processo curricular educativo.”

Outra autora cuja obra também foi tomada como referência foi Lindquist (1993, p. 139), a qual ressalta que “o brinquedo está para a criança assim como o trabalho está para o adulto” e que a conduta lúdica oferece oportunidades para experimentar comportamentos que, em situações normais, jamais seriam tentados por medo de erro ou punição.

Os estudos de Ceccim e Fonseca (1999) foram importantes, pois eles defendem a necessidade de uma educação especial hospitalar que assegure os vínculos escolares respeitando os direitos fundamentais da pessoa humana e no especial direito das crianças e adolescentes internados.

Assim fundamentados nos estudos citados, apresentamos como objetivo geral desta pesquisa: descrever a importância do trabalho desenvolvido pelo pedagogo dentro da Pedagogia Hospitalar, utilizando a ludoterapia como estratégia pedagógico-educacional, para crianças e adolescentes internados na Ala de Pediatria do HU/UFS.

Para tanto, expomos como objetivos específicos traçados para o atendimento do objetivo geral:

- resgatar historicamente alguns elementos da educação infantil e do hospital como instituição social e sua evolução para que possamos compreender as diferentes funções que assumiu ao longo dos tempos;
- abordar a singularidade do adoecimento humano, enfocando os aspectos da implicação da doença e da hospitalização no desenvolvimento infantil;
- apresentar os aspectos legais que cerceiam o direito da criança hospitalizada e que amparam este atendimento;
- mostrar a necessidade dos cursos de formação de educadores prepararem esse profissional para atuar no ambiente hospitalar.

Metodologicamente, perpassamos pela construção e aplicação de instrumentos para coleta de dados (entrevistas, questionários, fotos e filmagens das atividades); o levantamento de dados gerais das crianças e dos adolescentes internados na Ala Pediátrica do HU/UFS no que diz respeito à faixa etária, gênero, origem socioeconômica, motivo e período das internações; a caracterização pedagógica desses pacientes, quanto à série matriculada, ao nível de conhecimento e ao grau de aprendizagem.

Destaque-se ainda a avaliação das intervenções pedagógicas desenvolvidas de forma lúdica no alcance de seus objetivos específicos, como a produção de bem-estar, pelo equilíbrio das emoções e pela possibilidade de auxiliar a criança a compreender esta experiência em sua vida: o convívio com a doença, internada em um hospital. Da mesma forma, mostrar a aprendizagem como elemento propulsor do desenvolvimento numa enfermaria pediátrica, resgatando a auto-estima e contribuindo para a recuperação da saúde da criança ou do adolescente hospitalizados.

O texto aqui apresentado está estruturado da seguinte forma: no primeiro capítulo, apresentamos aspectos da história da educação infantil na Europa, no Brasil e em Sergipe, ressaltando as contribuições de Philippe Ariès, responsável por inserir a infância e a criança no campo da história, e de Froebel, com a criação dos *kindergarten*, mostrando sua ligação com a saúde no intuito de constituir uma parceria no desenvolvimento integral do ser humano/pessoa e cidadão.

Abordamos também aspectos da Pedagogia Hospitalar caracterizada pela fusão de fins e práticas diferenciadas pela especificidade do trabalho pedagógico junto ao trabalho terapêutico. Bem como foi apresentada a evolução da história do hospital, como instituição social para se tornar mais humanizado, evidenciando os aspectos legais que cerceiam o direito da criança hospitalizada.

No segundo capítulo, buscamos compreender sobre o adoecer e suas implicações no desenvolvimento infantil. Para isso, analisamos os dados colhidos das experiências na Ala Pediátrica do HU/UFS e utilizamos o referencial teórico para nosso embasamento, pois tornou-se necessário para nós um entendimento do que é o adoecer humano, principalmente o infantil e suas implicações no desenvolvimento da aprendizagem. Assim, utilizamos os conceitos de Vygotsky sobre o desenvolvimento infantil, o qual defende ser as condições de vida que determinam diretamente o desenvolvimento de uma criança, o que nos influenciou fortemente na elaboração de nossas atividades junto às crianças que estão afastadas de suas rotinas quando hospitalizadas.

No terceiro capítulo, foi enfatizada a formação do pedagogo para atuar no ambiente hospitalar, baseado na prática da pesquisa na Ala Pediátrica do HU/UFS, buscando apontar as necessidades e limitações de sua formação como professor em nível superior, mas que não focaliza a diversidade de ambientes de atuação. É o pedagogo, dentro da instituição hospitalar, o responsável pela mediação entre a criança hospitalizada, o ambiente hospitalar e a vida fora do hospital, visando sempre a sua aprendizagem através de atividades lúdicas fundamentadas nos currículos escolares, pois não podemos esquecer que a criança mesmo hospitalizada continua seu processo de desenvolvimento e o hospital precisa ser pensado como um local de aprendizagem.

Portanto, o compromisso na construção do conhecimento, dentro da pedagogia hospitalar, está direcionado à promoção da saúde das crianças, não perdendo de vista o “tratamento” do choro, da agressividade, da apatia, entre outros “sintomas” comuns à hospitalização. Esse compromisso traduz-se em tentar auxiliar esta criança, através do trabalho do pedagogo hospitalar, a atravessar a situação de hospitalização ou de doença com mais benefícios que malefícios, de tentar fazer com que esta situação não seja somente de dor e sofrimento, mas que seja também uma situação rica em conteúdos a serem significados e ressignificados em contribuição para a sua saúde, no sentido amplo do termo, “bio-psico-sócio-histórico-cultural”.

Afinal, entendemos que promover saúde não se restringe à ordem curativa e reduzida ao tempo em que se permanece na instituição. Acreditamos que neste vasto campo da pedagogia hospitalar, esta pesquisa possa trazer contribuições sobre o tema lúdico como estratégia pedagógica-educacional e suscitar outras pesquisas com o objetivo de desenvolver mais um assunto tão importante num campo em que a educação e a saúde caminham lado a lado.

CAPÍTULO I – EDUCAÇÃO INFANTIL E O PAPEL SOCIAL DO HOSPITAL

1.1 Aspectos da História da Educação Infantil e suas relações com a Saúde

Dentro do universo da História, temos a História da Educação que tem estabelecido relações com diversos campos da História, portanto poderíamos falar, mais apropriadamente, em histórias da educação. Segundo Lopes e Galvão (2001), existem estudos que investigam não somente o ensino e a escola, objetos tradicionais da disciplina, mas também as crianças e os jovens, os livros e a leitura, as mulheres, a violência, entre outros tantos sujeitos e objetos que contribuem para a melhor compreensão dos processos educativos do passado. E compreender as histórias da educação em outros tempos e sociedades é, quase necessariamente, falar sobre suas crianças e jovens. Assim se expressam as referidas autoras sobre a questão:

A História da infância e da juventude tem sido crescentemente pesquisada no Brasil e em outros países. Afinal, as novas gerações são o principal alvo dos processos educativos. A categoria “geração” tem guiado a maioria desses estudos que, de modo geral, pressupõem que a educação varia segundo a sociedade e a época em que se insere, mas também em consequência do pertencimento dos indivíduos a um gênero, a uma raça/etnia, a uma classe social e a uma fase da vida (LOPES; GALVÃO, 2001, p. 61).

Ao se falar em História da Criança, é preciso referir-se a Philippe Ariès e sua obra pioneira *História Social da Criança e da Família*, publicada na França em 1960 e no Brasil em 1978. Esta obra é considerada um marco, na medida em que tornou a infância e as representações sobre ela um objeto histórico. A preocupação com a vida das crianças e adolescentes nem sempre existiu ao longo da história. Conforme Burke (1992), foi Ariès que em seu estudo sobre as famílias e as escolas mostrou que durante o antigo regime, a ideia da infância, ou mais exatamente, o sentido de infância não existia na Idade Média, o que nós chamamos de crianças, eram vistos como animais até a idade

de sete anos e quase que como uma miniatura dos adultos daí em diante. Foi Ariès (1978) que de forma contundente e crítica descreveu como, até o século XVII, a persistência do infanticídio foi uma prática tolerada e aceita por diferentes culturas, pois naquela época não existiam preocupações com a mortalidade infantil devido às próprias questões demográficas e também pelo fato de as crianças serem facilmente substituídas.

A infância foi descoberta na França, de acordo com Burke (1992), no século XVII. Foi, assim, uma contribuição de Ariès colocar a criança no mapa histórico, inspirar culturas de estudos sobre a história da criança, em diferentes regiões e períodos e chamar a atenção de psicólogos e pediatras para a nova história, fazendo com que a criança passasse a ser concebida e tratada como um ser dotado de identidade própria, requerendo cuidados e atenções especiais. O moderno sentimento de infância caracterizado pelos cuidados das famílias com os filhos foi produzido ao longo dos anos através de mudanças sociais, culturais e políticas elaboradas pelas sociedades industriais.

Ainda segundo Lopes e Galvão (2001), pode-se dizer que todos os historiadores que hoje escrevem sobre a infância se baseiam, seja para refutar, seja para concordar, em menor ou maior grau, nas conclusões de Ariès, para o qual a fragilidade da vida do recém-nascido e as altas taxas de mortalidade infantil observadas nas sociedades tradicionais teriam uma relação direta com a pouca afetividade dispensada à criança.

Esta teoria é defendida por Spitz (1945) através de seu conceito de *hospitalismo* para designar um conjunto de distúrbios, tanto somáticos quanto psíquicos, desenvolvidos por crianças hospitalizadas privadas de laços afetivos, mostrando assim a importância destas crianças receberem atenção e carinho como elementos essenciais para um desenvolvimento global saudável.

Mais recentemente, a história da criança pressupõe que, ao lado das estimativas quantificadas de natalidade e mortalidade, é preciso também compreender o significado da infância no interior das práticas familiares cotidianas, focalizando os costumes e as mentalidades, fazendo-se também um cruzamento de áreas onde tanto os historiadores quanto os psicólogos, pedagogos, médicos e antropólogos têm contribuído para ampliar o olhar sobre a infância.

Uma das dificuldades de se fazer história da infância reside no fato da ausência de registros feitos pelas próprias crianças: afinal elas não deixaram

testemunhos escritos, pessoais ou coletivos. Alguns autores chegam a denominá-las como grandes mudos da história, como nos sugere esta passagem:

Só se conhece a história da infância através de traços indiretos, ou seja, do ponto de vista dos adultos que, nas diferentes épocas, deixaram registros sobre o que pensavam e como trabalhavam a infância, principalmente aqueles profissionais que se encontravam mais diretamente em contato com ela (LOPES; GALVÃO, 2001, p. 64).

Diante de tal complexidade, os pesquisadores desta temática, na busca de uma melhor compreensão de como era a vida das crianças em outras épocas, utilizaram diversos tipos de fontes encontradas em obras literárias, arquivos de hospitais, discursos médicos, objetos como brinquedos, vestimentas, jogos e correspondências. Outro fator importante, com o qual os historiadores lidam, seria a especificidade do próprio objeto, pois a concepção de criança tem mudado ao longo do tempo através de uma construção histórica e cultural.

Um fato marcante na História da Educação Infantil no mundo ocidental do século XIX foi a instituição das escolas infantis. No início dos oitocentos, mais precisamente em 1837, Froebel (1782-1852) criou na Alemanha o primeiro *kindergarten* (jardim-de-infância) que era não apenas uma instituição para proteger a criança em sua primeira infância, mas também para sistematizar programas para educá-la e instruí-la.

Arce (2002) afirmou serem as teorias de Froebel inspiradas no amor à criança e à natureza. Colocando as crianças como objetos de uma ação educativa, elas seriam partes de um verdadeiro jardim, do qual o educador seria o jardineiro e o bom jardineiro sabe ouvir as necessidades de cada planta e respeitar seu processo natural de desenvolvimento. Para Froebel, a educação da infância deveria se basear na ação, no jogo e no trabalho, por isso tem sido considerado o primeiro educador a dar valor aos brinquedos, à atividade lúdica em geral, à sua importância para a construção do “mundo” pela criança. Assim, a educação deveria basear-se nos interesses da criança, devendo fazer com que cada um se descobrisse e se valorizasse. Foi considerado um importante teórico do jogo e seu grande realizador. Fundado no princípio da educação ativa, mostrando o aspecto educativo do brinquedo ou das atividades lúdicas no processo de desenvolvimento na infância, o sistema Froebel foi logo um sucesso em todos os lugares, chegando ao Brasil no último quartel do século XIX.

Reforçando alguns conceitos de Froebel, Huizinga (1872-1945) em sua obra *Homo Ludens* considerou que o jogo está presente em tudo o que acontece no mundo, ultrapassando os limites da atividade puramente física ou biológica, tendo um sentido próprio e determinado. Segundo Huizinga, o jogo é:

uma atividade ou ocupação voluntária, exercida dentro de certos e determinados limites de tempo e de espaço, segundo regras livremente consentidas, mas absolutamente obrigatórias, dotado de um fim em si mesmo, acompanhado de um sentimento de tensão e alegria e de uma consciência de ser diferente da “vida quotidiana” (HUIZINGA, 1990, p. 33).

Quando Froebel fundou o primeiro *kindergarten* tinha a intenção de através de uma concepção pedagógica reformar a educação pré-escolar, bem como a estrutura familiar e os cuidados com a saúde e higiene dedicados à infância envolvendo as esferas públicas e privadas de educação e saúde. Froebel ainda acreditava na importância do trabalho manual na educação das crianças, sendo o criador dos jogos de construção com cubos, esferas e pirâmides de madeira.

No Brasil, o primeiro jardim-de-infância foi fundado no Rio de Janeiro, em 1875, pelo médico Menezes Vieira, o qual acreditava que educar e higienizar eram premissas básicas do discurso e da ação médica, pois muitas doenças tinham origem na falta de conhecimento nesta área. Podemos perceber aqui a parceria inevitável da saúde com a educação. O jardim-de-infância por ele criado atendia crianças de três a seis anos e utilizava o método Froebel e tinha o papel da figura feminina como educadora, entendida como extensão da ação materna.

Como médico, Menezes Vieira deu destaque especial à higiene e à educação física nos jardins-de-infância, privilegiando os jogos livres para fortificar os corpos das crianças, como preferíveis aos exercícios ginásticos normais. Esta ênfase era argumentada devido ao quadro doloroso em que se apresentava a população escolar: “um batalhão de crianças decrepitas, caminhando certo ao encontro da fatal tuberculose” (MONARCHA, 2001, p. 59).

No ano de 1916, temos mais uma vez a presença de um médico por formação enfatizando a força de suas realizações no campo da educação, Ulisses Pernambuco, que na época mais do que diagnosticar e tratar de doenças estava atento às

condições de vida do povo e da coletividade, as quais acabavam fazendo com que os médicos se envolvessem também com questões educacionais.

Foi Ulisses Pernambuco, em especial, quem se preocupou com a psiquiatria social e com a criança excepcional. Como destacou Monarcha (2001), Ulisses defendia que muitas das causas das anormalidades das crianças provinham de problemas de saúde como o alcoolismo, a sífilis, a tuberculose, ancilostomose, doença de chagas entre outras e o desconhecimento dos mais básicos princípios de higiene infantil entre a população. Foi nesse sentido que destacou a importância da higiene escolar e do redirecionamento dos métodos de ensino e apontou ainda a importância da presença do médico na escola afim de que fosse feita uma inspeção médica escolar com o objetivo de higienização da escola, prevenção de doenças e também a separação dos anormais ou excepcionais.

Da mesma forma que vimos alguns aspectos da História da Educação Infantil e suas ligações com a saúde e higiene, é importante que analisemos a evolução histórica do atendimento hospitalar, para que possamos melhor entender sua estrutura, estratificação e objetivos.

O hospital foi programado como instrumento terapêutico no final do século XVIII. A premissa de que o hospital deveria ser um instrumento de intervenção sobre a doença e a morte, surge em 1780 e é ratificada por uma nova prática: “a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais” (FOUCAULT, 1979, p. 99). Antes do século XVIII, o hospital se caracterizava como uma instituição de assistência aos pobres. Dessa forma, a função primordial do hospital era dar assistência material e espiritual ao pobre. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não era o doente que precisava se curar, mas sim o pobre que estava morrendo. Era considerado um espaço de internação onde se encontravam doentes, loucos, devassos e prostitutas, um instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparecia. Portanto, era uma forma de separar os indivíduos perigosos da sociedade garantindo a saúde geral da população.

Conforme Foucault (2006), os hospitais eram considerados “casas comunais de doentes”(p.40) que deveriam funcionar como substitutos da família e fazer circular, em forma de reciprocidade, o olhar de compaixão. O autor faz a seguinte referência:

[...] os miseráveis encontrarão, assim, “nos companheiros de sua sorte, seres naturalmente compassivos e a quem, ao menos, não são

inteiramente estranhos”. A doença encontrará assim em toda parte seu lugar natural, ou quase natural. Terá aí a liberdade de seguir seu curso e de abolir-se em sua verdade (FOUCAULT, 2006, p. 42).

Em relação aos médicos, este autor afirma que os mesmos julgavam que o único lugar possível de reparação da doença era o meio natural da vida social, ou seja, a família. Neste meio o custo da doença seria reduzido ao mínimo para a nação, bem como desapareceria o risco de vê-la complicar-se, multiplicar-se por si mesma e tomar, como no hospital, a forma aberrante de uma doença da doença. Em vista disso, ele afirma:

Em família, a doença está em estado de “natureza”, isto é, em conformidade com sua natureza e livremente oferecida às forças regeneradoras da natureza. O olhar que os parentes lhe dirigem tem a força viva da benevolência e a descrição da expectativa. (FOUCAULT, 2006, p. 42)

Portanto, o hospital era visto como uma solução anacrônica que não respondia às necessidades reais da pobreza e que estigmatizava o homem doente em sua miséria.

De acordo com Antunes (1991), o hospital desde o início teve o monopólio do tratamento reservado a uma classe de profissionais, primeiro os sacerdotes, pois normalmente as curas eram associadas aos procedimentos religiosos mais do que às intervenções médicas. Em segundo, pelo exército e por fim pelos médicos, bem como a idéia de que deveria predominar uma postura passiva do doente em relação ao tratamento.

Foi em meados do século XVIII, como nos relatou Foucault (1979), que o hospital passou a ser controlado por médicos, poder antes detido por religiosos e militares. “A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar” (FOUCAULT, 1979, p. 109).

A partir de então os médicos passam a visitar os doentes acompanhados de enfermeiros e alunos. Surge também um sistema de registro dos doentes como: a ficha com o nome e a doença do paciente; data da internação e da alta e os tratamentos prescritos. Com isso, percebe-se que o hospital passa a ser um espaço de formação e construção de saberes e não só um local de cura e morte. Assim, o ajustamento destes

dois processos, deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço hospitalar, compuseram o que Foucault denominou de origem do hospital-médico.

Marcas dessas mudanças puderam ser observadas com o deslocamento dos hospitais que, segundo Arosa (2007), antes eram localizados em regiões sombrias, onde as pessoas ficavam internadas muitas vezes amontoadas no mesmo leito sem sequer água potável, para espaços ajustados aos esquadrinhamentos sanitários da cidade, com uma organização interna que previa a proporção de um paciente por leito e possibilidade de intervenções sobre o doente.

No Brasil, o surgimento dos hospitais seguiu a mesma lógica com a origem na igreja, passando pelo exército, atendendo uma demanda social e posteriormente transformando-se em espaço privilegiado da ação médica.

Na história dos cuidados à saúde, o hospital não é uma instituição recente. De acordo com Ceccim (1997), esta instituição data da Idade Média, mas durante muitos séculos foi um estabelecimento de caráter asilar, destinado mais a receber doentes terminais do que a curá-los. Mais do que isso, os enfermos eram predominantemente adultos. A criança nunca chegava ao hospital e as doenças da infância eram enfermidades transmissíveis, agudas que ou curavam rapidamente ou matavam rapidamente e em ambos os casos eram tratadas no domicílio.

Foi com o crescimento da indústria que se começou a considerar a produção como atividade central na economia, dessa forma o trabalho passou a ser essencial na geração de riqueza de uma nação. Em vista disso, qualquer perda na produtividade de trabalho, decorrente de enfermidade ou morte, tornava-se um problema econômico. Uma população grande e sadia tornava-se, então, o objetivo dos estadistas, legisladores e médicos, pois com isso conseguiriam um aumento da riqueza e desenvolvimento da nação. Portanto, de acordo com Scliar (1987), a Revolução Industrial trouxe inúmeros benefícios para a saúde, dentre eles os métodos de preservação de alimentos, como a pasteurização e refrigeração, porém trouxe também muitos problemas como o crescimento rápido das cidades e áreas industriais, sem quaisquer planejamentos, com carências do mais elementar equipamento sanitário, que consistia no abastecimento de água, esgoto, coleta de lixo e higiene da habitação, além da carga horária de trabalho ser excessiva e as condições nos ambientes de trabalho das indústrias serem insalubres.

Todos esses fatores afetavam a saúde dos trabalhadores e conseqüentemente a produtividade das indústrias. Assim, em meados do século XIX, providências foram sendo tomadas no intuito de melhorar as condições de trabalho, de saúde e de educação

desses trabalhadores, como por exemplo, diminuição das jornadas de trabalho, principalmente para as crianças, bem como a obrigação de garantia de escola para essas crianças operárias.

Contudo, somente no final do século XIX e durante o século XX é que foram efetivadas melhorias relativas à proteção da saúde, pois a profissão médica começou a ser exercida em especialidades básicas e o doente passou a ser visto de acordo com os órgãos doentes. A medicina demonstrava sua capacidade de curar com eficácia, de afastar os incômodos dolorosos, contribuindo para sustentar o moral do doente, ao mesmo tempo em que se mostrava ser a cidade um inimigo à saúde, uma vez que era nela que os males dos ambientes insalubres mais se destacavam.

Os primeiros ensaios de intervenção escolar em hospitais ocorreram na França, em 1935, e posteriormente na Alemanha e nos Estados Unidos, conforme Arosa (2007). O atendimento à criança e ao adolescente hospitalizado cresceu sensivelmente após a Segunda Guerra Mundial, quando alguns países da Europa receberam, como fruto cruel deste conflito, crianças mutiladas e com doenças contagiosas como a tuberculose, por exemplo, considerada fatal à época.

Ainda segundo Arosa (2007), analisando o percurso histórico das ações educativas realizadas nas instituições hospitalares brasileiras, verifica-se que este movimento se consolida, em parte, na busca da defesa dos direitos de todos os cidadãos e, em particular, na garantia de direitos de parcelas menos favorecidas como as crianças, os deficientes, os idosos e as mulheres, dentre outros. A partir da segunda metade do século XX e teve como momento importante o ano de 1988, com a elaboração do texto da nova Constituição Federal, que provocou uma grande mobilização dos movimentos sociais, das organizações não-governamentais, dos sindicatos, etc. que buscavam garantir a inclusão social daquelas parcelas desfavorecidas da sociedade.

Cabe aqui destacar que a primeira ação educativa hospitalar, de que se tem notícia no Brasil, aconteceu em 14 de agosto de 1950, no Hospital Jesus, no Rio de Janeiro, seguida pelo Hospital Barata Ribeiro, mas ainda sem um vínculo ou regulamentação junto à Secretaria de Educação.

Além disso, Silva (2007) nos mostra que a medicina social apareceu como resposta aos problemas de doenças criados pela industrialização. Inicialmente preocupada com a classe dos trabalhadores industriais e seus problemas, passando a um sentido mais amplo, incluindo vários outros grupos, dentre eles as crianças.

Com a evolução da medicina, por volta da década de 1970, no que diz respeito às vacinas, melhoria nos medicamentos como os antibióticos e com um maior cuidado com a nutrição, as crianças começaram a ultrapassar os traiçoeiros obstáculos da mortalidade na infância e, conseqüentemente, o perfil dessa mortalidade também mudou. A diarreia infecciosa, por exemplo, já não causava a hecatombe que os médicos do passado costumavam se deparar. As doenças crônicas começaram a emergir como causa da morbidade e mortalidade e o hospital pasou a refletir este fenômeno.

São inegáveis os avanços, no Brasil, desde a década de 1970, com a preocupação na preservação de vida das crianças e adolescentes, porém, de acordo com Vivarta (2003), a condição de vida de muitas crianças no Brasil e a qualidade para as crianças e os adolescentes brasileiros ainda são precárias. Ainda segundo este autor, embora a mortalidade infantil tenha caído nas últimas décadas e os índices de desnutrição infantil também tenham diminuído, as taxas de mortalidade materna no Brasil ainda continuam altas, bem como os óbitos no período perinatal. Muitas crianças ainda convivem com a falta de saneamento básico, abastecimento de água, violência e maus tratos.

No que se refere às crianças e aos adolescentes hospitalizados, a qualidade de suas vidas é alterada em função das próprias questões de debilidade física, assim como das discriminações sociais. Não se pode negar que essas crianças foram ignoradas durante muitos anos em nossa cultura e, conseqüentemente, pela própria escola. A internação era um motivo de esquecimento dos alunos por parte dos professores, pois o hospital, durante anos, em nosso país, foi tratado como espaço exclusivo de atendimento à saúde, tendo como prioridade o modelo biomédico de atendimento.

Nesse sentido é que a singularidade de cada indivíduo ficava restrita a um número de prontuário, a um número de enfermaria e a um número de leito. E quando a internação se tornava de longa duração, geralmente os pacientes deprimiam-se, seu sistema imunológico também era afetado e a recuperação se tornava mais longa. Portanto, as instituições hospitalares não eram consideradas um lugar de práticas educativas ou tampouco de atuação do professor.

Fonseca e Ceccim (1999) indicam que foi a partir da segunda metade do século XX que se observou, na Inglaterra e nos Estados Unidos da América, que os orfanatos, asilos e instituições que prestavam assistência à criança não respeitavam alguns aspectos básicos do seu desenvolvimento emocional, por falta de um atendimento mais completo.

A conclusão a que se chegou é que essas falhas no atendimento infantil traziam riscos de sequelas que, na vida adulta, poderiam evoluir para doenças psiquiátricas. Em função disso começaram, então, as iniciativas de se implementarem experiências educativas para crianças e jovens internados em instituições hospitalares. Com o passar do tempo, essas iniciativas também foram adotadas em hospitais brasileiros, com o mesmo objetivo.

Atualmente com a inserção das equipes multidisciplinares e de profissionais de diferentes setores, os quais vêm sendo incorporados à área da saúde, os direitos infantis estão sendo ampliados. Neste sentido, em alguns hospitais, as crianças podem ter acesso não somente ao tratamento médico, mas também à educação, à cultura e ao lazer.

1.2 O Caminhar da Saúde e sua Humanização em Sergipe

Analisando aspectos da história da saúde e sua evolução em Sergipe, bem como em todo o país, para que se tivessem condições efetivas de progresso eram necessárias ações governamentais no campo das medidas preventivas e higiênicas. Na década de 1920, mais especificamente entre 1920 e 1924, foi criada a Reforma Carlos Chagas. Com isso, a responsabilidade do Estado sobre a saúde foi aumentada, estabelecendo que a educação higiênica fosse associada à preparação educacional e aos cuidados de saúde da população através da higienização, estabelecendo o modelo educacional implantado no país, em que se mostra, assim, a importância de saúde e educação trabalharem juntas.

Ferriani (1997) afirma que as primeiras medidas governamentais referentes ao “Serviço de Higiene Escolar”, datam do final do século XIX e introduziram-se no Brasil, calcadas no modelo de “Polícia Médica”. A necessidade de controlar as endemias que ocorriam nas grandes cidades, como Rio de Janeiro e São Paulo, trazia a exigência de fiscalização nas escolas, enquanto espaços que agregavam muitas pessoas, e, como consequência, uma preocupação maior com a proteção higiênica nas coletividades infantis, que remetia à necessidade da inspeção médica nas escolas.

Há, então, a necessidade de se articular Educação e Saúde em um regime escolar que ensine às crianças hábitos de alimentação e de higiene, tais como escovar os dentes, tomar banho, etc. Ou seja, a escola e a educação higiênica mantinham-se intimamente unidas, com a higienização atuando no sentido de produzir a domesticação e de contribuir para a diminuição do fracasso escolar.

Na década de 1930 a análise da mortalidade em Aracaju mostrava que continuavam predominando como causas as doenças de origem infecto-contagiosas, o que demonstrava a precária situação de saúde da população, decorrente da desnutrição ou subnutrição e do deficiente estado sanitário da cidade, muito semelhante ao que acontecia em cidades do interior do Estado, onde morava o grosso da população (68%). “Em suma, podemos inferir que essa mortalidade pode ser atribuída às doenças da pobreza” (SILVA, 2007, p. 68), assim conclui o autor diante desse quadro.

Outra afirmação de Silva (2007) é que uma alta porcentagem da população sergipana morava no interior do Estado e um elevado percentual não tinha acesso aos serviços de saúde bem como suas casas muitas vezes não possuíam serviços essenciais de água potável e esgotos sanitários. Aliados a esses fatores, a desnutrição e a subnutrição respondiam pelas causas principais de baixa resistência às doenças e de baixa expectativa de vida, provocando um alto índice de mortalidade. E somado a tudo isso, havia, ainda, outro gravíssimo problema, o analfabetismo, cuja taxa era de 70,74% dos sergipanos acima de cinco anos.

Desde a década de 1930 a taxa de mortalidade infantil em Sergipe, bem como no restante do país, tem diminuído, o que seria um reflexo da melhoria das condições sociais e sanitárias, como argumenta Silva (2007). Em 1945, na administração do prefeito José Garcez foi dada uma atenção especial às crianças:

Vale ressaltar que nessa época, conforme assinalado, havia uma ênfase especial para com a infância, predominando a idéia de preparação educacional das crianças, associada ao cuidado com a saúde das mesmas. Quase todas as escolas e jardins-de-infância possuíam em anexo um posto médico-odontológico para cuidar das crianças, inclusive nos aspectos antropométricos (SILVA, 2007, p. 76).

Também em Sergipe, decorrente dos debates e ações de outros estados do Brasil, alguns médicos se dividiram entre a medicina e a educação citando como exemplo doutor Augusto César Leite, idealizador do Hospital Cirurgia, inaugurado em

1930, considerado um dos responsáveis pelo desenvolvimento da Medicina em Sergipe. Atuou também na educação como diretor da Escola de Aprendizes Artífices de Aracaju (hoje Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia) e professor catedrático do Atheneu Sergipense, na disciplina *Noções de Higiene Geral*, evidenciando-se mais uma vez a forte ligação da saúde com a educação.

Em 1982, o Ministério da Saúde e a UFS assinaram um Termo de Convênio para transformar o antigo Hospital Sanatório em Hospital Universitário (Hospital-Escola), como nos conta o professor adjunto de Clínica Médica Gilton Machado Resende (2002), no intuito de garantir a melhoria nos estágios e nas aulas dos estudantes de Enfermagem, Medicina e Odontologia.

No ano de 1991, sob a administração do prof. José Calumby Filho, já com vários setores em funcionamento e totalmente integrado ao Sistema Único de Saúde, foi inaugurada a enfermaria de Clínica Médica com o internamento da primeira paciente.

Destacamos aqui a criação e implantação da Ala Pediátrica em agosto de 2005, que de acordo com sua fundadora, doutora Ângela Maria da Silva (atual diretora do HU), foi uma vitória conseguida com muita luta, pois em qualquer instituição do gênero a ala pediátrica é considerada muito dispendiosa, porque quando uma criança ou adolescente passam por um internamento, vêm sempre acompanhados de um responsável que deve permanecer em tempo integral, o que acaba gerando custos extras para o hospital em relação à alimentação e às despesas de estadia. E a verba recebida do SUS (Sistema Único de Saúde) para estes custos não cobre nem um terço dos mesmos.

Quando ainda não existia a pediatria no HU/UFS, os estudantes faziam seus estágios no Hospital João Alves que destinava seis leitos para a UFS, porém a total responsabilidade quanto aos pacientes, procedimentos e medicações era dos médicos/doutores daquele hospital e não dos professores/doutores da UFS. Esta foi uma das resistências encontradas para a implantação da pediatria no HU/UFS, pois, a partir de então, os professores da UFS teriam de assumir as responsabilidades pelos atendimentos no HU.

A ala pediátrica foi criada com vinte e dois leitos, número que permanece inalterado até esta data, sendo que no início eram admitidas crianças a partir dos dois anos de idade e atualmente são aceitas desde os quatro meses de idade. A partir de 2011, quando será inaugurada, em novo prédio, a maternidade, a pediatria passará a ter quarenta leitos, sendo vinte destinados a casos clínicos (hoje são dezessete), dez para casos cirúrgicos (hoje são cinco) e dez para oncologia (hoje inexistente).

Doutora Ângela destaca, ainda, que o fato das crianças e dos adolescentes internados no HU/UFS serem de nível socioeconômico baixo acaba gerando maiores internações e mais freqüentes. O que também é um problema, pois no início o SUS autorizava seis dias de internação e na realidade eram necessários de dez a quinze dias para as internações mais simples, pois além das patologias a serem diagnosticadas e tratadas existiam (e ainda existem) também os problemas de higiene e desnutrição que precisam ser tratados. Portanto, o hospital sempre acaba assumindo este ônus. Hoje é sabido que internações causadas por anemia falciforme, calazar, problemas renais, dentre outras patologias, têm durações estimadas em quatro semanas de internação.

Nestes 28 anos de criação do HU, muito se tem feito no sentido de adequar as instalações físicas do hospital às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, caminhando sempre em busca de atender a sua clientela e ao ensino médico, com qualidade e eficiência, apesar de todas as dificuldades geradas por um serviço público de atendimento gratuito.

Procuramos através desta breve análise histórica mostrar que até pouco tempo, no Brasil, os hospitais que atendiam crianças e adolescentes eram caracterizados como locais assépticos, pouco acolhedores e sombrios. Por isso, no contraponto dessa realidade, procuramos mostrar a importância de projetos de humanização hospitalar e da presença de equipes multidisciplinares nesses espaços, visando resgatar a importância dos aspectos humanos e não apenas o científico e o médico, que têm sido o foco central na área da saúde, dando uma atenção maior à doença do que ao indivíduo como um todo.

Ressaltou-se também que o Ministério da Educação, através de sua legislação, como veremos a seguir, vem demonstrando uma maior preocupação no sentido de humanizar a instituição hospitalar, salientando que o processo de desenvolvimento da criança, embora hospitalizada, continua ocorrendo e que é preciso se pensar no hospital como um local também de aprendizagem que pode contribuir, dentro das limitações que as patologias determinam, para o desenvolvimento cognitivo das crianças/adolescentes. Segundo Paula (2007):

Os projetos de humanização nos hospitais brasileiros estão sendo incorporados nas histórias dessas instituições ainda de forma muito gradual. Embora existam mudanças de mentalidades e ações, a operacionalização e manutenção desses projetos têm ocorrido, com algumas resistências, pois eles rompem com abordagens tradicionais

de profissionais de saúde que defendem o distanciamento médico-paciente e com a concepção da pessoa internada como um ser passivo e apático. Aliados a essas características, as condições de trabalho precárias dos profissionais de saúde, a mercantilização das instituições hospitalares e massificação do atendimento repercutem em relações sociais superficiais e distanciadas entre profissionais e pacientes. Nos hospitais, tanto profissionais como pacientes e familiares estão envolvidos em um sistema complexo de inter-relações (PAULA, 2007, p. 106).

Portanto, podemos afirmar que tão importante quanto os avanços tecnológicos nos hospitais é a humanização dentro dessas instituições, priorizando-se sempre a escuta sensível das pessoas e suas histórias de adoecimento. E de acordo com Barros (2007):

Nos termos da política de humanização do Ministério da Saúde, os pacientes pediátricos são alvos preferenciais, uma vez que são mais suscetíveis aos problemas resultantes da baixa qualidade dos serviços prestados, bem como da despersonalização e do distanciamento afetivo característicos da assistência hospitalar (BARROS, 2007, p.2).

Desta forma a humanização vem resgatar uma prática de saúde baseada no respeito das necessidades individuais do ser humano, cuja essência está na qualidade das relações desenvolvidas com a criança, sua família e entre os profissionais.

Em depoimento, a doutora Ângela Maria juntamente com a doutora Margareth R. U. Rangel (cirurgiã pediátrica), responsável por nossa presença na Ala Pediátrica, afirmam que a concepção de humanização no HU/UFS, mais especificamente na pediatria, é nova e precisa cada vez mais ser estimulada e efetivada. Lembrando que ali a mãe, além da criança, não é apenas um número e sim uma pessoa. Ela possui um referencial construído com o trabalho de humanização nesse sentido.

É importante que dentro dessa humanização o *cuidar* seja visto em toda sua dimensão como Boff (1999) nos apresenta:

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999, p.33).

E nós pudemos, durante nossa pesquisa, vivenciar esta amplitude do *cuidar*, ao fazermos o atendimento educacional efetivamente, na ala pediátrica do HU/UFS e nos defrontarmos com a alegria das crianças, que embora doentes – o que as qualificava a não frequentar a escola – buscaram nosso espaço, a brinquedoteca, como lugar de sociabilidade, de encontro com os outros, de alegria e muitas vezes de refúgio, o que as

fazia, se não esquecer, pelo menos viver outras experiências que não as relativas ao adoecimento e seu respectivo tratamento.

1.3 Elementos Legais e os Direitos da Criança Hospitalizada

Desde 1959, quando foi promulgada, na ONU, a Declaração dos Direitos da Criança, já se percebia a preocupação com a educação e o lazer no hospital. Em seu artigo 4º defendia o direito à recreação, ao lado do direito à alimentação e à assistência médica adequadas; enquanto no princípio 7º defendia o direito de brincar, inclusive no hospital, dizendo que a sociedade e os poderes públicos devem esforçar-se para favorecer o exercício deste direito, pois o brincar associa o pensamento e a ação, e a comunicação e expressão, finalmente, é um meio de aprender a viver, de proclamar a vida. Um direito que deve ser assegurado a todos os cidadãos, ao longo da vida, enquanto restar dentro do homem a criança que foi um dia, e enquanto a vida nele pulsar.

Na Europa, em Portugal mais especificamente, esses princípios são reforçados na Carta da Criança Hospitalizada, Carta de Leiden, publicada em 1988, que de acordo com Paula (2007) também reflete a preocupação com projetos de humanização nos hospitais, com o bem-estar da criança hospitalizada e os aspectos educativos. Lembrando que esta Carta teve como base a Carta Européia da Criança Hospitalizada aprovada pelo Parlamento Europeu em 1986.

O princípio 7º da Carta de Portugal propõe que o hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no de pessoal e da segurança.

Também existe a preocupação com a continuidade da escolarização dessas crianças e de um ambiente acolhedor no período enquanto permanecem internadas:

As necessidades educativas não se esgotam com o aspecto lúdico, mas quando se trata de uma hospitalização prolongada a criança deverá freqüentar a escola e ter oportunidade de dar continuidade à sua aprendizagem. A escola deveria ser um local atraente e suficientemente apelativo tanto em material didático como na sua localização dentro do hospital – deve ter um fácil acesso, com luz natural proveniente de janelas amplas onde o “lá fora” fosse

aprazível, ajardinado, onde os pássaros povoassem as árvores e a natureza fosse o prolongamento natural das salas de aulas (OLIVEIRA, 2000, p. 61).

Percebe-se que a característica da internação hospitalar começa a ser pensada não somente como um período doloroso na vida da criança, mas um período em que ela possa usufruir também das belezas naturais da vida.

Na Espanha, a educação nos hospitais, como modalidade de atendimento educacional, vem se expandindo e sendo estudada cientificamente desde a década de 1980, conforme nos mostra Paula (2007), no intuito de programar esses serviços educativos para atender as necessidades das pessoas enfermas e fazer referência ao reconhecimento do papel do professor no hospital. Defende-se a ideia de que quanto mais se fizerem presentes estas demandas sociais nas instituições hospitalares, maior será a necessidade da educação e dos professores nesse contexto, e cada vez mais a educação será reconhecida e respeitada como um direito imprescindível dos seres humanos, mesmo quando estão em circunstâncias difíceis.

Pudemos observar então que em diferentes países, a educação em hospitais tem sido uma preocupação com a garantia dos direitos sociais de crianças e adolescentes, possibilitando, assim, que o ser doente não seja apenas um paciente, mas sim um agente no seu processo de desenvolvimento e cura.

No Brasil, conforme descrito anteriormente, a ação educativa no espaço hospitalar mais antiga ocorreu em 1950, no Hospital Jesus, no Rio de Janeiro, seguida pelo Hospital Barata Ribeiro, mas ainda sem nenhum vínculo ou regulamentação junto à Secretaria de Educação. Os diretores destes dois hospitais procuraram o órgão responsável do então Estado da Guanabara, na tentativa de regulamentar o serviço. Deste movimento criou-se a vinculação do atendimento educativo no hospital com a Secretaria de Educação, passando a ser denominado “Classe Hospitalar”.

Desde então, o processo de consolidação da classe hospitalar vem ocorrendo num cenário em que os movimentos sociais lutam em favor dos direitos da criança (em especial da criança deficiente) e se inscreve como parte do processo de redemocratização, que se expressa na Constituição Federal de 1988, que estabelece que a educação é um direito de todos, devendo ser efetivado mediante a garantia de atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente

na rede regular de ensino. Direito esse que é ratificado nas Leis nº. 8.069/1990 e nº. 9394/1996.

Assim, a legislação brasileira, desde 1990, vem promulgando leis que amparam quanto ao atendimento do indivíduo hospitalizado, enfocando mais especificamente a criança e o atendimento pedagógico no contexto hospitalar, fazendo a inserção das escolas nos hospitais, através do Ministério da Educação (MEC), nas Políticas Educacionais do Brasil no setor de Política da Educação Especial (BRASIL, 1994) quando tornou esta modalidade oficial no sistema de ensino. Como poderemos ver a seguir.

A Declaração dos Direitos do Doente e do Médico afirma em seu artigo 11º que: “O doente tem direito [...] a todos os meios culturais que podem ajudá-lo a recuperar sua saúde física e moral”. Cavalcanti afirma que:

[...] em todas as circunstâncias, o doente permanece uma pessoa cujos direitos e necessidades básicas são os mesmos que os de uma pessoa saudável. Unicamente a impossibilidade de fato pode impedi-lo de usufruir de seus direitos ou de satisfazer suas necessidades [...]. Não se pode limitar seus direitos ou suas necessidades em matéria de cultura ou distração, por causa de sua doença. A única limitação permitida é de ordem médica, ou quando a equipe encarregada do tratamento considera que a utilização desse direito constitui um obstáculo à cura. Em contrapartida, a limitação do direito à vida criativa, por qualquer razão que não seja de ordem médica, constitui um grave atentado às prerrogativas do homem que sofre (CAVALCANTI, 1997, p. 6).

E é nesse sentido que nosso trabalho com a Pedagogia Hospitalar é desenvolvido na Ala Pediátrica do HU/UFS, através de atividades lúdicas com objetivos culturais definidos, procurando acima de tudo fornecer uma melhora na qualidade de vida desses pacientes.

No Estatuto da Criança e do Adolescente (doravante ECA), regimentado pela Lei nº. 8069, de 13 de junho de 1990, pode-se ver claramente as garantias de direitos das crianças e adolescentes, com relação à situação de internamento hospitalar, como destacamos a seguir:

Artigo 4º - parágrafo único:

- a) Primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) Precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;

- c) Preferência na formulação e execução das políticas sociais públicas;
- d) Destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Artigo 7º

A criança e o adolescente têm o direito à proteção, à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Artigo 11º

É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do sistema único de saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Artigo 57º

O Poder Público estimulará pesquisas, experiências e novas propostas relativas a calendário, seriação, currículo, metodologia, didática e avaliação, com vistas à inserção de crianças e adolescentes excluídos do ensino fundamental obrigatório (BRASIL, 1990, p.11.163-11.164)

Para nosso objeto de estudo, podemos dar um destaque maior ao artigo 57, o qual incentiva as novas propostas ou iniciativas que objetivem atender crianças e adolescentes excluídos do ensino fundamental obrigatório, considerando que a hospitalização é um dos motivos de evasão escolar, uma vez que a criança acometida de doença crônica ou grave acaba não conseguindo se adaptar ao sistema tradicional de ensino. Portanto, nesses casos, é importante que se tomem medidas no sentido de assegurar esse direito à educação e recreação, através de iniciativas que atendam concomitantemente as necessidades do tratamento médico, bem como as necessidades do aprender e do se desenvolver da forma mais normal possível dentro das limitações impostas pelas patologias.

Ceccim e Carvalho (1997) destacam que em 1995 o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, na Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, através da Resolução nº. 41, de 13 de outubro de 1995, estende o direito à proteção integral à infância e adolescência aos eventos de hospitalização também nos âmbitos jurídico e político além da questão moral. Conforme podemos constatar a seguir:

- 1- Direito à proteção, à vida e à saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação.
- 2- Direito a ser hospitalizado, quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa.
- 3- Direito a não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão não alheia ao melhor tratamento da sua enfermidade.
- 4- Direito de ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas.
- 5- Direito de não ser separado de sua mãe ao nascer.
- 6- Direito de receber aleitamento materno sem restrições.
- 7- Direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la.
- 8- Direito de ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados e do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico quando se fizer necessário.
- 9- Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar.
- 10- Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente de seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida.
- 11- Direito a receber apoio espiritual/religioso, conforme a prática de sua família.
- 12- Direito de não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal.
- 13- Direito a receber todos os tratamentos terapêuticos disponíveis para sua cura, reabilitação e/ou prevenção secundária e terciária.
- 14- Direito à proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos.
- 15- Direito ao respeito a sua integridade física, psíquica e moral.
- 16- Direito à preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais.
- 17- Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação de massa, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis ou a sua própria vontade, resguardando-se a ética.
- 18- Direito à confidência de seus dados clínicos, bem como direito a tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na instituição, pelo prazo estipulado em lei.
- 19- Direito a ter seus direitos constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente respeitados pelos hospitais integralmente.
- 20- Direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis (BRASIL, 1995, p. 319-320).

Destacamos o item 9, o “Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar”, pois vemos o amparo legal de nosso atendimento tanto no que se refere ao conteúdo curricular quanto à metodologia recreativa utilizada. Segundo as

Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, a Classe Hospitalar foi definida como:

Serviço destinado a prover mediante atendimento especializado, a educação escolar a alunos impossibilitados de freqüentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar ou atendimento ambulatorial (BRASIL, 2001, p. 51).

Portanto, toda criança hospitalizada, em seu período de convalescença, fica excluída do ambiente escolar e para que a mesma em idade escolar venha a continuar os seus estudos, que foram interrompidos pela internação, a Pedagogia Hospitalar possibilitará a sua reinserção no processo escolar.

Qualquer tentativa educacional organizada e sistemática com a finalidade de promover a aprendizagem é considerada uma educação formal, assim, a presença, no hospital, das áreas de recreação e de acompanhamento escolar, onde as crianças possam brincar e aprender sem correr o risco de abandono de suas necessidades próprias à idade e características do desenvolvimento sociocultural, é de extrema importância. Podemos constatar que o acompanhamento do currículo escolar durante a permanência hospitalar, especialmente nas internações mais prolongadas e repetidas, fez com que a criança não se sentisse frustrada pela falta à escola e inferiorizada por ocasião do seu retorno à mesma. Este direito à educação hospitalar se vincula ao direito à educação e é muito necessário que se faça cumprir, pois a hospitalização tem sido uma importante justificativa para o abandono escolar.

Segundo o ECA, em seu capítulo II, seção I, artigo 90, é assegurado a toda criança submetida a tratamento de longa duração o atendimento escolar em Classe Hospitalar: “As entidades de atendimento são responsáveis pela manutenção das próprias unidades, assim como pelo planejamento e execução de programas de proteção sócio-educativos destinados a criança e adolescente, em regime internação” (BRASIL, 2004, p.104).

A desinformação por parte dos pais, de que a criança hospitalizada tem esse direito garantido por lei, tem sido constatada frequentemente nos depoimentos de pais e de profissionais da área de saúde. Em geral, eles desconhecem que “nenhuma criança pode ser privada do acesso e freqüência ao ensino regular, logo a adaptação pedagógica às necessidades de saúde são uma obrigatoriedade no cumprimento dessa política social básica” (CECCIM; CARVALHO, 1997, p. 189).

Este direito tem sido considerado como um anexo das escolas regulares. O Estado ainda tem lhe atribuído pouca importância e desconhece as suas funções. Essas escolas têm sido tratadas como se não fizessem parte da proteção e do cuidado da sociedade brasileira para com suas crianças e adolescentes. Essas escolas ainda não estão internalizadas culturalmente como parte de nossos hábitos e costumes de atenção à infância e à juventude.

Outro item relevante que devemos destacar, trata-se da obediência ao princípio ético da autonomia que se preocupa com o respeito à integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente hospitalizados. Para isso, se faz necessária a presença de um comitê de ética permanente nos hospitais, garantindo a preservação da imagem, da identidade, dos valores, crenças e objetos pessoais desses pacientes.

Nesse sentido, para realizarmos nossa pesquisa na ala pediátrica do HU/UFS, percorremos todas as etapas solicitadas pelo comitê de ética: na apresentação do projeto, na sua justificativa, na elaboração, apresentação e aprovação das fichas de entrevistas e questionários (para equipe médica, pais e/ou acompanhantes e pacientes), bem como na elaboração do termo de liberação de imagem das crianças/adolescentes para o uso científico da pesquisa.

Assim, solicitávamos aos responsáveis pelas crianças/adolescentes que fariam parte da pesquisa, seu consentimento, por escrito, explicando qual era o objetivo da mesma, além de deixar a criança absolutamente à vontade para participar das atividades pedagógicas quando e como elas quisessem. Além disso, nenhuma informação que possa identificar os sujeitos da pesquisa ou situações constrangedoras que, por ventura, tenham sido presenciadas em relação a estes e que denigrem a sua imagem serão reveladas.

Como pudemos constatar, não é pela falta de legislações que não se realizam ações pedagógicas educativas nas alas pediátricas dos hospitais. Sabemos que as crianças e adolescentes estão amparados legalmente nesse sentido, porém sabemos também que esses direitos não têm sido respeitados como deveriam. Existe uma grande diferença entre as leis, que são perfeitas em seus conteúdos e abrangências, e a realidade do que tem sido dito e realizado. O que acaba gerando mais desigualdades, à medida que se caracteriza como privilégio de poucos.

Embora esteja previsto em nossa legislação que a criança e/ou adolescente hospitalizado tem direito à acompanhamento pedagógico no hospital e que existem professores para realizá-lo, os hospitais de modo geral quer sejam públicos ou privados

têm feito muito pouco para que esses pacientes possam dar continuidade aos seus estudos, salvo raras exceções, conforme Paula (2007). Também os órgãos públicos, os educadores e a sociedade em geral pouco reconhecem esses espaços educativos como uma modalidade de ensino em nosso país, pois são raras as Secretarias de Educação que implantam essas práticas educativas nos hospitais lhes garantindo apoio e assistência necessários.

A Pedagogia Hospitalar, a Classe Hospitalar, ou, a Escola no Hospital, como declara Arosa (2007), não podem permanecer como se encontram hoje, garantidas em lei, mas de fato atendendo a um número ínfimo de crianças. É preciso que ocorra uma intensa mobilização de diversos atores sociais, no sentido de fazer valer o que prevê a legislação. Do ponto de vista político, é necessário que se façam movimentos de cobrança das autoridades no sentido de darem condições para a oferta de educação nos hospitais. E sob o ponto de vista pedagógico, é preciso que se promovam debates no intuito de melhor esclarecer o sentido da escola no hospital, revendo as práticas pedagógicas tradicionais e definindo uma escola emancipadora para todos.

CAPÍTULO II - O ADOECER E SUAS IMPLICAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

2.1 O Adoecer e o Impacto da Hospitalização

O homem em seu percurso histórico vem buscando diferentes respostas para os fenômenos da doença, da cura e da saúde. O adoecer é concebido como um sofrimento cujo produto é uma causa da qual o médico deve se ocupar para diagnosticar, tratar e curar, quando for possível.

Olivieri (2000) nos mostra que a doença, conforme estudos antropológicos comprovam, já era conceituada por Hipócrates, pai da medicina, como um desequilíbrio de humores corporais em consequência das disposições naturais e ações atuais dos pacientes, bem como as influências do meio ambiente sobre ele. Com isso as relações entre corpo e mente, já naquele contexto histórico, passaram a ser consideradas pela medicina como fundamentais para manutenção da saúde. Portanto, a busca pelo equilíbrio entre o ambiente, o modo de vida e os vários componentes da natureza do ser humano significavam a cura das doenças.

O processo de adoecimento para a espécie humana implica alterações de algumas funções normais do organismo, principalmente quando se trata de doença ou acidente que põem em risco a vida. Quando uma doença acomete um indivíduo, acontece um desequilíbrio que, conseqüentemente, produz marcas que afetam o ciclo regular de vida. Alterações no corpo e nas expressões faciais são sinalizadores que fornecem pistas para indicar que algo não vai bem. A febre, a dor e as mudanças de comportamento, como tristeza e apatia, são elementos muito particulares que demonstram que há um desarranjo funcional do organismo.

Ser criança/adolescente com doença crônica significa ter corpos invadidos por patologias que muitas vezes interferem no próprio desenvolvimento físico, pois podem gerar deformidades. Como exemplo nos casos das doenças renais, as deformações são visíveis, as crianças ficam inchadas, pálidas, olhos amarelos dentre outros aspectos. Em alguns casos, as modificações corporais podem levar as crianças hospitalizadas a alterarem suas relações sociais e a emoção.

Aqui damos destaque a C (12 anos), portadora de um problema de pele ainda a ser definido. Seu corpo todo estava descamando, inclusive o couro cabeludo, sua aparência causava um certo desconforto, uma impressão desagradável para as pessoas quando a viam pela primeira vez e acabavam se afastando. C foi internada em junho de 2009 na ala pediátrica do HU/UFS e lá permaneceu por aproximadamente 40 (quarenta) dias. No início se recusava a ir até a brinquedoteca, pois dizia que as pessoas tinham “nojo” dela, que ela parecia uma cobra e que todo mundo tinha medo de encostar-se nela e “pegar” a doença.

Com o passar dos dias, fomos caminhando com C pelo corredor e fazendo algumas atividades onde ela acabava se envolvendo com as outras crianças (como jogo de boliche, amarelinha, bingo das letras, dentre outras) até que conseguimos levá-la à brinquedoteca onde ela pôde realizar as atividades em conjunto com os demais pacientes e muitas vezes acabou por ajudar alguns nas conclusões de trabalhos manuais.

Voltando aos conceitos, mais especificamente ao de saúde, Contini (2001) afirma que no início ela estava ligada diretamente à religião e à filosofia, caminhando depois para a aproximação das práticas da medicina hipocrática e se lançando nas ciências fisiológicas e biológicas. Pudemos perceber que a saúde sempre esteve presente como uma das maiores preocupações do homem, talvez pela própria necessidade da conservação da vida como um bem comum desejável a todas as pessoas, temática esta que foi e continua sendo muito discutida e estudada.

No século XX, começaram a surgir definições de saúde que não estavam diretamente ligadas aos aspectos orgânicos, e sim procurando ver o indivíduo na sua integralidade, retornando aos princípios hipocráticos. Em 1946, a Organização Mundial da Saúde definiu que “a saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de distúrbios ou doença” (CONTINI, 2001, p. 19). Definição essa que gerou insatisfações quanto ao conceito de “completo estado de bem-estar”, considerado como algo subjetivo, inatingível e utópico. Assim se expressa o autor:

Parece óbvio que a saúde seja condicionada pela nutrição, moradia, vestuário, higiene de água e dos esgotos, salubridade no trabalho, remuneração e capacidade aquisitiva satisfatória, fruição de lazer, educação, cultura e por outros fatores relacionados com o ambiente físico e social onde vive o ser humano (CONTINI, 2001, p. 21).

Tanto a cultura como o nível socioeconômico influenciam na percepção, identificação e grau de gravidade da doença. Esse aspecto é relevante, como revelam as palavras de Taam a seguir:

Alguns fenômenos como a dor nas costas e o emagrecimento são considerados nas classes pobres como quase normais [...]. não eram reconhecidos com frequência como suficientemente graves para necessitar de tratamento (TAAM, 2004, p. 17).

A doença é algo que surge imprimindo mudanças objetivas, pois o indivíduo precisa se adaptar a novas rotinas, horários e pessoas. Mudanças também subjetivas que envolvem sentimentos como o medo, a dependência, a insegurança, as rupturas de vivência e as incertezas.

O simples pensar em adoecer gera sentimentos angustiantes na maioria das pessoas, e o evento hospitalização (internação) traz consigo a percepção da fragilidade, o desconforto da dor, do medo, do desconhecido, e da própria terminalidade a que todos estamos sujeitos.

Processo esse onde temos de um lado o hospital que aciona todo o seu aparato clínico e tecnológico para obter, se não a cura, pelo menos a possibilidade de melhora do paciente para sua reinserção na sociedade. E do outro lado, a criança/adolescente hospitalizada, que como outro qualquer, apresenta o desenvolvimento que lhe é possível de acordo com a diversidade de fatores com os quais interage. E de forma alguma podemos considerar que a hospitalização seja, de fato, incapacitante para ele, pois um ser em desenvolvimento tem sempre possibilidades de usar e expressar de alguma forma seu potencial.

As pessoas desenvolvem as mais variadas reações quando apresentam manifestações sintomáticas, desde a negação do estado doentio até o exagero dos sintomas. As crianças são mais vulneráveis que os adultos ante a compreensão da doença, por ainda estarem em desenvolvimento, por seus níveis de compreensão ainda não acompanharem o dos adultos e finalmente por dependerem deles para sobreviver. De acordo com Ortiza e Palma (1992) a reação da criança frente à doença depende muito da forma como seus pais vão reagir a ela.

A hospitalização pode ser vivida como uma forma de castigo por adoecer, algo não entendido pela criança e vivido como uma punição ou um incremento da impotência diante do mundo externo para que possa viver sua infância. Dessa forma

umentando ainda mais as restrições que a própria doença traz à locomoção e à atividade física da criança, agravando a angústia causada pela doença.

Afastar-se do meio conhecido de sua casa, sua cama, seus brinquedos, suas roupas, sua rotina, sua família e seus amigos faz com que a criança viva momentos de extrema insegurança, perdendo seus referenciais. Ela passa a ter de conviver em um mundo estranho, a ter de confiar e ser tratada por pessoas desconhecidas que muitas vezes passam apressadas por ela falando uma linguagem desconhecida e que provocam dor e desconfortos, um local onde ela irá conhecer outras crianças também doentes como ela, enfim, um mundo que não tem nada a ver com aquele que estava acostumada lá fora. Um mundo onde viverá momentos e emoções que se tornarão inesquecíveis em sua vida.

De acordo com Barros (2007) para que possamos ter um melhor entendimento da dimensão do sofrimento que é experimentado na hospitalização, devem ser destacados os fundamentos sócio-antropológicos de Goffman (2007) que classificou o hospital como uma das *instituições totais* e faz o seguinte comentário:

Uma disposição básica da sociedade moderna é que o indivíduo tende a dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral. O aspecto central das instituições totais pode ser descrito com a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida. Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a seqüência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas em um plano racional, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição (GOFFMAN, 2007, p. 17-18).

E assim com esses fundamentos de Goffman, a criança hospitalizada, que como outra criança qualquer, apresenta o desenvolvimento que lhe é possível de acordo com a diversidade de fatores com os quais interage. Dentre eles, as limitações que a patologia e o tratamento possam lhe impor, deve se adaptar a essa instituição e não pode ser considerada incapaz pelos profissionais que com ela interagem.

Pudemos constatar que muitas crianças do universo da ala pediátrica do HU/UFS demonstraram possuir intensa flexibilidade para enfrentar as pressões impostas pelas doenças mostrando que a resiliência faz parte de suas vidas. Resiliência esta definida como a capacidade do indivíduo responder de forma mais consistente aos desafios e dificuldades, de reagir com flexibilidade e capacidade de recuperação diante desses desafios e circunstâncias desfavoráveis com atitude otimista e positiva.

Os avanços recentes em Pediatria, Puericultura e Pedagogia têm levado autores como Arosa (2007), Taam (2004), Mattos e Mugiatti (2001), Fontes e Vasconcellos (2007) a novas descobertas que permitem falar em necessidades pedagógico-educacionais da criança para que seja assegurado seu desenvolvimento de forma mais efetiva, uma vez que não só se mantêm como são acentuadas quando a criança requer cuidados em um hospital, pois ela pode perder habilidades já adquiridas.

Assim, usando a teoria de Vygotsky (1994) quando propõe que são as condições concretas de vida que determinam diretamente o desenvolvimento da psique de uma criança, portanto os homens são capazes de se influenciarem mutuamente, o que nos fez acreditar que foi justamente o que oferecemos a essas crianças internadas no HU/UFS que pode influenciar no seu desenvolvimento. Dessa forma, é importante pensar o hospital como um espaço possível de aprendizagem e de desenvolvimento infantil. Nas palavras do psicólogo russo: “o aprendizado humano pressupõe uma natureza social específica e é um processo através do qual as crianças penetram na vida intelectual daquelas que as cercam e são também penetradas” (VYGOTSKY, 1994, p. 99).

É o pedagogo o articulador desses processos em que a criança se relaciona com outras crianças, com adultos, com brincadeiras e situações de aprendizagem, tendo a possibilidade de se expressar nas situações vivenciadas, como tratamentos dolorosos, cirurgias, entre outros procedimentos médico-hospitalares, que apesar do sofrimento acabam enriquecendo o indivíduo no enfrentamento de outras situações. No entanto, Ribeiro (1993) afirma que quando são negadas as condições necessárias para superá-las, acaba-se por contribuir para a produção de um estado de fragilização e empobrecimento de estratégias para o enfrentamento da vida.

Portanto, uma das indagações mais prementes que surge ao ser prescrita para a criança/adolescente a hospitalização eventual ou recorrente (casos crônicos), não diz somente do evento em si, ou da necessidade de recomposição do organismo enfermo, mas a preocupação também com a educação, com a escola, pois sem dúvida quando o

hospital rompe os laços do cotidiano de produção da existência da infância, acaba provocando, em geral, muito sofrimento para o paciente e seus familiares. Isso leva Lindquist à seguinte explicação:

A criança hospitalizada frequentemente está inquieta, ansiosa. Padece da doença, mas também da separação da família. A chegada a um ambiente novo é, sem dúvida, aterradora. Tem às vezes uma vaga idéia dos motivos de sua internação. Quanto mais nova maior sua dificuldade em compreender “seu abandono” pelos pais. Sem noção de tempo, não entende que sua estadia tem duração. Para ela o que não acontece imediatamente, jamais ocorrerá (LINDQUIST, 1993, p. 24).

Isto ficou muito claro para nós, pois por vezes as crianças entravam na ala pediátrica do HU/UFS muito assustadas, algumas já vinham de casa sabendo que seriam internadas, mas outras vinham apenas para consulta e eram encaminhadas diretamente para internação. Quando chegavam, passavam por nossa sala que era a primeira da ala pediátrica e onde elas tinham de esperar até serem chamadas pelas enfermeiras e encaminhadas às enfermarias, aos seus leitos, então, em diversas situações, presenciamos as inquietações, as ansiedades e os medos com os quais trabalhamos de forma lúdica no intuito de acalmar esses novos pacientes.

2.2 O Lúdico como Estratégia no HU/UFS

O atendimento prestado dentro da Pedagogia Hospitalar na ala pediátrica do HU/UFS contribuiu para o enfrentamento do estresse da hospitalização da criança e do adolescente. Esta contribuição foi alcançada em grande parte por meio da estratégia lúdica utilizada na elaboração das atividades que possibilitaram manifestações de criatividade desses pacientes, apesar do ambiente de forte adversidade em que se encontravam, reforçando as expectativas de retorno à vida normal.

Para Dolto (1999), o hospital é um lugar onde a doença e a morte são enfrentados e a doença é compreendida não como oposição à saúde, mas como desestabilização e confronto com o incontrolável e o inesperado, característicos da vida. A atividade lúdica, pela ludoterapia, baseia-se no enfrentamento do inesperado, exigindo capacidade para enfrentá-lo e ensinando como fazê-lo. Desta forma, o brincar

no hospital ensina a enfrentar a doença promovendo a saúde, por isso, “privar a criança de brincar significa privá-la do prazer de viver” (DOLTO, 1999, p. 110).

Escolher o brincar como metodologia para ajudar as crianças a darem continuidade ao seu processo de desenvolvimento foi uma constante aprendizagem, pois a “brincadeira é vista como uma área intermediária de experimentação para a qual contribuem a realidade interna e a externa” (WINNICOTT, 1975, p. 17). É pelo brincar que a criança vai expressando o que sente além de realizar a mesma ação que crianças fora do hospital realizam.

Fizeram parte desse brincar atividades diversas que estimularam o processo de aprendizagem, tais como o desenho, a pintura, a colagem, trabalhos manuais, jogos de construção, de memória, quebra-cabeças, dentre outros. Pois no ato de brincar a criança inicia seu processo de autoconhecimento, estabelece novas relações e passa a interagir com o mundo. O brinquedo torna-se um instrumento de exploração e desenvolvimento da capacidade motora e cognitiva da criança. Brincando, ela tem oportunidades de exercitar suas funções, experimentar desafios, investigar e conhecer o mundo de maneira natural .

A elaboração dos vínculos que estabelece inicialmente com a mãe e a família passaram a abranger gradativamente novos relacionamentos, o outro passava a fazer parte do seu mundo e formava-se, então, o grupo de amigos, de regras e de respeito. O brincar facilitou o desenvolvimento dessas relações, pois a criança brincava com outras crianças, iniciando assim o processo de socialização espontâneo.

Ao selecionarmos o brincar como estratégia para desenvolver atividades a fim de mediar o processo de construção do conhecimento, sabíamos aonde queríamos chegar e como chegar, portanto, não brincamos por brincar, mas brincamos conscientes da intencionalidade do fazer docente e de poder proporcionar para muitas crianças uma (rara) oportunidade de experimentar uma aprendizagem significativa.

Tal estratégia de trabalho também favoreceu a eficácia dos tratamentos médicos empreendidos. A esse respeito, são válidos os estudos que investigam os efeitos da alegria, do humor e do riso sobre a saúde psíquica e o bem-estar das crianças hospitalizadas, como afirma Massetti (1998):

O grupo-pesquisa (crianças que receberam acompanhamento lúdico durante a internação) apresenta de três a quatro vezes mais alterações que o grupo-controle. A alteração mais presente é a modificação do conteúdo das histórias contadas após a atuação dos palhaços. Observa-se um enriquecimento de conteúdo, enredos positivos ou de final feliz e uma maior expressividade de conflitos. Outras alterações

importantes foram: aumento do tamanho dos desenhos, maiores usos de cores, mais nitidez e aprimoramento nas formas. Todas essas alterações indicam que, de alguma forma, houve uma expansão dos movimentos da criança e de sua forma de se posicionar diante da hospitalização (MASSETTI, 1998, p. 72).

A prática exercida pela pesquisadora com as crianças hospitalizadas na ala pediátrica do HU/UFS, desenvolvida no período de agosto de 2008 à agosto de 2009, mostrou a importância de atividades pedagógicas tanto pelas crianças que esperavam por nós com muita expectativa, como dos acompanhantes que viam esses momentos como um estímulo para a recuperação do seu familiar, além de lhes proporcionarem momentos de interação, alegria e espontaneidade, fazendo do ambiente hospitalar um ambiente descontraído.

Nesse sentido, a atuação do pedagogo hospitalar foi além de um simples horário no qual eram realizadas atividades pedagógicas com os alunos-pacientes, mas de um momento em que a criança passava a criar um outro conceito de hospitalização, desmistificando o que lhe causava medo, através de atividades que envolviam a manipulação de seringas, luvas, algodão, caixa de remédios, dentre outros materiais hospitalares que ajudavam as crianças a entenderem o porquê de sua hospitalização e do uso destes objetos.

Vivenciamos situações que realmente comprovaram a eficácia da *ludoterapia* na elaboração de diagnósticos no auxílio de tratamentos. Citamos o caso de M. A. (5 anos) que chegou ao hospital em outubro de 2008, no colo dos pais, falava pouco e não andava há mais de um mês, sem nenhuma causa aparente. Após ser avaliado pela equipe médica, foi internado para exames e observação. Durante uma semana esteve presente em nossas atividades, porém apenas como observador, pois a mãe dizia que como ele não andava não poderia participar. Fui chamada pela médica responsável por M.A. a qual solicitou que tentássemos alguma atividade com ele, pois os exames não haviam constatado nada que justificasse aquela paralisia. Ele tinha alguns outros problemas de saúde que já estavam sendo tratados, mas a paralisia era uma incógnita.

Frente a esse desafio, iniciamos um atendimento individualizado com ele, onde mesmo sentado, começamos a jogar o jogo da memória e na sua excitação M. A. começou a chutar, mesmo que fossem movimentos involuntários, para nós já era uma vitória. O passo seguinte foram alguns jogos com bola no chão, onde ele ficava sentado e depois deitado e quando íamos embora ele chorava e pedia para ficar com a bola.

Após três dias, trouxemos M. A. para a sala e com mais duas crianças desenvolvemos o futebol com as mãos (as crianças ficavam deitadas no chão e tinham de empurrar a bola com os braços). Nos 5 minutos de frenética movimentação, a bola foi arremessada com força e saiu da sala, quando para surpresa de todos M. A. levantou e foi correndo pegar a “sua” bola.

Descrever tal situação traz sentimentos de grande emoção e nos permite confirmar a contribuição das atividades lúdico-pedagógicas para o bem-estar da criança enferma. Podemos dizer que esta estratégia lúdica passa por duas vertentes de análise:

- A primeira, aciona o lúdico como canal de comunicação com a criança hospitalizada, procurando fazê-la esquecer, durante alguns instantes, o ambiente agressivo no qual se encontra, resgatando sensações de seu cotidiano anterior à internação como resalta Kishimoto (1994).

- A segunda, trabalha, ainda que de forma lúdica, a hospitalização como um campo de conhecimento a ser explorado. Ao conhecer e desmistificar o ambiente hospitalar, ressignificando suas práticas e rotinas como uma das propostas de atendimento pedagógico em hospital, o medo da criança, que paralisa ações e cria resistências, tende a desaparecer, surgindo em seu lugar a intimidade com o espaço e a confiança naqueles que ali atuam. Nesse sentido é que Nicolau (1989, p. 34) afirma: “o lúdico permite que a criança compreenda a realidade e se adapte espontaneamente a ela.”

Retomando a descrição da pesquisa, o período de apuração da mesma, como já citado anteriormente, se deu de agosto de 2008 a agosto de 2009 na ala pediátrica do HU/UFS, uma instituição de caráter público que prioriza as atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Durante esse período, foram realizados 319 (trezentos e dezenove) atendimentos a crianças e adolescentes na faixa etária de 1 (um) ano a 15 (quinze) anos, distribuídos conforme veremos no Quadro I a seguir e pelo qual poderemos constatar que a maior porcentagem de atendimentos foi feita a crianças entre 3 (três) e 6 (seis) anos de idade, portanto, crianças que, na sua maioria, não estavam matriculadas na rede de ensino:

QUADRO I

Pacientes atendidos na Ala Pediátrica do HU/UFS de agosto de 2008 à agosto de 2009

Faixa etária (anos)	Número de pacientes	%
< 01	03	1
01-02	10	3,13
02-03	29	9,09
03-04	41	12,85
04-05	34	10,65
05-06	37	11,59
06-07	28	8,77
07-08	31	9,71
08-09	25	7,83
09-10	25	7,83
10-11	24	7,52
11-12	14	4,38
12-13	12	3,76
13-14	05	1,56
14-15	01	0,30
TOTAL	319	100%

Pudemos constatar que algumas patologias apareceram com mais frequência, dentre as quais destacamos:

- **Lupus:** uma doença crônica que provoca alterações fundamentais no sistema imunológico da pessoa, atingindo predominantemente o sexo feminino;
- **Anemia Falciforme:** doença hereditária comum no Brasil, que afeta principalmente os afro-descendentes, cerca de 1 em cada 8, tem o chamado traço falcêmico. O falcêmico não é considerado doente, mas pode passar o gene para sua prole. A doença ataca o sangue e é degenerativa;
- **Calazar:** uma zoonose que afeta outros animais além do homem. Sua transmissão, inicialmente rural, já está ocorrendo em áreas urbanas de médio porte. É uma doença crônica sistêmica caracterizada por febre de longa duração e outras manifestações como inchaços de alguns órgãos. Quando não tratada evolui para óbito após 1 ou 2 anos do aparecimento e seu tratamento dura em média 4 semanas;
- **Nefrites:** patologias responsáveis por problemas renais;
- **Pneumonia:** inflamação dos pulmões por vírus, bactérias, fungos e protozoários;

- Diabetes: falta ou resistência à ação da insulina, levando ao aumento da glicemia (açúcar no sangue);
- Febre reumática: complicação de uma infecção por bactéria (estreptococo).

Tivemos ainda dois casos de HIV (AIDS), síndrome da imunodeficiência adquirida, vários casos de dengue, dentre outras doenças e cirurgias. Nas seguintes proporções, como podemos ver no Quadro II:

QUADRO II

Patologias atendidas na Ala Pediátrica do HU/UFS de agosto de 2008 à agosto de 2009

Patologias	Números de casos	%
Lupus	10	3,14
Anemia Falciforme	49	15,36
Calazar	25	7,83
Nefrites	55	17,24
Pneumonias	58	18,18
Diabetes	9	2,82
Febre Reumática	17	5,33
HIV (Aids)	2	0,63
Dengue	33	10,35
Outras / Cirurgias	61	19,12
TOTAL	319	100%

Acreditamos ser importante esta breve explicação sobre as patologias, uma vez que nos foi muito útil na elaboração das atividades, pois tínhamos uma noção maior das causas e dos efeitos das mesmas bem como das limitações que poderiam impor às crianças. De acordo com a doutora Ângela Silva (diretora do Hospital), o HU tornou-se referência no tratamento de patologias como a anemia falciforme, calazar e nefrites, o que explica a grande quantidade de casos dessas patologias atendidos pelo hospital.

Em relação à escolaridade, levando em consideração a LDB (Lei de Diretrizes Bases) de nº 11274/2006 que estabelece em seu artigo 32 que o ensino fundamental obrigatório passaria a ter duração de 9 anos, gratuito na escola pública, iniciando-se aos 6 anos de idade, nossos números ficaram da seguinte forma:

- Dos 319 alunos/pacientes atendidos, 165 em idade entre 6 e 15 anos (51,69%);
- Dos 165 alunos/pacientes, 145 estavam matriculados em escolas (87,88%);
- Dos 145 matriculados, 125 estavam em escolas públicas (86,21%), 20 estavam em escolas particulares (13,37%).

Mostrando que dentre o total de crianças atendidas e que estavam em idade escolar, 12,12% não estavam matriculadas na rede de ensino. Um número que pode ser considerado alto quando projetado em nível nacional.

Quanto à procedência desses pacientes, temos os seguintes números:

QUADRO III

Procedências dos pacientes atendidos na Ala Pediátrica do HU/UFS de agosto de 2008 à agosto de 2009

Origem	Quantidade	%
	261	
Sergipe	Aracaju – 143 Interior – 118	81,82
Outros Estados	10	3,13
Não Informados	48	15,05
TOTAL	319	100%

Os dados mostram que o HU/UFS atende a pacientes de todo o Estado de Sergipe, sendo que a porcentagem proveniente do interior é substancial, atende também pacientes da Bahia e de Alagoas como pudemos constatar.

A atenção esteve voltada para desenvolver um trabalho diversificado, uma vez que a faixa etária e o nível de desenvolvimento cognitivo do grupo eram diferenciados, bem como tínhamos de nos adaptar à rotina hospitalar, conforme destaca Fonseca:

Para um efetivo atendimento pedagógico-educacional hospitalar, é importante estar ciente e exercitar a premissa de que cada dia de trabalho no hospital se constrói com atividades que tem começo, meio e fim quando desenvolvidas. A classe hospitalar/brinquedoteca deve estar disponível à criança. Se a criança precisa sair antes estratégias de fechamento para concluir o que estava fazendo devem ser tomadas e que, havendo possibilidade, poderá retornar à mesma mais tarde ou no dia seguinte. Se a criança chega depois estratégias de inclusão devem ser usadas para que não se sinta excluída e sim que perceba que é um elemento importante e que vai acrescentar mais ao grupo. O trabalho diversificado é muito importante na sala de aula/brinquedoteca (FONSECA, 1999, p. 53).

Cientes estávamos que éramos o principal instrumento de coleta de informações, por isso, era também fundamental que tivéssemos um domínio suficiente do assunto a ser focalizado, atuando como filtro de constatações. Algumas dificuldades evidenciaram-se logo no início da pesquisa, tais como: sensação de não saber por onde começar; dúvidas quanto à receptividade das crianças, suas reações às atividades propostas, à nossa presença, quanto ao tempo que deveríamos ficar com cada criança; como entender as reações das crianças, se poderiam ser explicadas através da doença, da internação, dos procedimentos; até que ponto deveríamos supervalorizar as informações dos prontuários; incertezas quanto à interferência das mães nas atividades e a participação das mesmas.

Dificuldades que foram temporariamente resolvidas utilizando-se os conhecimentos adquiridos nas visitas realizadas a outros hospitais e em contatos estabelecidos com outros profissionais da área a fim de entender mais essa realidade e aprender a trabalhar melhor com ela, além do enriquecimento pelo estudo de referências bibliográficas.

No início a ação com as crianças tinha um caráter profundamente artesanal e era construída pelos nossos poucos saberes teóricos e metodológicos interligados com nossas experiências de vida. As atividades aconteciam duas vezes por semana, com duração média de duas horas diárias e no período da manhã, articuladas com a rotina hospitalar, que se iniciava cedo com a higiene das crianças e a coleta de materiais para exames, seguida pela visita dos médicos, quando então dispúnhamos de duas horas para realizar o trabalho, desde que a própria criança sinalizasse que aquele era um bom momento.

Um roteiro comum e a definição de algumas posturas, relativo à presença e atuação da nossa equipe no hospital, incluíam: perguntar às enfermeiras, sobre o estado geral de cada criança e quando recém-internadas, qual a causa do internamento; ir até o leito, identificar-se, dizer o que fazia, e conversar com a criança e o acompanhante, saber o nome, idade, a causa da internação, se já ia à escola, que série estudava; convidar a criança para ir até a brinquedoteca, quando possível; ter nos bolsos algum material como lápis colorido, de cera, massinha, caneta hidrográfica, bloquinho de papel; manter um diálogo com a criança, com assuntos que pudessem interessar a ela; falar em tom baixo e de forma simpática, mesmo que a criança não respondesse, afinal o silêncio também é uma forma de comunicação que deve ser respeitado e compreendido; usávamos aventais coloridos que funcionavam como sinalização para a criança,

indicando que éramos pessoas que não realizavam procedimentos dolorosos e que iam brincar com ela.

De preferência, as atividades eram desenvolvidas na brinquedoteca, porém muitas vezes os atendimentos foram realizados nos leitos das enfermarias, de forma individual, quando os pacientes não podiam se locomover até a sala ou pela grande quantidade de crianças e variação das idades, o que exigia atividades diferenciadas. Como nossa equipe era composta de quatro pessoas, essa divisão de espaços e trabalhos foi plenamente satisfeita. A comunicação entre nossa equipe foi intensa durante todo o processo de levantamento de dados, através de reuniões para estudarmos dados coletados e ações a serem desenvolvidas.

À medida que a pesquisa foi se desenvolvendo e as atividades realizadas, nossas reuniões tornaram-se semanais, no intuito de programarmos melhor as atividades seguintes, bem como discutirmos e avaliarmos as já realizadas, o que nos levou a um aprofundamento maior do material teórico.

A princípio, a atitude da equipe médica (médicos, enfermeiros, residentes e estagiários) em relação à nossa equipe e ao nosso trabalho foi de “menosprezo”. Éramos só as tias da brincadeira, mas com o decorrer do tempo passaram a valorizar e apoiar nosso trabalho que em algumas situações ajudou na elaboração de diagnósticos.

Veremos aqui alguns, dos 39, depoimentos colhidos nas entrevistas com a equipe médica:

“Eu achei importante o trabalho de vocês porque diverte e ensina muitas coisas interessantes. Parabéns por esse trabalho e pelo empenho que vocês estão tendo aqui no HU.” (G. L. R. – enfermeira)

“Tomara que este trabalho ou projeto de vocês tenha continuidade, não só pelos alunos da UFS, como pelos pacientes e por todos nós. Devemos nos somar fazendo com que nossas crianças carentes e doentes voltem a sorrir espontaneamente o mais rápido possível.” (V. S. S. – enfermeira)

“Aqui na brinquedoteca está tudo muito bem. Se não fosse pela medicação na veia nem parece que essas crianças estão doentes. O melhor remédio para elas é ficar aqui. Coitada de mim quando tenho de tirar alguma criança daqui pra fazer algum procedimento.” (J. S. C. M. – técnica de enfermagem)

“Este projeto é valioso e muito benéfico para o HU, para os pais e principalmente para as crianças que ao se encontrarem enfermas veem no hospital também um ambiente de lazer, recreação e ensino. Foi uma iniciativa ímpar que está dando muito certo e que trouxe para o HU muitas alegrias. Vocês são mágicas e estão de parabéns.” (G. L. R. – médico)

“É um projeto criativo, que faltava para complementar o tratamento clínico como um todo, pois a única distração dos menores era a TV. As crianças se distraem brincando e aprendendo, sentindo-se mais próximas do lar e assim aliviando a tensão e facilitando o nosso trabalho.” (M. G. – médica)

“Sentimos uma importante mudança no comportamento desses pacientes, após o início do trabalho de vocês aqui na Ala Pediátrica, as crianças hoje ficam menos ociosas, têm se mostrado menos estressadas, mais tranquilas, mais sociáveis e o tempo de internação em diversos casos acabou sendo reduzido.” (M. R. U. R – cirurgiã pediátrica)

Podemos perceber por meio desses depoimentos, que nosso trabalho passou a ser mais reconhecido e valorizado pela equipe médica, no sentido de humanização da Ala Pediátrica, de respeito aos direitos da criança e do adolescente ali internados, no estímulo ao desenvolvimento cognitivo e psico-social destes pacientes, enfim, na busca da melhoria da qualidade de vida.

O desenvolvimento das atividades da pesquisa como trabalhos pedagógicos era realizado com a seguinte diversidade de materiais: - para leitura: livros, jornais, revistas, ilustrações e o próprio ambiente hospitalar (através dos avisos nas paredes e da sinalização informativa);- para audição: TV, DVD, filmes, rádios; - para escrita e desenho: lápis coloridos, gizes de cera, papéis, blocos, canetas coloridas, lousa mágica, tintas e pincéis; para o lúdico: bonecos, jogos dos mais variados, fantoches, adereços, fantasias, cordas, bolas, sucatas hospitalares (tubos de soro, seringas, máscaras cirúrgicas, luvas).

Foi de fundamental relevância a participação das bolsistas do Programa de Iniciação Científica e Extensão (PIBIX/UFS), no desenvolvimento das atividades, além dos recursos financeiros disponíveis para a compra de materiais, recursos esses oriundos do Projeto PAIRD/UFS (Programa de Auxílio à Integração de Docentes e Técnicos Administrativos Recém-Doutores às Atividades de Pesquisa).

O critério de escolha das atividades levou em consideração os seguintes aspectos: adequação à faixa etária, ao nível de desenvolvimento cognitivo, à atenção, respeito às regras, convívio social, adequação à rotina hospitalar, conhecimento de sua doença e de seu corpo, expressão de seus pensamentos e sentimentos através da linguagem oral, corporal e gráfica.

Vale destacar o desenho, atividade favorita e que sem dúvida mostrou ser um canal privilegiado de expressão dos sentimentos e por vezes por meio dele conseguimos estabelecer nosso primeiro contato com as crianças.

O desenho, como forma de expressão preferida das crianças, conforme argumenta Wallon (1975), é revelador de pensamentos porque também é uma forma de linguagem. Pelo desenho a criança revela o conhecimento conceitual que tem da realidade e os aspectos mais significativos de sua experiência.

Outras atividades também muito solicitadas pelas crianças eram as pinturas com pincéis, atividades com cola, jogos de memória e de construção, quebra-cabeças, jogos de adivinhações, atividades de escola (como eles chamavam) tais como: leitura, interpretação de textos, caça-palavras, desafios matemáticos e datas comemorativas. Não gostavam de atividades como o recorte, pois como estavam com medicação venosa, atrapalhava a manipulação das tesouras.

Durante os jogos, Brougère (1995) afirma que as crianças experimentam o prazer, o domínio de si, a criatividade, a afirmação da personalidade e a valorização do eu. O jogo deve ser considerado como uma atividade cognitiva, pois cria um espaço para pensar, onde o indivíduo brincando enfrenta desafios, formula hipóteses e soluciona problemas além de ter que lidar com regras a que precisa obedecer e/ou até mesmo precisa estabelecer, o que acaba propiciando uma importante experiência moral, com uma característica importante que é a tomada de decisão, pois para haver o jogo é preciso decidir jogá-lo, brincar.

A preocupação com a integração esteve presente no planejamento de atividades recreativas e atividades pedagógicas com objetivos bem determinados, bem como a preocupação de estimular as inteligências múltiplas presentes nas crianças e que incluem as dimensões linguísticas, lógico-matemáticas, espacial, cinestésica-corporal e interpessoal.

Essas inteligências associam-se a determinadas competências, assim, a dimensão lingüística constrói imagens com palavras ou frases; a

lógico-matemática associa-se à competência em desenvolver raciocínios dedutivos e em construir cadeias casuais e lidar com números e outros símbolos matemáticos; a espacial percebe formas e conjuntos; a cinestésica-corporal se manifesta na linguagem gestual e mímica e a interpessoal se destaca por meio do bom relacionamento com os outros e na sensibilidade para entender o sentimento dos outros (ANTUNES, 1991, p.13).

Como o tempo de internação das crianças era variável, raros foram os casos de longas permanências, todas as atividades desenvolvidas tinham início, meio e fim dentro de um curto espaço de tempo, aproveitando todas as oportunidades para a produção e construção de novos conhecimentos, bem como para proporcionar a interação social das crianças inseridas nessa situação atípica de suas vidas: a hospitalização. Esta interação era feita em três níveis: da criança com a outra criança, da criança com o adulto (acompanhantes e equipe médica) e da criança com o meio (rotina hospitalar).

Dentro da metodologia de trabalho utilizada, a escuta pedagógica mostrou-se uma importante ferramenta, indo muito além dos choros e vozes. Com ela foi possível captar melhor a ansiedade, os desejos, a dor, as dúvidas e as esperanças das crianças e dos adolescentes hospitalizados e trabalhar com as mesmas. Para Ceccim:

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 gestos, as lacunas do que é dito e os silêncios, ouvindo expressões e gestos, consultas e postura (CECCIM, 1997, p. 31).

O silêncio é algo tão comum na Ala Pediátrica como o choro e o grito dos bebês, crianças e adolescentes ali internados. E como ouvinte o professor trabalha com a emoção e a linguagem, buscando resgatar através da escuta pedagógica e dialógica, a auto-estima do paciente. As crianças têm necessidade de falar sobre suas doenças e precisam de alguém que as escute, como veremos no caso de M (12 anos – osteomielite) paciente na ala pediátrica durante três meses e por algum tempo atendida no leito, pois teve de ser submetida a duas cirurgias na perna. Durante esse período, fizemos atividades escolares, confeccionamos bijuterias, lemos alguns livros e jogamos dominó, damas, memória ,dentre outros jogos. Certo dia, M me perguntou (para designar a professora/pesquisadora usaremos P):

(M) “Oh Carla, a senhora sabe por que eu tô aqui?”

(P) “Sei, porque você tem um problema na perna e teve que fazer uma cirurgia.”

(M) “Não, a senhora sabe por que eu fiz a cirurgia?”

(P) “Não sei direito não. Mas você sabe?”

(M) “Sei sim!”

(P) “Por quê?”

(M) “Porque tem uma inflamação no meu osso que não deixa a pele cicatrizar e aí o médico lá da minha cidade disse que eu tinha de vir para Aracaju, porque lá ele não podia me curar.”

(P) “É mesmo!”

(M) “É sim. Eu achei que ia ficar sem poder andar pra sempre, porque doía muito e se eu não viesse pra cá ia ter que ficar na cadeira de rodas.”

(P) “Quem falou isso para você?”

(M) “Meu pai e minha mãe. Eu sei de tudo. Quer ver a cirurgia?”

(P) “Não precisa. Eu sei que é verdade e você está sendo muito corajosa.”

(M) “Mas eu quero te mostrar...”

Foi quando M inesperadamente levantou o lençol e mostrou o curativo, ainda com dreno da cirurgia. Tentei parecer natural e disse:

(P) “É você é mesmo muito valente. E agora que você já fez a cirurgia, precisa perguntar para o médico quando vai começar a fazer os exercícios (fisioterapia) para andar de novo. Afinal já faz mais de dois meses que você não apoia esta perna no chão, não é mesmo? Ou você quer continuar nessa vida relaxada o dia todo?”

(M) “Agora que estou quase sem dor, tô aproveitando mais para fazer essas atividades, principalmente desenhar, eu adoro!”

(P) “Veja só, este seu lado preguiçoso eu não conhecia, vamos dar um jeito nisso, logo-logo.”

Percebemos que M dominava bem os conceitos de sua doença e explicava com facilidade os procedimentos médicos que lhe haviam sido aplicados durante o tratamento na sua cidade e durante a internação. Ela sempre estava de bom humor, apesar de sua locomoção ser difícil e com a ajuda da mãe e das enfermeiras.

E assim M teve oportunidade de falar sobre sua doença compartilhando com a professora/pesquisadora seus medos, suas angústias e sua dor. Por isso a ênfase dada à importância ao ato de escutar o outro, como nos mostra Freire:

Escutar é obviamente algo que vai além da possibilidade auditiva de cada um. Escutar no sentido aqui discutido, significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro. (FREIRE, 1998, p. 135)

Ao relatar fatos de sua doença e dos procedimentos cirúrgicos a que se submeteu, M não somente expressou seus pensamentos, como também os organizou para o outro. Através da fala, o sujeito tem a oportunidade de se comunicar, de interagir socialmente. O papel da linguagem é, assim, o de mediação entre duas mentes que se comunicam. O episódio narrado reafirma a ideia de Vygotsky (1994), segundo o qual a linguagem não somente organiza como também expressa e constitui o pensamento. “O novo e significativo uso da palavra, a sua utilização como um meio para a formação de conceitos, é a causa psicológica imediata da transformação radical por que passa o processo intelectual no limiar da adolescência” (VYGOTSKY, 1994, p. 73).

Portanto, a importância de uma escuta pedagógica atenciosa que transmita segurança e confiança torna-se a principal atitude do professor que atua em hospital. Essa postura tende a confortar a criança hospitalizada que espera do outro, ainda que não intencionalmente, uma resposta verdadeira que seja capaz de tranquilizar suas angústias. As crianças leem a fisionomia do outro e esperam dele uma atitude ou uma palavra em relação ao seu sofrimento.

Em parceria com a escuta pedagógica, desenvolvemos outras estratégias lúdicas, sendo a mais utilizada o jogo, segundo a orientação de Antunes (1991):

Jogos ou brinquedos pedagógicos são desenvolvidos com a intenção explícita de provocar uma aprendizagem significativa, estimular a construção de um novo conhecimento e, principalmente, despertar o desenvolvimento de uma habilidade operatória (ANTUNES, 1991, p. 38).

Certos meios de aquisição de conhecimento são facilitados quando tomam a forma aparente de atividade lúdica, assim, o jogo, como nos mostra Kishimoto (1994), não é o fim visado, mas o eixo que conduz a um conteúdo didático determinado. Ele resulta de um empréstimo da ação lúdica para servir à aquisição de informações, daí o nome “jogos educativos”.

O jogo é também a maneira natural das crianças interagirem entre si, vivenciando situações, manifestando indagações, formulando estratégias e verificando

seus acertos e erros, e poderem, através deles, reformularem, sem qualquer punição, seu planejamento e as novas ações. Esse pensamento é corroborado pela seguinte passagem de Kishimoto:

O jogo ao ocorrer em situações sem pressão, em atmosfera de familiaridade, segurança emocional e ausência de tensão ou perigo, proporciona condições para aprendizagem das normas sociais em situações de menor risco. A conduta lúdica oferece oportunidades para experimentar comportamentos que, em situações normais, jamais seriam tentados pelo medo do erro ou punição (KISHIMOTO, 1994, p. 140).

Para Brougère (1995) o jogo pode ser visto em três aspectos. No primeiro aspecto, como o resultado de um sistema linguístico que funciona dentro de um contexto social, assumindo assim a imagem, o sentido que cada sociedade lhe atribui. No segundo aspecto, o jogo é visto como um sistema de regras que permite identificar uma estrutura sequencial que especifica sua modalidade. Assim, o xadrez tem regras diferentes do dominó ou da amarelinha. A existência de regras em todos os jogos é uma característica marcante. Existem as regras explícitas, como nos jogos citados, e as regras implícitas, como na brincadeira de faz-de-conta, em que a menina se faz passar por médica que cuida do paciente, são regras internas ou ocultas, que ordenam e conduzem a brincadeira, envolvendo transações interpessoais, eventos e aventuras que englobam outras características, sendo que o jogo imaginativo acontece com pares ou grupos de crianças que introduzem objetos inanimados, pessoas e animais que não estão presentes no momento. No terceiro aspecto, o jogo é visto como um objeto, ou seja, o dominó, por exemplo, materializa-se nas peças, que podem ser fabricadas de papelão, madeira, plástico, pedra ou metais.

Seguindo esta orientação teórico-metodológica, trabalhamos com as crianças hospitalizadas atividades como:

- **Jogo Pequeno Construtor** (classificado como jogo de construção e educativo)

Objetivo: desenvolver as competências lógico-matemática, espacial e interpessoal.

Desenvolvimento: podia ser realizado individualmente ou em grupo. Neste jogo a criança vai encaixando as peças de várias maneiras para formar uma cidade.

Conceitos trabalhados: grande, pequeno, maior, menor, alto, baixo, direita, esquerda, em cima, em baixo; e as cores: amarelo, vermelho, azul.

Comentários: Quando realizado em grupo, proporcionava uma maior interação entre as crianças.

- **Jogo da Memória** (classificado como jogo de construção e educativo)

Objetivo: desenvolver as competências lógico-matemática e interpessoal.

Desenvolvimento: nesta atividade as crianças viram as cartas para baixo e devem achar os pares.

Conceitos trabalhados: animais, profissões, meios de transporte, meios de comunicação, cores (amarelo, azul, vermelho, verde, branco, preto), formas geométricas (triângulo, quadrado, círculo).

Comentários: Como esta atividade exigia um poder maior de concentração, no início o desenvolvimento era lento e constantemente pediam nossa ajuda, após a segunda partida já se sentiam mais a vontade e com certo domínio, o que tornava a atividade competitiva e estimulante.

- **Jogo de Saquinhos de Arroz** (classificado como jogo tradicional)

Objetivo: desenvolver as competências lógico-matemática, espacial, interpessoal, coordenação motora-fina e global.

Desenvolvimento: divide-se o chão com seis pontuações diferentes e cada aluno deve jogar um saquinho em uma dessas pontuações. O ganhador será aquele que conseguir alcançar o maior número de pontos.

Conceitos trabalhados : matemáticos de mais, menos, maior, menor, números de 1 a 10.

Comentários: Durante o desenvolvimento deste jogo as crianças ficavam extremamente excitadas e algumas vezes tivemos de parar a brincadeira, pois elas de tão envolvidas acabavam tirando o soro do lugar. “Perdi a veia!!!”

- **Jogo de Boliche** (classificado como jogo tradicional)

Objetivo: desenvolver a coordenação motora, o raciocínio lógico-matemático e a percepção visual.

Desenvolvimento: com uma bola feita de meias ou jornal, as crianças deveriam acertar os boliche (garrafas *pets* coloridas e numeradas), ganhando quem conseguisse somar uma quantidade maior de pontos com as garrafas derrubadas.

Conceitos trabalhados: Conhecimento de cores (roxo, *pink*, prata, bege e rosa), dos números de 1 a 6 e da operação de soma.

Comentário: Nesse jogo o mais difícil era fazer com que obedecessem à sequência dos jogadores, pois não tinham paciência de esperar sua vez, por isso, quem derrubava os boliches vinha logo pegar para contar quantos pontos tinha feito. Percebemos a importância dessa atividade para as crianças internadas, a partir do momento que elas corriam pelo corredor, o que tornava visível que a vitalidade era a mesma e que o processo de hospitalização era só um período para a recuperação da saúde em termos biológicos.

Em relação a este jogo, Kishimoto faz a seguinte observação:

Ao jogar boliche a criança pequena tem como analogia um padrão de medida representado pela garrafa que derruba. A correspondência biunívoca aparece de forma intuitiva na relação ainda confusa entre a queda dos alvos e sua quantidade, quando pode ocorrer uma primeira tentativa de construção do conhecimento (KISHIMOTO, 1994, p. 144).

Aqui damos destaque para F (5 anos), para o qual todas as cores eram parecidas. Ele não conseguia diferenciar os boliches pelos nomes das cores, somente pelos números. Comentamos isso com a mãe e depois com a enfermeira responsável, a qual nos disse que conversaria com o médico responsável para encaminhar F ao oftalmologista.

- **Massinhas de Modelar** (classificado como jogo de construção e faz-de-conta)

Objetivo: desenvolver a coordenação motora-fina, o raciocínio lógico-matemático, a linguagem e a criatividade.

Desenvolvimento: a criança vai manuseando a massa de modelar, criando objetos e conversando com eles ou contando histórias e assim expressar seus sentimentos.

Conceitos trabalhados: Conforme o tema escolhido, trabalhamos os conceitos de cores (amarelo, azul, preto, branco, laranja e vermelho), animais (cobra, minhoca, gato, cavalo e macaco), higiene (banho, escovar os dentes, pentear os cabelos e troca de curativos) e números (de 1 a 10).

Comentários: Essa é uma das atividades que mais atraiu as crianças, demonstrando que o efeito da modelagem atua tanto nas sensações físicas como no sentimento e na cognição porque a alegria de manipular uma matéria proporciona uma sensação de posse e de transformação. Ela propicia momentos de faz-de-conta, onde “a massinha se

transforma em cobra que morde e depois precisamos de uma seringa com remédio para curar a picada da cobra”(M - 5anos – anemia falciforme)

A grande procura pela massinha de modelar, de acordo com Kishimoto (1994), demonstra que o efeito da modelagem atua tanto nas sensações físicas e viscerais como no sentimento e na cognição porque a alegria de manipular uma matéria proporciona uma sensação de posse. Bem como dominar e transformar com as próprias mãos, dando vazão a um sentimento de liberação do seu interior, proporcionando um grande prazer.

- **Lego e Outros de Encaixar** (classificados como jogos de construção e educativos)

Objetivo: desenvolver a coordenação motora-fina, a percepção visual, o raciocínio lógico, a percepção espacial, a linguagem e a criatividade.

Desenvolvimento: normalmente realizada individualmente, permite à criança encaixar as peças para montar figuras variadas, diferenciar cores e criar histórias.

Conceitos trabalhados: conhecimento de cores (amarelo, azul, vermelho e verde), quantidades, tamanhos (maior, menor, curto, comprido, grande, pequeno), meios de transporte (carro, ônibus, bicicleta, barco e carroça).

Comentários: Quando a atividade foi desenvolvida em grupo, as peças tiveram de ser compartilhadas o que gerou o desenvolvimento das relações interpessoais, algumas vezes de forma agressiva.

- **Construção de Maquetes** (classificado como jogo de construção e educativo)

Objetivo: desenvolver as competências linguísticas, raciocínio lógico-matemático, espacial e interpessoal.

Desenvolvimento: utilizando folhas coloridas recortadas com modelos de figuras geométricas, as crianças fazem um tipo de planta baixa e ali colam essas formas chegando à idealização de um bairro ou de uma cidade.

Conceitos trabalhados: meios de transporte (para ir à escola, ir trabalhar), habitação (rural, urbano, casa, prédio), natureza (preservação, higiene, animais), escola (professor, colegas, brincadeiras, lições), hospital (exames, médicos, saúde, dor, remédios), supermercado (alimentação, limpeza, valor de produtos, compra, venda, troca) e rotinas de vida (escola, brinquedos, amigos, família e rotina).

Comentários: esta atividade despertou a participação das crianças que enquanto procuravam as figuras e colavam, contavam histórias relacionadas com suas rotinas,

amigos, brincadeiras, casa, escola e família. Proporcionando uma interação entre todos os participantes e uma fonte de revelações para nossa equipe referente à realidade destes pacientes.

Acreditamos que ao optar em utilizar o brinquedo ou jogo de construção e educativo significou transportar para o campo do ensino-aprendizagem condições para maximizar a construção de conhecimentos, introduzindo as propriedades do lúdico, do prazer, da capacidade de iniciação e ação ativa e motivadora. O uso do jogo educativo potencializa a exploração e a construção do conhecimento, por contar com a motivação interna típica do lúdico.

Como já destacamos anteriormente, utilizamos também o desenho e a pintura como atividades, pois várias vezes as crianças se expressam através deles, principalmente as recém-chegadas ao hospital que costumam ficar em silêncio como uma forma de protesto, de resistência ao outro, ao desconhecido, à dor. O silêncio pode ser tão ambíguo quanto as palavras, assim, é preciso que se compreendam as condições de sua produção.

Pelo desenho a criança diz do conhecimento conceitual que tem da realidade e quais os aspectos significativos da experiência acumulada foram retidos pela memória, por isso,

Junto com o brincar, o desenho é a forma de expressão privilegiada pela criança, especialmente entre três e cinco anos; nesse período, a insuficiência de recursos intelectuais, relativos à linguagem oral e escrita, representa um obstáculo para a comunicação infantil, através das palavras (TAAM, 2004, p. 131).

Como o caso de J (4 anos - problemas renais), abandonado pelo pai, órfão de mãe (falecida em acidente quando o menino tinha 2 anos) e criado pela avó, que foi quem o acompanhou durante a internação. Chegamos no dia seguinte à sua internação e como de costume, fomos às enfermarias cumprimentar a todos, nos apresentar aos novatos e convidá-los a se dirigirem à brinquedoteca.

J apenas nos olhou sem falar nada, ficou parado em pé com o soro preso ao corpo. Seu olhar transmitia medo e insegurança. Não queria falar e nem se mexer, só observava. Coloquei papel e lápis colorido em cima da mesa e o convidei a se sentar. Ele continuou imóvel por alguns segundos me olhando e olhando as outras crianças que haviam sentado e estavam desenhando e pintando. Insisti cautelosamente, até que ele

resolveu se sentar, pegou o lápis vermelho e começou a fazer rabiscos sem olhar para o papel e nem para seu próprio movimento, como se tivesse medo que fosse perder o controle da situação se olhasse para o papel. Mesmo em silêncio, J parecia querer estabelecer algum tipo de ligação conosco, com a atividade em desenvolvimento e com as outras crianças.

De acordo com os estudos de Wallon (1975), dos 3 aos 6 anos a criança tem absoluta necessidade de estabelecer vínculos com o meio social, em relação ao qual, a despeito do desejo de autonomia, mantém uma estreita dependência. O silêncio e a imobilidade de J eram apenas aparentes, como uma defesa, uma forma de manter o desconhecido afastado, pois era claro que ele captava as falas, os movimentos e os objetos de forma bastante ativa. Em nosso terceiro encontro ele já estava bem mais solto, falante e independente.

Um outro exemplo de como o silêncio pode ser um tipo de comunicação em que a livre escolha da criança nos deu informações úteis, foi o caso de E (6 anos - lúpus) que não falava. Em nosso terceiro encontro, ela não quis ficar na brinquedoteca com as outras crianças, necessitando do atendimento individualizado em sua enfermaria, levei uma caixa com uma série de brinquedos de plástico e alguns jogos. Comecei a tirar da caixa alguns aviões e colocá-los em fila, e perguntei a ela:

(P) “São lindos, você não acha?”

E aproximou-se, pois até então estava no canto do quarto olhando para o chão, e ficou me observando com atenção. Tirei outro avião e coloquei atrás dos dois primeiros, quando ela falou:

(E) “Não.”

E guardou os aviões na caixa.

(P) “Opa! Acho que você não gostou dos aviões! Tem alguma coisa aí dentro que você gosta?”

Ela começou a tirar umas bonequinhas de dentro da caixa e enfileirá-las sobre a mesa.

(P) “Você acha que consigo contar todas essas bonecas?”

Ela balançou a cabeça. Comecei a contar e contei errado. E começou a rir e sacudiu a cabeça. Recontei as bonecas e dessa vez corretamente. Ela aprovou com um sinal de cabeça. Então tirou da caixa uma boneca maior, vestida de bailarina e começou a imitar uma bailarina. Na seqüência tirou um cachorro e começou a atacar a bailarina dando latidos. Perguntei se tinham mais bichos na caixa.

(P) “Tem leão aí dentro?”

Ela pegou o leão.

(P) “Tem macaco?”

Ela pegou o macaco e assim seguimos pelo elefante, a zebra, a girafa e ela tirava um animal após o outro. Perguntei então se haviam objetos na caixa vermelhos, verdes, azuis e amarelos. E cumpriu corretamente a tarefa sem errar nenhuma cor. Provando, assim, que não tinha problema auditivo, nem retardo mental, que conhecia bem números, cores, animais e outros conceitos normais para sua idade. Mas recusava-se a falar. Como seu internamento durou aproximadamente trinta dias, tivemos vários encontros e no final ela estava mais falante, vinha na brinquedoteca quando chegávamos e se relacionava melhor com as outras crianças e enfermeiras.

Voltando ao desenho e à pintura, constatamos que durante essas atividades as crianças acabavam fazendo associações de suas vontades, demonstrando um pouco de suas emoções, desenvolvendo a percepção tátil, a motricidade e a coordenação motora. E ao final sempre queriam que seus trabalhos fossem afixados no mural para que todos vissem.

O quebra-cabeça foi uma atividade que também se mostrou de grande relevância. Começávamos sempre com os de poucas peças e com nosso auxílio para depois gradativamente irmos aumentando a quantidade e, conseqüentemente, a dificuldade, o que fazia com que as crianças fossem adquirindo uma maior autoconfiança, à medida que percebiam a criação e a concretização de algo realizado por elas.

Acreditamos que no tempo trabalhado na Ala Pediátrica do HU/UFS, vivenciamos momentos onde pudemos compartilhar com os pacientes e seus acompanhantes situações de dor, alegria, esperança, sofrimentos e angústias. Aprendemos muito sobre doenças, vivências e rotinas hospitalares. Tivemos de ser fortes e de dar apoio em momentos de aflição e desespero, como também vibramos em momentos de alegria e de vitórias contra as patologias. Cada paciente era uma história, uma doença e foi impossível não nos envolvermos, não criarmos laços. Houve um caso em especial da menina C (9 anos - portadora de HIV) que ficou internada durante dois meses e acabou falecendo, com a qual criei um laço especial, pois trabalhei individualmente com ela nesse período e pude presenciar todo o sofrimento pelo qual ela passou e a vontade que tinha de viver e aprender. Foi triste e difícil a experiência da perda...

Além de C, outros casos nos mostraram que por depender emocionalmente do adulto, a criança necessita do apoio de pessoas em quem confie, de explicações simples e concretas sobre o que está acontecendo, de oportunidades para desenvolver atividades exploradoras e expressar suas dúvidas e sentimentos. E ao proporcionarmos esse ambiente para elas, pudemos constatar o nível de compreensão de cada um sobre a própria doença, como veremos nos exemplos a seguir:

“Eu quero ir para casa, ver meu novo irmão e minha mãe. Já fiquei de jejum pra fazer o exame, eu fiz a *tomo*. Eu queria ir pra casa ver meu pai, o João, a Marcia, ...” (A 5anos – problema digestivo)

Essa criança já estava internada há 50 dias e não pôde acompanhar o nascimento do irmão.

“Professora, minha mãe tá cansada de ficar aqui, meu pai precisa trabalhar e ela quer ir pra casa. Faz um monte de dias que ela não vê meu irmão. E essa ferida que não sara! Já sei que é que a bactéria morreu e que depois da cirurgia vou para casa. Já fiz os exames pra operar, mas alguma coisa deu errado. Eu fiquei resfriada. Não aguento mais o hospital.” (M 10 anos – cirurgia)

A criança M já estava internada há 15 dias e na véspera de ser submetida à cirurgia contraiu uma gripe, o que prorrogou a cirurgia e conseqüentemente sua permanência no hospital.

“O hospital é importante porque ajuda as crianças. Vocês me ajudaram muito falando coisas bonitas, para que eu não ficasse triste e nem com medo porque tudo ia dar certo. Quando fui para UTI achei que ia morrer, meu rim parou. Pedi pra Deus me ajudar e acho que Ele me ouviu.” (E 6 anos – problema renal)

Em relação às crianças e aos adolescentes, quando estavam na brinquedoteca, era nítida a alegria durante o brincar e o desenrolar das atividades, esqueciam da dor, conseguíamos criar um ambiente mais agradável. Na véspera do dia das crianças (12 de outubro de 2008) algumas crianças receberam alta e para surpresa dos enfermeiros e médicos, elas choraram dizendo que não queriam ir embora, pois queriam acabar as atividades que tinham começado para comemoração do dia seguinte.

Serão apresentados a seguir outros casos ocorridos relacionados com nossa presença:

“Eu fico em hospital o tempo todo, saio de um e entro em outro, depois volto para aquele. Minhas internações são sempre a mesma coisa, a mesma roupa, só muda a cor, a mesma cama, a mesma comida, já comi macarrão mais de dez vezes aqui. Quando venho pra cá sinto falta de tudo, minha irmã, minha mãe, meus amigos. Às vezes não tem nada pra fazer aqui, a única coisa legal é quando vocês vêm aqui fazer atividades, pena que passa tão depressa.” (L 8 anos – anemia falciforme)

A enfermeira entra na brinquedoteca e pergunta quem é M. M que estava pintando, sem levantar a cabeça, respondeu:

(M) “Depende, se tiver que sair daqui não sou eu não!” (M 7 anos – nefrite)

A enfermeira entra e pergunta:

(E) “M, vamos trocar seu curativo agora?”

M olhou para a professora e perguntou:

(M) “Você vem amanhã de novo?”

(P) “Não M, só venho depois de amanhã, quarta-feira.”

M então respondeu para a enfermeira:

(M) “Amanhã agente troca! Amanhã pode?” (M 6 anos – cirurgia para retirada de hérnia)

Durante uma atividade no computador, M (10 anos – calazar) perguntou para V (9 anos – nefrite):

(M) “V, você tem *e-mail*?”

V parou, pensou, olhou para a professora e respondeu:

(V) “Tenho sim... é virgílio arromba terra.com.br”

Nesse momento, J (11 anos – diagnóstico indefinido) pergunta para A (8 anos – pressão alta e nefrite):

(J) “A, você tem *orkut*?”

(A) “Tenho, só que esqueci ele em casa.”

Duas adolescentes que estavam sendo atendidas na enfermaria, pois a brinquedoteca estava com muitas crianças pequenas, mostram a descontração, conversando a respeito de maquiagem:

(J) “Tem duas coisas que eu preciso pra viver: o meu “gloss” (brilho labial) e a insulina, primeiro o gloss ... depois a insulina.” (J 10 anos – diabetes).

(B) “Eu só saio de casa se minha mãe deixar eu trazer a “chapinha” junto nas coisas do hospital. Pelo menos pra fazer “chapinha” não preciso de ninguém.” (B 11 anos – paralisia infantil, usa cadeira de rodas e estava fazendo exames)

Quanto aos pais, percebemos que ficavam mais tranquilos quando estávamos no hospital e várias vezes participavam das atividades. Convivemos com pais superprotetores, otimistas, calados, desesperançosos, aflitos, preocupados e ausentes. Não raras foram as vezes que vieram conversar conosco para solucionar dúvidas quanto às doenças dos filhos e aos tratamentos, pois diziam não entender o que os médicos falavam e tinham vergonha de perguntar.

A seguir colocamos alguns, dos 183, depoimentos de pais/acompanhantes das crianças e dos adolescentes internados que revelam a importância do trabalho pedagógico na Ala Pediátrica do HU/UFS:

“Sou A e estou aqui por causa da minha filha J de 10 anos que tem anemia falciforme e está em crise com muitas dores no corpo. Ela é uma menina muito quieta, quase não fala, nem em casa, nem na escola e nem no hospital, mas eu tô percebendo que aqui ela está mais solta, no outro hospital que agente ia antes (Hospital João Alves) ela não falava com ninguém, não queria nem sair da cama, mas aqui ela sai da cama, conversa com os amigos, quer vir para a salinha o tempo todo, joga dominó, faz quebra-cabeça, pinta os desenhos e até gosta de fazer os exercícios da escola quando você ensina pra ela”. (A. M. da S.)

“Eu tenho 24 anos e estou aqui no hospital acompanhando meu filho de 2 anos e 6 meses que tá com pneumonia e anemia aguda. Já estou aqui há 21 dias, aqui é muito bom. As enfermeiras têm muita paciência e vocês então nem se fala, além de paciência têm as chaves da alegria (ela se referia às chaves dos armários dos brinquedos). Quando vocês estão aqui, o J. V. fica muito contente, às vezes até abusa porque quer brincar com todos os brinquedos de uma só vez. No começo, ele tava muito fraquinho e queria que eu segurasse tudo, mas agora que ele já está mais fortinho quer fazer tudo sozinho. Só posso agradecer muito a Deus e a vocês todas”. (M. S. C.)

“Meu nome é L, tenho 19 anos e uma filha de 5 anos que veio pra aqui com dor de barriga e vomitando, já faz 5 dias que está aqui fazendo uns exames, mas ainda não sei o que ela tem. Ela gosta muito de ir pra escola e fica triste quando não pode ir. Ela gosta

de escrever e desenhar, e quando ela viu que tinha uns desenhos das crianças na parede, o papel, o lápis e a tinta começou a fazer como a tia dela ensina na escola, desenhou, pintou, colocou o nome em baixo e ainda pediu para que colocasse no varal como a tia faz. Nesse momento eu me senti muito alegre por saber que mesmo sem estar na escola, ela continua se alegrando, e mesmo brincando ela está estudando. Essa sala é um presente para as crianças”. (L. C. dos S.)

“Sou J, pai de A, de 3 anos, que está com calazar. Hospital é um lugar que dá medo na gente, porque minha filha tá doente e eu tenho de ficar aqui com ela e não posso trabalhar, como é que vou comprar comida? Quando ela tinha 1 ano e meio ficou internada com pneumonia, mas agora é diferente, porque eu estou vendo ela brincar com um monte de brinquedos que ela não tem em casa, faz pinturas, dança, dá risada. Esse lugar é um presente de Deus.” (J. C. C.)

“Sou A, tenho 21 anos e estou acompanhando minha filha que veio fazer uma cirurgia de hérnia. Quando cheguei aqui, ontem, com minha filha já operada, ouvi algumas mães comentando sobre este espaço chamado de brinquedoteca e pra dizer a verdade fiquei encantada com essa pintura na parede, com os desenhos das crianças pendurados, com os bichinhos e com aquele montão de brinquedos para as crianças e tudo tão organizado e limpinho! Agradeço a Deus pelo espaço, pois mesmo sem S poder se movimentar por causa da operação que fez, eu vejo o brilho nos olhos dela só por ver os amiguinhos brincando.” (A. dos S.)

“Sou J, avó de F, ela tem 9 anos e tá aqui porque tem uma doença que causa outras doenças e um caroço no pescoço. Ela tá lá no isolamento e eu não entendo direito porque, não sei direito o que ela tem. Será que você pode perguntar para o médico e me explicar, porque eu não entendo nada do que eles falam?” (J. H. G.)

Dona J, uma senhora de 76 anos, estava acompanhando a neta F, aidética, e que estava com a imunidade muito baixa, por isso necessitava ficar no isolamento, para que não contraísse nenhuma outra doença e estava com um nódulo no pescoço que iria ser biopsiado.

“Meu nome é L, sou mãe de A, ele tem 10 anos e está assim desde os dois anos quando levou uma queda e bateu a cabeça. (A apresentava um retardo mental muito grave e conseqüentemente tinha todo seu desenvolvimento motor afetado, precisava ficar na

cadeira de rodas amarrado para não cair). Ele tem diabetes muito alta e descontrolada, não consigo controlar de jeito nenhum em casa e não aguento mais ficar aqui. Já tem um mês que chegamos. Fala lá com a enfermeira pra deixar a gente ir embora. Me ajuda, por favor, vai!”. (L. M. de J.)

Soubemos depois que A não recebia alta, pois o problema maior era a mãe que estava com depressão e quando estava em casa só queria dormir e não cuidava de A, não controlava a alimentação dele, deixando que ficasse muito tempo sem comer e quando se alimentava comia demais e errado. O caso estava sendo acompanhado pelo Serviço Social e pelo setor de psicologia do hospital.

Baseados nesses depoimentos que representaram parte de nossa experiência, adquirimos a consciência de que é necessária a presença do pedagogo junto à criança e ao adolescente internados, bem como, junto de seus acompanhantes e equipe de saúde, que receberam nossa aproximação e nosso trabalho como uma interação que mobilizou a sensibilidade de todos os agentes envolvidos nesse processo cujo objetivo maior foi e é a recuperação da saúde.

2.3 Aprendizagem e Desenvolvimento Infantil

Para que pudéssemos entender melhor o adoecer humano, principalmente o infantil, quais as suas implicações no desenvolvimento da aprendizagem e qual a contribuição da educação para o resgate da saúde da criança hospitalizada, usamos como referencial a teoria de Vygotsky (1994), que defende serem as condições de vida que determinam diretamente o desenvolvimento da criança, atribuindo uma grande importância aos processos sociais na formação dos processos cognitivos, afetivos e psicológicos do ser humano. E, nesse sentido, observamos os estudos de Wallon (1975), o qual defende que a vocação social da criança implica na troca incessante com o meio em que vive. O indivíduo deve ser entendido na sua totalidade corpo e mente, ou na perspectiva da integração inteligência, emoção e movimento.

Portanto, acreditamos que essas teorias nos ajudariam a compreender a relevância das interações sociais quando a criança se encontra em estado de adoecimento e principalmente hospitalizada, pois nesse novo contexto ela irá desenvolver uma convivência social diferenciada do seu cotidiano e que com certeza terá influência em seu processo de desenvolvimento.

Para compreender o pensamento humano, Vygotsky aplicou métodos e princípios do materialismo dialético, pois acreditava poder descrever e explicar o comportamento humano. Dedicou-se, então, a analisar as funções psicológicas superiores, que se referem aos mecanismos intencionais, ações conscientes e controladas, que diferenciam o indivíduo do animal, como a memória voluntária, a imaginação, o planejamento, dentre outras capacidades exclusivamente humanas. Mecanismos estes que são desenvolvidos por meio das relações que se estabelecem socialmente diferentes dos processos psicológicos elementares, que são presentes nas crianças pequenas e nos animais, uma vez que são reações automáticas, ações reflexas de origem biológica.

Nesse contexto, Vygotsky construiu uma teoria do desenvolvimento, integrando o homem enquanto corpo e mente, como ser biológico e social. E é nesse embasamento teórico que buscamos a sustentação necessária para compreender a criança na sua totalidade, não desvinculando-a de seu direito à educação e à saúde e reafirmando a importância da intervenção pedagógica junto à criança hospitalizada, entendendo que seja essencial que a mesma continue tendo acesso às diversas formas de interação social, fundamentais ao desenvolvimento infantil, mesmo estando ela em um ambiente destituído *a princípio* de condições específicas para uma intervenção educativa, como é o caso do hospital.

Analisando Wallon e Vygotsky, segundo Fontes e Vasconcellos (2007), compreendemos que o indivíduo, utilizando sua inteligência, age sobre o meio, transformando-o e sendo transformado. Wallon (1975) considera que não há limites para aquisição de conhecimentos pelo homem. É a cultura juntamente com a linguagem que fornecem ao pensamento os instrumentos para sua evolução. E que o simples amadurecimento do sistema nervoso não garante o desenvolvimento de habilidades intelectuais mais complexas.

Wallon entende que a criança é um ser geneticamente social, ou seja, nasce num meio envolvente do qual depende inteiramente para a

satisfação de seus desconfortos e necessidades, sendo um ser biológico que nasce já social e membro de um grupo com cultura e linguagem próprias (VASCONCELLOS, 2002, p. 46).

Ainda para Wallon (1975), o organismo é a primeira condição do pensamento, afinal, toda função psíquica supõe um equipamento orgânico. Todavia, o próprio autor nos adverte que isso não é suficiente, uma vez que o objeto do pensamento vem do meio no qual o indivíduo está inserido.

Confirmando isso, Vygotsky (1994) defende que o indivíduo não existe isolado, ele se constrói e constrói o outro na interação. Por isso, o desenvolvimento humano é visto como um empreendimento conjunto e não individual. A aquisição de conhecimento é um processo construído pelo indivíduo durante toda sua vida, não estando pronto ao nascer, nem sendo adquirido passivamente graças às ações do meio.

Acreditamos que a preocupação principal de Vygotsky não era a de elaborar uma teoria do desenvolvimento infantil, no entanto, recorreu à infância como forma de entender o comportamento humano de modo geral (REGO, 1998). E que a complexidade da estrutura da pessoa deriva do processo entre a história individual, que se inicia na infância, e a história social. Bem como o desenvolvimento da aprendizagem acontecerá na relação histórico-social, ou seja, a criança aprende com todos os acontecimentos a sua volta, tomando para si aquilo que poderá fazer sozinha. Sendo assim, o que for apresentado à criança para o seu desenvolvimento cognitivo, enquanto estiver hospitalizada, deverá ser diferenciado, considerando que a criança terá um limite que o diagnóstico clínico e o tratamento evidenciarão. Mas a hospitalização não pode ser vista como um problema que impeça o avanço da criança. E sim como um obstáculo que deve ser vencido de maneira diferenciada.

Numa enfermaria pediátrica, o desenvolvimento das crianças não é diferente. Mesmo doente, elas continuam interagindo, apropriando-se das informações disponíveis no meio e transformando-as em conhecimento. O papel da educação é, então, estimular esta construção possibilitando a cada criança uma reflexão sobre o meio, sua doença, seus sentimentos e ajudando-as a entender o que acontece com elas e ao seu redor. Dessa forma, a educação no hospital pode fortalecer a auto-estima das crianças para o enfrentamento da situação de hospitalização.

Nesse momento, exploraremos uma das atividades realizada na brinquedoteca, onde foi possível observar o compartilhamento de conhecimentos. Para

facilitar a visualização, usaremos a seguinte legenda durante as falas: (P) professora-pesquisadora; (A) A – 8 anos – calazar e pneumonia; (J) J – 7 anos-diabetes; (K) K – 10 anos - anemia falciforme; (E) enfermeira e (B) B – 5 anos - lupus e pneumonia.

(P) “Bom dia, pessoal! Que bom ver vocês aqui logo cedo! Todo mundo já se conhece? Eu ainda não conheço todos. Vamos, então, nos conhecer melhor?!”

(K) “Esta aqui é a J, chegou ontem, aquela é a avó dela. E eu sou o K, você já me conhece, né! E você é nossa professora de hospital.”

(P) “Claro K, já somos conhecidos mesmo e obrigada por me apresentar a J.”

(P) “E você quem é?”

(A) “Sou A, cheguei agora pouco, tava lá embaixo com o médico e ele falou que era pra eu vir aqui e ficar internado porque tô com febre e com dor na barriga. Olha só como tá grande e dura (A levanta a camiseta para mostrar. Depois soubemos que o diagnóstico foi “calazar” e “pneumonia”).”

(A) “J, por que você tá aqui?”

(J) “Porque estou com “diabetes”.”

(A) “Que é isso? Dói? Precisa tomar injeção?”

(J) “Não dói não, mas precisa de injeção (insulina) sim, tomo picada o dia inteiro.”

(A) “Se não dói, então, por que você tá aqui?”

(J) “Porque tem alguma coisa na minha barriga que não tá funcionando direito, então, não consegue segurar o açúcar, aí tenho de tomar injeção pra ele segurar.”

(E) “É, A e J têm um problema que esse remédio, Insulina, vai ajudar a cuidar, mas ela precisa controlar todos os dias fazendo este teste (ela realiza o teste no dedo de J) para saber quanto do remédio ela precisa tomar.” (J se sentiu uma heroína, pois não demonstrou medo nem dor ao ser picada)

(A) “Ah!, e o remédio não tem em gotas ou comprimidos?”

(E) “Não, A, esse remédio só tem na injeção.”

(B) “Nossa! ainda bem que não sou eu. Só tô com tosse.”

(P) “É verdade, vocês viram como J é corajosa. Mas e você B, está melhor, hoje?”

(B) “Tô sim, eu queria ir na praia.”

(P) “É verdade! Hoje está um dia tão lindo que seria bom ir à praia. Vocês todos conhecem a praia?”

(A) “Já vi na televisão, mas nunca fui, sei que tem areia, mar, onda e baleia.”

(J) “Baleia! Nunca vi baleia na praia!”

(A) “Tem sim! Eu vi na televisão, ela veio parar na areia e morreu. Você já foi na praia?”

(J) “Também não, eu moro longe, mas minha mãe disse que quando eu sair do hospital ela vai me levar para conhecer a praia.”

(P) “Então, vamos aproveitar e ver este livro aqui que tem fotos lindas de praias e eu vou explicar porque aquela baleia que o A viu, morreu na praia...”

O fato de A ter me apresentado como professora do hospital mostrou um resgate do conceito de escola, uma vez que estávamos na brinquedoteca. Percebemos também que existia uma curiosidade entre as crianças no que dizia respeito às patologias e aos tratamentos, fazendo com que interagissem de forma espontânea, sem constrangimentos. O que de acordo com Taam (2004) é extremamente positivo pois, conhecer o significado de suas doenças e também das doenças das outras crianças pode ajudar não somente a esclarecer sobre as formas de tratamento e profilaxia (se houver), como também contribuir para desenvolver uma estabilidade emocional, a partir do momento em que a criança ou o adolescente vai tomando consciência do que está ocorrendo, entendendo seus limites e possibilidades.

Obter informações sobre uma realidade imediata que os atinge concretamente amplia seu conhecimento sobre o mundo. É nesse sentido que o desenvolvimento de atividades educativas em hospitais contribui para a saúde das crianças que ali se encontram

Wallon (1975) defende que se a atividade for do interesse da criança, ou seja, aquela voltada para sua realidade próxima e diretamente relacionada à constituição de sua subjetividade, as chances de motivar a participação das crianças são maiores. Portanto, a Pedagogia Hospitalar parece ser o princípio fundamental de todo o trabalho educativo desenvolvido junto às crianças internadas na Ala Pediátrica do HU/UFS. A aprendizagem defendida como elemento propulsor do desenvolvimento ganha novos contornos numa atividade de pedagogia em hospital.

Quando J diz que “diabetes é quando alguma coisa na barriga não consegue segurar o açúcar [...] e aí tenho de tomar injeção”, ela está tentando articular seus conceitos espontâneos aos conceitos científicos ligados à diabetes. Para Vygotsky (1994), os conceitos espontâneos são construídos a partir da experiência cotidiana, enquanto que os científicos são sistematizados pela educação escolar. E no caso de J e

das outras crianças que ali se encontravam interagindo, a aquisição do conceito científico se deu no hospital.

O aprendizado está associado ao desenvolvimento infantil, de acordo com Vygotsky (1994), desde o primeiro dia de vida, portanto, muito antes da criança ir para a escola. Nesse sentido, o autor introduziu o conceito de *zona de desenvolvimento proximal* (ZDP).

Ela é a distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas, e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com companheiros mais capazes (VYGOTSKY, 1994, p. 112).

A seguir apresentaremos um caso da pesquisa que comprova esse conceito no espaço hospitalar. Durante uma atividade com desenho, pintura e colagem.

(P) “V, quantos anos você tem?”

(V) “Sete”

(P) “E você está na escola?”

V (7 anos – anemia falciforme) demora a responder e depois faz um movimento negativo com a cabeça.

(P) “Não? E por quê? Não tem escola perto da sua casa?”

(V) “Não sei, não.”

(P) “E você, F, tem quantos anos?”

(F) “Nove.”

(V) “Nove! Eta!”

(F é bem menor que V, apesar de ser 2 anos mais velha).

(V) “Tá estudando?”

(F) “Claro! Sempre que não estou doente.”

(F, como vimos anteriormente, é aidética e passa longos períodos afastada da escola)

(V) “Me dá a tinta.”

(P) “V, você está colando as figuras, então, primeiro acabe isso e depois você pinta.”

(V havia pedido a tinta porque tinha visto F pintando)

(V) “Ela pegou qual tinta?”

(P) “A tinta que estava aqui. E agora ela vai usar a cola que está do seu lado esquerdo.”

(V) “Ela pegou a tinta primeiro, foi?”

(P) “Foi.”

(V) “Eu vou continuar colando e depois você me dá a tinta?”

(J 8 anos – calazar, que também estava na brinquedoteca, desenhando, veio mostrar o desenho)

(P) “Que lindo, J!”

(J) “É o barco do meu pai e do tio Bel indo pescar. Eles vão todo dia muito cedo.”

(P) “E quantos barcos são?”

(J) “É dois barco.”

(P) “Dois barco? Não são dois barcos, não?”

(J ficou pensando alto, olhando o desenho e não entendendo o que estava errado)

(F) “Dois Barcos.”

(P) “Isso mesmo, F, são dois barcos. Certo J?”

Nesta situação a temática escola foi colocada e enquanto parecia ser uma referência natural para alguns, conforme a resposta de F, para V causou um certo embaraço. Acreditamos que pelo fato de V nunca ter frequentado escola, não conseguisse compreender certos códigos desse universo social. Percebemos também que V não possuía algumas habilidades já presentes em crianças de sua idade que frequentam a escola. Bem como a vontade de querer trabalhar com todos os materiais ao mesmo tempo, enquanto que as demais crianças já conseguiram estabelecer uma ordem para o uso do material.

A interação com F e J acabou provocando mudanças no comportamento de V, que aprendeu novas experiências relacionadas à cultura escolar. Confirmando a teoria de Vygotsky (1994), na qual o convívio com sujeitos mais experientes da cultura tende a favorecer novas aprendizagens que estimulam o desenvolvimento cognitivo da criança. Bem como é na *zona de desenvolvimento proximal* que o aprendizado desempenha papel fundamental no desenvolvimento psicológico da criança. Ele acredita que os processos de desenvolvimento são mais lentos e progridem impulsionados pela aprendizagem direcionada. Portanto, a partir do momento em que o professor percebe e atua na *zona de desenvolvimento proximal*, ele propicia a ampliação do nível de desenvolvimento real e contribui para movimentar os processos de desenvolvimento que ainda estão latentes nos membros mais imaturos da cultura. Ao interagir com novos conhecimentos o ser humano se transforma.

Outro ponto de destaque é o que Vygotsky classifica de “saber procedimental” e que pudemos presenciar em algumas situações:

(P) “Pessoal, depois que acabarmos esta atividade, vocês querem fazer o quê?”

(G) “Pintar com pincel!” (G 4 anos – cirurgia)

(H) “Isso com tinta.” (H 5 anos – pneumonia)

(P) “Mas G, como você vai pintar se a sua mão esperta esta presa?”

(G estava na cadeira de rodas e com medicação intravenosa presa no tripé. A medicação estava na sua mão direita, porque no dia anterior estava na esquerda, portanto, sem condições de ser trocada. E G é destra)

(G) “Professora eu tô aprendendo a fazer um monte de coisas com a outra mão também e aí você me dá um papel grande e eu fico naquela mesa mais alta (bancada).”

Em outra situação...

(P) “Está bem, primeiro jogamos boliche no corredor e depois fazemos uma atividade que o L possa participar também.”

(O boliche, conforme fotografia em apêndice, consistia em garrafas pets coloridas e numeradas colocadas no chão no corredor das enfermarias da Ala Pediátrica e era jogado com bolas feitas de jornal e meias)

(L) “Mas professora, eu também quero jogar boliche.” (L – 7 anos- pneumonia e fratura de braço, estava com um braço engessado e no outro a medicação intravenosa)

(P) “L, como você vai conseguir?”

(L) “Com os pés... dou chutes... deixa vai... prometo não chutar com muita força pra não quebrar nada... deixa... deixa!”

(P) “Certo, então vamos começar...”

Pudemos observar nestas duas situações como as crianças criam estratégias para se adaptar às situações e não terem suas atividades interrompidas. G propôs uma solução alternativa sugerindo a utilização da mão que estava livre para realizar a atividade e L propôs a utilização do membro inferior que estava em ótimas condições. Essas crianças sem saber utilizaram-se de um saber procedimental (saber-fazer) que nem a professora-pesquisadora havia pensado. Essas passagens mostram a importância da linguagem como canal de mediação.

A fala aparece como mais um instrumento por meio do qual a cultura é transmitida. E segundo Vasconcellos (2002), durante seu processo de desenvolvimento,

o indivíduo interage com outros e com o mundo que o cerca. A partir do momento em que o indivíduo internaliza a linguagem, ou seja, quando ele domina os códigos culturais e as teias de relações presentes em seu grupo social, passa a utilizar a fala como instrumento de pensamento.

Em relação ao brincar, Vygotsky (1994) acredita que ele estimula a imaginação, modo de funcionamento psicológico especificamente humano. Através do brincar a criança aprende a atuar em uma esfera cognitiva que depende de motivações internas. A criança brinca pela necessidade de agir em relação ao mundo, e o faz de maneira superior ao nível em que se encontra. “No brincar a criança sempre se comporta além do comportamento habitual de sua idade, além de seu comportamento diário: no brincar é como se ele fosse maior do que é na realidade” (VYGOTSKY, 1994, p. 117).

É no brincar e no faz-de-conta que a criança pode realizar uma variedade de ações que estão muito além de seus limites de compreensão e de suas próprias capacidades. O brincar surge juntamente com a capacidade da criança de imaginar, de transcender o real e construir um mundo simbolicamente possível. O brincar, na realidade, surge da necessidade e do desejo frustrado da criança em realizar algo que concretamente ela não pode naquele momento. Esse mundo de desejos realizáveis, que desencadeia um novo comportamento na criança, é o que também podemos chamar de *brincar*.

Porém, embora pareça uma atividade puramente prazerosa, várias vezes o brincar age como uma re-elaboração das frustrações de tendências não satisfeitas e está cercado por regras que a criança constrói a partir de seu meio social. “O que na vida real passa despercebido pela criança torna-se uma regra de comportamento no brincar” (VYGOTSKY, 1994, p.125).

Sem dúvida, Vygotsky ressaltou a influência que o brincar exerce no desenvolvimento da criança. É através do brincar que a criança aprende a agir numa esfera cognitiva descolada da realidade imediata e passa a dominar os objetos independentemente daquilo que vê, contextualizando-os e ressignificando-os. Para ele, o brincar não é o aspecto predominante da infância, mas, um dos fatores mais importantes do seu desenvolvimento, pois é através do brincar que a criança aprende a respeitar regras e a controlar seu próprio comportamento que, fora desta situação imaginária, seria impossível dela compreender.

Vygotsky também desenvolveu uma teoria da linguagem na qual a defendia como suporte e expressão do pensamento humano, conforme pudemos constatar quando abordamos a escuta pedagógica. Segundo ele, o material básico do pensamento é a linguagem. Enquanto o instrumento é visto como um meio externo, o signo é concebido como um meio interno do desenvolvimento humano, cujo conhecimento que ajuda a construir pode influenciar no desenvolvimento emocional e, conseqüentemente, no quadro clínico da criança enferma.

E assim tomando como base a teoria de Vygotsky apresentaremos o seguinte dado da pesquisa. Quando chegamos a brinquedoteca, as crianças já estavam a nossa espera, eram três com seus respectivos acompanhantes: I (8 anos – anemia falciforme); J (5 anos – calazar) e R (6 anos – problema renal e pressão alta). Fizemos a primeira atividade, um desenho sobre o índio, pois estávamos comemorando o seu dia, mostramos fotos de índios, aldeias, utensílios e falamos um pouco da história do índio. Durante essa atividade, R mostrou-se desanimado e triste, ficando o tempo todo com a cabeça baixa. Então perguntei:

(P) “Aconteceu alguma coisa com você, está sentindo alguma dor?”

(R) “Não.”

(P) “Então, porque você está assim tão quietinho, está triste?”

(R) “Não tenho nada, não.”

I que estava sentado ao lado de R fazendo seu desenho disse:

(I) “Ele tá assim porque o pai brigou com ele ontem, a pressão subiu então ele não vai mais embora.”

(P) “Mas o que aconteceu para seu pai brigar com você?”

(R) “Ele disse que essa minha pressão tinha que ficar boa logo, porque ele precisava voltar pra casa pra trabalhar e não podia porque tinha que ficar aqui no hospital comigo.”

(A pressão de R já estava controlada há dois dias e se continuasse naquele dia ele receberia a alta)

(I) “Aí ele ficou nervoso e a enfermeira foi tirar a pressão e deu alta.”

(P) “R, não fique assim chateado, você não tem culpa por isso, tenho certeza que se pudesse controlar sua pressão, você não estaria aqui.”

(R) “Mas meu pai fala como se a culpa fosse minha, e eu fico querendo que ela desça de qualquer jeito.”

(Nesse momento entra na sala M 12 anos – osteomielite, apoiada em muletas)

(P) “Oi, M, que bom te ver aqui na brinquedoteca e principalmente andando de muletas sem precisar da ajuda de ninguém.”

(M) “É, hoje é o primeiro dia que consigo andar sozinha, estou muito feliz. Só passei para dizer um oi estou indo tirar um raio x lá embaixo, tchau.”

(P) “Tchau, M.”

(P) “Viu, R, como M está feliz por conseguir andar e de muletas, ela já está aqui no hospital há dois meses e ainda vai ficar mais e você daqui a pouco está saindo e sem precisar de muletas.”

(R) “É, tomara!”

Pudemos então observar claramente neste episódio a relação dialética entre o conhecimento (informação), emoção e saúde. O fato de R ter uma informação desejada que não se concretizou (teria alta se a pressão continuasse controlada) fez com que ficasse irritado, tenso. Como ele estava se sentindo culpado por fazer o pai ter que ficar no hospital, o nível de expectativa em receber a alta e a irritabilidade latente (próprios de situações de espera e vigilância) alteraram sua pressão, fazendo-o permanecer hospitalizado por mais tempo.

Vimos também como o conhecimento a respeito de sua doença e as formas de evitar determinados comportamentos, que são prejudiciais ao seu quadro de enfermidade, podem contribuir para melhora (ou piora) clínica da criança hospitalizada.

No contexto da criança hospitalizada, o brincar se constitui como mais um elemento terapêutico, pois provoca o alívio do estresse, a recuperação de parte do fluxo normal de vida que a criança vinha tendo e possibilita o desenvolvimento e a aprendizagem do enfermo, proporcionando uma atmosfera curativa. Portanto, o brincar é um direito e não um favor que concedemos ou não às crianças hospitalizadas. E foi brincando que G, K, L, V, R, M, I e outras crianças re-elaboraram sua vivência no hospital, compreendendo melhor a situação de hospitalização e se tornaram mais saudáveis.

Assim, tendo como referência o que vimos, presenciamos e sentimos é que iremos discutir no capítulo seguinte a necessidade da formação especializada do pedagogo para atuar no ambiente hospitalar, onde o objetivo primordial é a cura física, no entanto, ao pensar a saúde num âmbito mais abrangente, veremos a necessidade desse profissional num ambiente clínico, fazendo parte de uma equipe multidisciplinar,

uma vez que também o ser humano é múltiplo e necessita ver atendidos seus diversos aspectos biopsicossociais.

CAPÍTULO III - A FORMAÇÃO DO PEDAGOGO PARA O AMBIENTE HOSPITALAR: DESAFIOS E SUGESTÕES

Tendo como base o que foi analisado nos capítulos anteriores, podemos dizer em princípio que a atuação do pedagogo no ambiente hospitalar traz em si a necessidade de adequação da formação deste profissional para atender essa demanda, pois representa um momento à parte do desenvolvimento escolar formal do aluno enfermo.

A hospitalização escolarizada se constitui num espaço temporal diferenciado, em que as condições de aprendizagem fogem à rotina escolar e o aluno é uma criança ou um adolescente hospitalizados. Portanto, a construção da prática pedagógica para atuação neste ambiente não pode esbarrar nas fronteiras do tradicional. As dificuldades persistem porque não se conseguem ver nelas a oportunidade de uma atuação diferenciada, pois os valores e as percepções de condutas e ações estão ainda muito enraizados nas formações clássicas.

O pedagogo neste ambiente deve ter clara a noção da perda, dos conflitos sociais, as questões socioeconômicas e culturais de seu universo e, acima de tudo, precisa manter o equilíbrio psicológico frente às diversas circunstâncias dos tratamentos. Em vista disso Paula destaca que:

Convencionalmente em nossa sociedade, o lugar do professor esteve voltado para a escola formal. Em tempos modernos, esses lugares estão sendo cada vez mais polarizados. Não existem mais fronteiras para a ação do professor. O hospital, conhecido convencionalmente como lugar das seringas, injeções e do sofrimento, passa a ser também espaço do lápis, do caderno, das tintas, dos jogos, do colorido, da alegria e da produção infanto-juvenil (PAULA, 2003, p. 18).

É necessário que seja consolidada uma política de formação continuada em serviço que promova a construção de conhecimentos, valores e práticas que contribuam para a formação plena desse profissional da educação hospitalar, conforme defende Arosa (2007). Lembrando que não há, salvo engano, curso de graduação específico para essa modalidade de atendimento, é possível encontrar cursos de pós-graduação *lato-sensu*, tanto em Educação Especial quanto em Pedagogia Hospitalar.

Tivemos muita dificuldade para encontrar material bibliográfico sobre esta temática, justamente ainda pela falta de um maior reconhecimento. Mas a busca e a pesquisa nesta área não podem parar, é preciso que se conceitue cada vez mais a pedagogia hospitalar e o profissional desta área, pois somos diferentes, estamos trabalhando fora da escola com uma educação não formal e com crianças que apresentam vários tipos de limitações e necessitam de uma educação planejada de maneira flexível, que lembre a escola de maneira agradável e não como uma obrigação. Uma educação que dê prazer, que faça o aluno se sentir vitorioso na realização das atividades, que por sua vez devem ter aparência lúdica mas com objetivos pedagógicos bem definidos.

Durante nossa pesquisa, percebemos a importância dos conhecimentos específicos que envolvem o atendimento às demandas educacionais de crianças e adolescentes hospitalizados, pertencentes à Educação Básica do Sistema Educacional, que compreende a Educação Infantil e os Ensinos Fundamental e Médio.

Conhecimentos estes referentes ao impacto psicossocial da hospitalização para a criança/adolescente, às limitações biológicas e cognitivas inerentes a diferentes quadros de enfermidades tratados e sobre as consequentes condutas necessárias ao pedagogo para que possa atingir seus objetivos com êxito. Sendo o hospital um espaço delimitado e legitimado nacionalmente como passível das intervenções educacionais do pedagogo, a formação teórico-técnica do profissional da pedagogia passa a ser necessária e deveria levar às universidades a destinação dessa tarefa. Nesse sentido, é que argumentam Mattos e Muggiati (2001) em defesa de uma atualização do professor/pedagogo com os avanços da ciência, da tecnologia, da cultura produzidos, sob forma de conhecimentos, pela Universidade:

O professor, por sua vez, deve estar atento ao fato de que a Universidade é um espaço para produzir conhecimento, mas não qualquer conhecimento. A produção do conhecimento significativo precisa dar conta do avanço da fronteira da ciência, da tecnologia, da cultura e também dos problemas atuais que atingem a comunidade (MATTOS; MUGGIATI, 2001, p. 45).

Portanto, a discussão da Pedagogia Hospitalar na formação do pedagogo fica escrita como necessária para que a correta atuação deste profissional no hospital alcance os objetivos almejados.

Assim, torna-se possível compreender que a formação universitária tem papel importante na construção ética e responsável de profissionais, e que deve fornecer as condições de capacitação necessárias a seus alunos no âmbito da Pedagogia Hospitalar.

Há alguns anos tem se verificado a preocupação com o serviço educacional que compreende a classe hospitalar e com a formação do profissional que atua nessa área. Uma das dificuldades é que “os cursos de formação de professores discutem o cotidiano da escola e os cursos de formação de profissionais da saúde não consideram o professor como participante da equipe hospitalar” (CAIADO, 2003, p. 72).

A referida preocupação está contemplada nos objetivos e metas do Plano Nacional de Educação quando propõe “incluir nos currículos de formação de professores, nos níveis médio e superior, conteúdos e disciplinas específicas para a capacitação ao atendimento dos alunos especiais” (BRASIL, 2003, p. 68).

Conforme Garrido (2002), abordando a literatura de formação de professores e desenvolvimento profissional docente, na última década, descola-se de uma perspectiva centrada apenas nos aspectos metodológicos de sala de aula, para uma perspectiva mais complexa que considera outros contextos escolares.

Nesse entendimento, a formação constitui não só um processo de aperfeiçoamento profissional, mas também um processo de formação da cultura escolar, em novas práticas participativas e de gestão democrática que estão sendo implementadas e consolidadas em novos tempos e espaços escolares, neste caso, o hospital.

3.1 A Pedagogia Hospitalar como Disciplina do Curso de Pedagogia

Como consequência da atuação de nossa pesquisa, destacamos que para melhor atender a essa clientela de alunos hospitalizados, a Pedagogia Hospitalar, como disciplina, deveria habilitar o profissional do Ensino Superior para um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar no âmbito hospitalar, visando a formação de um ser integral, corroborando com os valores da cidadania e da ética. Um profissional que considere que a criança e o adolescente hospitalizados devem ser atendidos de modo

integral, no desenvolvimento da aprendizagem e do desejo de cura. Ou seja, a criança doente não tem direito apenas à saúde, mas também à educação, pois seus interesses e necessidades intelectuais e sócio-interativas também estão presentes no ambiente hospitalar.

Para tanto, acreditamos que seriam necessários conhecimentos sobre:

- A Brinquedoteca Hospitalar: cujo objetivo seria ensinar o que é uma brinquedoteca, como um espaço do brincar dentro do hospital que permite à criança e ao adolescente expressar suas vivências por meio do lúdico, um espaço que auxilia na recuperação deste aluno hospitalizado, onde se amenizam os traumas psicológicos decorrentes da internação e onde por meio do brincar se faz a estimulação do desenvolvimento global da criança, aumentando e enriquecendo as relações com os familiares e os outros doentes. Mostrar também como implantar uma brinquedoteca, quais as necessidades, qual o espaço, a clientela, o funcionamento, a equipe profissional (recursos humanos), quais os brinquedos e quais as normas para prevenção da contaminação hospitalar por meio dos brinquedos e como realizar a higienização dos mesmos. Para que o funcionamento da mesma ocorra de forma continuada como todas as rotinas hospitalares.

- A Classe Hospitalar: aqui o objetivo seria ensinar o que é a classe hospitalar, qual a diferença da brinquedoteca, como deve funcionar e como deve ser a relação professor hospitalar com a escola de origem do aluno/paciente.

- Humanização na Educação Hospitalar: entender e viabilizar a humanização da educação no hospital, através de estratégias que deem prazer e alegria às crianças, conhecer a escuta pedagógica e saber como utilizá-la para facilitar o atendimento às crianças e aos adolescentes, fazer planejamentos flexíveis de acordo com os currículos escolares, as idades dos pacientes, suas patologias e seus limites físicos e cognitivos.

- Hospitalização e rupturas do cotidiano: conforme vimos no capítulo dois, a criança e o adolescente ao serem internados sentem de forma muito agressiva o afastamento de casa, da escola, dos seus amigos, de seus brinquedos, dos programas de TV, enfim, de sua rotina e passam a ter de confiar em pessoas desconhecidas que lhes causam dores e desconfortos, através dos curativos, exames e da medicação, e ainda têm que se adaptarem a uma nova rotina com novos horários e tarefas. E para amenizar esse sentimento o professor deve ser preparado para dar apoio a esses pacientes e, por intermédio do lúdico como metodologia, criar condições para que essas crianças e esses

adolescentes recobrem a estabilidade psicológica desestruturada pela doença e pela internação.

- Aprendizagem e desenvolvimento: nesta etapa deveriam ser reforçados os estudos a respeito das teorias de aprendizagem e desenvolvimento e de que forma elas podem ser adaptadas a esse novo ambiente escolar onde o desenvolvimento pode ser afetado pelas patologias crônicas e, por extensão, a aprendizagem também pode ficar comprometida. Portanto, é importante fornecer subsídios ao educador hospitalar para saber lidar com essas diversidades.

- Aspectos legais das crianças e dos adolescentes internados: conforme abordamos no primeiro capítulo, é importante que o pedagogo hospitalar tenha conhecimento da legislação no intuito de fazer valer os direitos e deveres de seus alunos/pacientes bem como poder desenvolver legalmente seu trabalho em contato com as escolas de origem dos mesmos.

- Didática e Metodologia em ambiente hospitalar: habilitar o educador hospitalar a analisar, selecionar e utilizar procedimentos e recursos pedagógicos, bem como adaptar os currículos oficiais às necessidades, possibilidades e limitações das crianças e dos adolescentes hospitalizados.

- Relacionamentos interpessoais e comunicação: como transformar o pedagogo hospitalar em um interlocutor, não só de crianças mas de todos os indivíduos que passam por internações, sejam elas curtas, médias ou de longas durações, com doenças comuns, crônicas ou terminais.

- Psicopedagogia da criança e do adolescente: que tem como objetivo estudar a aprendizagem humana relacionando-a a processos psicológicos afim de dar suporte e apoio de aprendizagens e reaprendizagens ao paciente internado, humanizando e contribuindo para a promoção da saúde.

- Estruturas lúdicas de aprendizagem: preparar o pedagogo hospitalar para estruturar previamente as atividades lúdicas relacionando-as aos objetivos de aprendizagem, ao trabalho com temas específicos, em grupos ou individualmente. E como manipular e escolher os objetos de acordo com os pacientes.

- Arte e Educação no Hospital: objetiva demonstrar as possibilidades de utilização de recursos expressivos na recuperação das crianças e dos adolescentes hospitalizadas, trabalhando na elaboração de alguns conteúdos tão presentes nos momentos de crise, como o medo da morte, a dor, o ficar feio, o ser diferente e a dependência física,

valorizando suas potencialidades através de recursos como a pintura, o bordado, a música, a escultura, os trabalhos bi e tridimensionais dentre outros.

- Dor e perdas: compreendendo melhor o cotidiano do professor no hospital e sua relação com o aluno paciente, considerando as emoções vivenciadas perante a dor e a morte.

- Serviços e saúde: fornecer informações suficientes ao pedagogo hospitalar para que ele possa encaminhar os responsáveis pelos pacientes aos serviços que têm direito, como o serviço psicológico, o serviço social (assistentes sociais), as instituições de apoio fora do hospital como GRACC (Grupo de Apoio à Criança com Câncer), AVOSOS (Casa de Apoio à Criança e Adolescente com Câncer), AMO (Associação dos Amigos da Oncologia), dentre outros que se localizem mais próximos ao domicílio do paciente. E também fornecer conhecimentos básicos sobre medicamentos e diferentes tipos de enfermidades, suas causas, tratamentos e limitações, dentre outros aspectos que não constituem práticas usuais de uma professora de escola regular e nem fazem parte do currículo para o magistério, habitualmente.

A ampliação das oportunidades de aperfeiçoamento profissional poderá preencher lacunas que a formação inicial docente tem deixado em aberto.

3.2 A Flexibilidade da Prática Pedagógica

Um aspecto de grande importância que destacamos em nossa prática pedagógica hospitalar é o da necessidade de uma maior flexibilidade, por tratar-se de uma clientela que se encontra em constante modificação, tanto em relação ao número de crianças que são atendidas bem como no que diz respeito ao tempo que cada uma delas permanecerá internada. E ainda o fato de serem crianças e adolescentes com idades variadas e diferentes patologias, requisitando diferentes intervenções, pois em alguns casos, existe um atraso no processo de desenvolvimento e dificuldades quanto à aquisição de conhecimentos provenientes da doença que a criança possui. Como é o caso de doenças neurológicas ou mesmo de desnutrição. Como diz Fonseca:

Cada criança tem seu próprio ritmo e internaliza de forma diferenciada sua aprendizagem de acordo com seu interesse e necessidade. O meio em que a criança vive é de grande importância para seu aprendizado, portanto, cabe àquelas pessoas que a cercam, no caso hospitalar o pedagogo, oferecer uma variação de coisas que

ela possa olhar, manusear, experimentar, pensar e fazer (FONSECA, 2003, p. 65).

Isso quer dizer que para atuar dentro da pedagogia hospitalar se faz necessária uma maior compreensão por parte do pedagogo porque, mais do que em outras instituições, não se trabalha com uma “receita pronta”; cada dia significa um desafio a ser traçado, a partir de temas pré-estabelecidos, porém com caminhos individualizados. O pedagogo deve aprender a lidar com esses fatores quando ainda está em formação, para facilitar seu trabalho. Como nos mostra Paula:

O pedagogo hospitalar não requer somente a formação acadêmica, mas habilidades específicas de uma práxis pedagógica complexa que envolve diferentes aspectos no trabalho cotidiano como: sensibilidade para atuar com crianças, adolescentes e famílias fragilizadas, conhecimento da realidade hospitalar e das patologias, habilidade para lidar com diferentes grupos de alunos, pais e com equipes multidisciplinares, capacidade de colaboração e estratégias didáticas para atender alunos provenientes de diversas regiões e com diferentes conteúdos escolares, abertura para o outro, independente de sua condição física, econômica e social, respeito às diferenças de etnia, raça e religião, dentre vários outros aspectos que envolvem o fazer pedagógico nessas instituições (PAULA, 2003, p. 32-33).

Durante a realização da pesquisa, concluímos que a prática de ensino na pedagogia hospitalar requer um preparo didático, e uma sólida estrutura psicológica. O professor, sem dúvida, é imprescindível nessa relação de ensino-aprendizagem dentro do hospital, que por ser um ambiente de produção de conhecimento, com características peculiares possibilita a ação de novos saberes a respeito da própria doença e do ambiente de internação. Cabe ao professor também a adaptação do currículo para o atendimento das necessidades dessa comunidade, respeitando a “leitura de mundo” que esses pacientes fazem através de gestos, olhares, expressões faciais, atitudes e até mesmo em “seus silêncios”, criando assim sentidos para o seu mundo. Portanto, o conteúdo pragmático dessa educação tem a participação ativa dos educandos junto aos educadores na elaboração das ações pedagógicas. Ceccim afirma:

A dimensão biológica pode ser tratada pelos médicos e pela equipe de enfermagem, a dimensão psicológica pode ser assistida por um psicodiagnóstico, mas a dimensão vivencial só pode ser percebida junto com a criança, quando penetramos no seu mundo, escutando seus processos afetivos e cognitivos, durante a construção do

conhecimento. E neste sentido, as ações do aluno no ambiente hospitalar passam a se constituir como parte do trabalho pedagógico (CECCIM, 1997, p. 84).

Dessa maneira o professor que trabalha no hospital precisa ter destreza e discernimento para atuar com os planos e programas abertos, móveis, mutantes e constantemente reorientados pelas situações especiais e individuais de cada paciente sob seu atendimento. Fazendo um elo entre a realidade hospitalar e a vida cotidiana da criança e do adolescente hospitalizados, avaliando, acompanhando e intervindo no processo de aprendizagem, permitindo que cada aluno/paciente caminhe no seu ritmo.

Sabemos que é impossível generalizar quando se fala em criança hospitalizada, mas mesmo assim gostaríamos de disponibilizar alguns procedimentos que se mostraram bastante válidos, quando optamos pelo uso da ludoterapia como estratégia da Pedagogia Hospitalar. Assim sugerimos que o professor:

- utilize o lúdico para tentar responder as questões que as crianças fazem, consequentes de sua vida no hospital (ex: incluindo nos jogos e brincadeiras figuras, bonecas, seringas, máscaras, luvas e tubos com o intuito de desmistificar os tratamentos a que são submetidas.). Mesmo a menor criança pode entender o que vai ocorrer, como e por que.
- tente manter a autoconfiança das crianças dando-lhes materiais que possam manipular com sucesso, pois não toleram o insucesso de um jogo numa situação que já é difícil por causa da hospitalização.
- dê à criança a possibilidade de escolher se quer brincar sozinha, com companheiros ou com os pais.
- tente fazer a criança deficiente, ou acamada, participar de todos os tipos de brincadeiras junto com as outras crianças, ou seja, o professor deve ficar atento às limitações de todos na hora de escolher a atividade a ser realizada.
- observe bem a participação das crianças nas brincadeiras, pois pode ser uma fonte importante de informação para completar a investigação da equipe médica.
- saiba analisar os espaços disponíveis dentro da ala pediátrica para flexibilizar a realização das atividades.
- converse sempre com a equipe médica para saber das limitações que as patologias e seus tratamentos podem causar nas crianças e nos adolescentes.

Acreditamos também que é preciso buscar contribuições integradas das áreas de psicologia, serviço social e terapia ocupacional, para um melhor aproveitamento do trabalho dos pedagogos na Pedagogia Hospitalar dentro do hospital.

E nesse sentido é importante destacar a declaração da doutora Ângela Maria da Silva a qual defende que a Pedagogia Hospitalar deveria passar a fazer parte do Programa de Residência Multi-Profissional, que hoje alcança a psicologia, o serviço social, a fisioterapia, a odontologia e fonoaudiologia, comprovando a necessidade de integração dessas áreas.

Atuando neste ambiente, o professor fará a ponte, a restauração dos laços com o cotidiano escolar e trabalhará pedagogicamente com o desenvolvimento psíquico e cognitivo dessas crianças, atento que a prioridade é a cura e qualquer outro propósito deve a ela ser subordinado. Destacando que acima de tudo é importante o “estar disponível” com o outro e para o outro, compartilhando também as dores através da escuta atenciosa de suas expectativas e sentimentos. Como afirma Fonseca:

O professor contribui para o aperfeiçoamento da assistência à saúde de maneira a tornar a experiência da hospitalização, ainda que sempre indesejável, um acontecimento positivo no crescimento e desenvolvimento das crianças que dela necessitam (FONSECA, 2003, p. 69).

De acordo com o inciso III, do artigo 59 da LDB, a exigência para o trabalho com a educação especial, onde a Pedagogia Hospitalar se inclui, é de dois perfis de professores: o da classe comum capacitado e também o professor especializado em educação especial, como vemos a seguir:

Professor capacitado é aquele que comprove que, em sua formação de nível médio ou superior, foram incluídos conteúdos ou disciplinas sobre educação especial e desenvolvidas competências para: I – perceber as necessidades educacionais especiais dos alunos; II – flexibilizar a ação pedagógica nas diferentes áreas de conhecimento; III – avaliar continuamente a eficácia do processo educativo; IV – atuar em equipe, inclusive com professores especializados em educação especial.

Professor especializado é aquele que desenvolveu competências para identificar as necessidades educacionais especiais, definir e programar respostas educativas a essas necessidades, apoiar o professor da classe comum, atuar nos processos de desenvolvimento e aprendizagem dos alunos, desenvolvendo estratégias de flexibilização, adaptação curricular e práticas pedagógicas

alternativas, entre outras, e que possa comprovar: a) formação em curso de licenciatura em educação especial, ou em uma de suas áreas; b) complementação de estudos ou pós-graduação em áreas específicas da educação especial, posterior à licenciatura em diferentes áreas de conhecimento (BRASIL, 2001, p. 31).

Porém, o que ocorre, de acordo com Arosa (2007), é que a maioria dos cursos superiores, nessa área de competência, não inclui disciplinas obrigatórias que abordem as necessidades especiais e as formas de se trabalhar com os Portadores de Necessidades Educacionais Especiais – PNEEs, e nem preparam os pedagogos para lidar com a realidade hospitalar. Portanto, é necessário se pensar e realizar programas que venham contribuir para o atendimento das deficiências encontradas nos cursos de formação de pedagogos, para que se possa suprir um cabedal de conhecimentos a fim de atender às necessidades subjetivas da criança ou do adolescente hospitalizados, como nos aponta Barros (2008):

Ao mesmo tempo que os professores da Educação Especial têm dificuldades em caracterizar uma criança ou adolescente hospitalizado, quando conseguem caracterizá-lo, não se desprendem do estereótipo, ou seja, é apenas a partir da falta de funcionalidade dos membros, dos sentidos ou da cognição que esse indivíduo é considerado alvo legítimo de uma atenção especial. Assim, tem dificuldades em reconhecer a qualidade de “especial” na condição de ser/estar hospitalizado. Para os professores da Educação Especial, o sujeito de direito da política de Educação Especial é, ainda e quase sempre, aquele tipicamente deficiente (BARROS, 2008, p. 9).

Ainda vemos a formação de professores para a Pedagogia Hospitalar uma área com muitas perguntas e poucas respostas “certas” para diversos questionamentos, neste espaço os conhecimentos têm se construído no coletivo.

Por ser um campo novo dentro da pedagogia, acreditamos ser necessário que se façam encontros para a formação desses profissionais, na busca de temáticas que constituam ferramentas para o desenvolvimento do trabalho. Conceitos teóricos, leituras de mundo e as experiências vividas pelos professores dentro dos hospitais têm lugar privilegiado, nos debates, durante os encontros com a finalidade de refletir e repensar a ação pedagógica hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa assinalou as contribuições da Pedagogia Hospitalar, com a mediação da ludoterapia, no desenvolvimento integral e na construção do conhecimento de crianças/adolescentes hospitalizados que através do brincar exploraram o espaço hospitalar de forma menos traumática. A presença dos educadores na ala pediátrica teve um papel de extrema importância junto aos pacientes, pois trabalhávamos com o lado emocional, com sentimentos como a compaixão, a revolta, o medo, enfim, a fragilidade que envolve esse contexto, sempre encaminhando as atividades para o lúdico. Melhorando a agilidade física, experimentando seus sentidos e desenvolvendo seus pensamentos. Esse ambiente de ludicidade pode-se realizar sozinho, ou, na companhia de outras crianças e de outros adolescentes, desenvolvendo, assim, o comportamento em grupo e a obediência às regras. Aprenderam a conhecer e a respeitar a si próprios e aos demais, dentro de um novo ambiente, a escola hospitalar.

Nesse trabalho, percebemos inteligência, emoção e movimento como processos interligados, assim sendo, o desenvolvimento de um leva, conseqüentemente, ao desenvolvimento dos outros. Isso faz com que “em cada idade a criança constitua um conjunto indissociável e original” (WALLON, 1975, p. 224). A criança hospitalizada não deixa de ser criança por se tornar paciente. Ela caracteriza-se por uma intensa atividade emocional, física e de curiosidade. A educação no hospital precisa garantir a essa criança e esse adolescente o direito a uma infância saudável, ainda que associada à doença.

O papel do pedagogo no hospital deve ser encarado como contribuição para a redução do sofrimento infantil. Portanto, o papel da escola nos projetos de humanização do hospital é um fato comprovadamente útil, necessário e requerido na legislação.

O trabalho pedagógico em hospital não possui uma única forma de acontecer. É necessário que o professor se reconheça como pesquisador do seu fazer, buscando novas respostas para eternas novas perguntas. Sem pesquisa, seria impraticável mover a educação nesse terreno pouco conhecido. Lembrando que crianças e adolescentes hospitalizados foram ignorados durante muitos anos em nossa cultura e pela própria escola. A internação era um motivo de esquecimento dos professores em

relação a esses alunos, bem como os hospitais foram tratados como espaços exclusivos para o atendimento à saúde e não eram considerados locais para práticas educacionais e nem para a presença do professor.

Infelizmente apesar de termos uma legislação, como vimos no primeiro capítulo, que destaca a importância e a necessidade da escola no hospital, do direito ao lazer e à educação para crianças e adolescentes hospitalizados, sentimos que o Estado ainda dá pouco valor e parece desconhecer suas funções.

Constatamos que, como professores, precisamos estar atentos para como significamos ações e atitudes do outro que afetam não as emoções e visões de mundo, mas também a constituição de si. Wallon (1975, p. 379) nos lembra que “não há forma de se dirigir à inteligência da criança, sem se dirigir à criança no seu eu.”

É preciso que ocorra um preparo mais consistente dos pedagogos que serão inseridos no atendimento hospitalar, no que diz respeito às suas metodologias de trabalho, nas dinâmicas de funcionamento da realidade hospitalar e nas especificidades das patologias desses pacientes. Este profissional precisa estar preparado para trabalhar com a diversidade, pois a formação na área da Educação, ainda que a Educação Especial capacite o educador como um “especialista” para lidar com determinadas deficiências, ou seja, deficiências físicas, mentais ou sensoriais, não o prepara para atuar com crianças e adolescentes portadores de patologias diversas.

Nesse sentido, esta pesquisa também constatou a importância e o desafio do trabalho do pedagogo no hospital, que se preocupa em trabalhar com a potencialidade e não o fracasso das crianças e dos adolescentes hospitalizados. A proposta não é trabalhar o que esses pacientes estão impedidos de fazer porque estão doentes e, sim, o que eles podem fazer mesmo estando doentes. Quando o aluno/paciente se vê capaz de produzir, aprender e brincar ganha vida, como ressalta Fontes (2007, p. 24): “a aprendizagem no hospital é vida.”

Essa é a proposta da Pedagogia Hospitalar quando trabalha o sujeito por inteiro e historicamente situado, esse conhecimento de seu estado de saúde e do ambiente hospitalar em que se encontra pode alimentar o seu aspecto positivo da emoção da criança hospitalizada e contribuir para o seu bem-estar físico e psicológico. Assim, o papel da educação no hospital e, com ela, o do professor, é proporcionar à criança o conhecimento e a compreensão daquele espaço, ressignificando não somente a ele, como a própria criança, sua doença e suas relações nessa nova situação de vida.

Por meio das atividades desenvolvidas junto às crianças internadas e seus acompanhantes, pudemos observar diversas interfaces que a atuação do professor pode assumir em uma ala pediátrica. Como ouvinte, o professor trabalha com a emoção e a linguagem, buscando resgatar, através da escuta pedagógica e dialógica, que se transformou em uma metodologia educativa própria do que nós consideramos ser a Pedagogia Hospitalar, a auto-estima da criança hospitalizada, por vezes suprimida pela enfermidade e pelo sentimento de impotência que pode estar sendo alimentado pela família e pela equipe médica. E como professores, também temos de saber lidar com nossas emoções e as dos outros. Temos de respeitar a tristeza e o silêncio da criança e do adolescente hospitalizados.

Sentimos que as crianças têm necessidade de falar sobre suas doenças e precisam de alguém que as escute. A linguagem permite, assim, ao ser humano, trabalhar o real e ao mesmo tempo refletir sobre ele. Ao levar a criança e o adolescente a refletirem sobre as causas de seu desconforto emocional, a educação contribui não somente para que o sujeito retome o controle da situação, como também favorece seu autoconhecimento, fazendo com que seja resgatado o sentimento de auto-estima, fortalecendo seus desejos e ações diante dos procedimentos invasivos e dolorosos de um tratamento médico. Comprovamos também que o desenho se constitui um excelente canal de comunicação. E que a estratégia lúdica, por vezes esquecida na educação formal em função dos conteúdos curriculares a serem atingidos, faz parte do processo de início da aprendizagem, ajudando a criança no seu desenvolvimento, já que fornece estímulos durante o período de internação, quando está afastada de suas atividades normais e longe de seu meio social.

Nesse sentido, a ideia de “escola” ao lado da brincadeira, surge como uma importante referência à infância no ambiente hospitalar, pois, ao aprender brincando, esses alunos/pacientes resgatam vivências da infância que foram obrigados a abandonar mesmo que temporariamente, em função da doença.

Através dos estudos de Wallon e Vygotsky foi possível avaliar a importância que as relações sociais assumem no ambiente hospitalar, viabilizando as possibilidades de interlocução entre educação e saúde. Segundo a teoria de Vygotsky (1994), pudemos concluir que o período de hospitalização também pode ser um tempo de aprendizagens que impulsionam o desenvolvimento, mas a aprendizagem só ocorre se for adequada aos interesses da criança. No hospital, a aprendizagem significativa está em conhecer e compreender o ambiente em que a criança se encontra, valorizando seus desejos,

fantasias, ações, quase sempre desprezados num processo de internação hospitalar. Existe no hospital um saber procedimental, que somente a criança que possui uma seringa com medicação intravenosa injetada na superfície de sua mão conhece. Esse conhecimento permite à criança e ao adolescente a realização de atividades manuais, próprias de um acompanhamento pedagógico, sem deixar que a agulha saia da veia, ou que um movimento mais brusco rompa a veia, causando dores e hematomas. As crianças acabam criando estratégias de sobrevivência a partir dos desafios físicos impostos pela hospitalização.

Pudemos assim constatar, durante o acompanhamento pedagógico, que com gestos, palavras, comportamentos e atividades lúdicas a forma como as crianças reagem à hospitalização e à doença iam se transformando.

Acreditamos que devemos estar sempre atentos para escutar o que estes alunos/pacientes dizem e percebem, como eles compreendem e sentem os processos que envolvem a hospitalização, possibilitando assim que sejam protagonistas de suas doenças, de suas dores e de suas histórias; reconhecendo que cada criança/adolescente é capaz de saber dizer qual o significado de sua enfermidade e do momento que está vivenciando no hospital, suas restrições e possibilidades.

Os resultados que a pesquisa aponta levam-nos a compreender que o papel da educação junto à criança e ao adolescente hospitalizados é resgatar a subjetividade, ressignificando o espaço hospitalar através da linguagem, do afeto e das interações sociais que o professor pode propiciar. Portanto, é possível pensar no hospital como um espaço de educação, como um local de encontros e transformações, tornando o ambiente propício para o desenvolvimento integral da criança.

Gostaríamos que este trabalho estimulasse os pedagogos a conhecerem e se aprofundarem cada dia mais na Educação desenvolvida pela Pedagogia Hospitalar, dedicada às nossas crianças. Desta forma, ficará mais fácil humanizar e integrar a saúde e a educação e conseqüentemente poderemos obter resultados gratificantes, mesmo que em longo prazo, mas baseados na cura, educação e amor.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, J. **Hospital**: instituição e história social. São Paulo: Letras e Letras, 1991.
- ARCE, A. **Frederich Froebel**: o pedagogo dos jardins-de-infância. Petrópolis: Vozes, 2002.
- ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1978.
- AROSA, A. C. **A escola no hospital**: espaço de experiências emancipadoras. Niterói: Intertexto, 2007.
- AXLINE, Virginia Mae. **Ludoterapia**. Belo Horizonte: Interlivros, 1972.
- BARROS, Alessandra S.S. **Contribuições da educação profissional em saúde à formação para o trabalho em classes hospitalares**. Caderno Cedes, vol.27, nº 73, p.257-258, 2007.
- BARROS, Alessandra S. S. **Percepções dos professores da educação especial acerca das crianças e adolescentes hospitalizados**. In: Congresso Brasileiro de Educação Especial. São Carlos: São Paulo, 2008.
- BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano-compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Resolução N. 41, de 13 de outubro de 1995. **Diário Oficial da União**. Brasília: Imprensa Oficial, 1995, de 17 de outubro de 1995, p.16.319-16.320, 1995.
- BRASIL. **Ministério da Educação**. Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica. SEESP, 2001
- BRASIL. **Ministério da Educação**. Direito à Educação: necessidades educacionais especiais: subsídios para atuação no Ministério Público, 2001.
- BRASIL. MEC. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar**: estratégias e orientações. Secretaria de Educação Especial. Brasília: MEC: SEESP, 2002/3
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente, lei nº 8069 de 13 de julho de 1990**, Diário Oficial da União. Brasília: Imprensa Oficial, p11.163 – 11.164, 1990..
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. MEC - Assessoria de Comunicação Social. Brasília: MEC, ACS, 2004.
- BROUGÈRE, G. **Brinquedo e cultura**. São Paulo: Cortez, 1995.

BURKE, Peter. **A revolução francesa da historiografia**: a escola dos Annales (1929-1989). São Paulo: UNESP, 1992.

CAIADO, Kátia R. M. O trabalho pedagógico em ambiente hospitalar: um espaço em construção. In: **Educação especial**: do querer ao fazer. São Paulo: Avercamp, 2003.

CAVALCANTI, Regina T. K. **Projeto assistência pedagógica à criança hospitalizada**. Maringá: Pró-Reitoria de Extensão e Cultura, 1997.

CECCIM, Ricardo B.; CARVALHO, Paulo R. A. (orgs). **A criança hospitalizada**: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: UFRGS, 1997.

CHATEAU, J. **O jogo e a criança**. São Paulo: Summus, 1987.

CONTINI, L. **Saúde**: a ordem médica. São Paulo: Brasiliense, 2001.

DOLTO, F. **As etapas decisivas da infância**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FERRIANI, Maria G. C. **Saúde escolar**: contradições e desafios. Goiânia: AB, 1997.

FONSECA, S. E. **Atendimento escolar no ambiente hospitalar**. São Paulo: Memnon, 2003.

FONSECA, S. E.; CECCIM, R. B. **Atendimento escolar hospitalar**: a criança doente também estuda e aprende. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1999.

FONTES, R.; VASCONCELLOS, V. M . R. **O papel da educação no hospital**: uma reflexão com base nos estudos de Wallon e Vygotsky. Campinas, 2007.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, Michel. **A microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários para a prática docente. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

GARRIDO, Elsa. **Formação de professores a partir de múltiplos diálogos**: parceria universidade-escola – desafios e conquistas. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/eventos/54ra/textos/anped/anped%20%20elsa%20garrido.htm>, 2002. Acesso em 22. Nov. 2009.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

HUIZINGA, Johan. **Homo ludens**: o jogo como elemento da cultura. São Paulo: Perspectiva, 1990.

KISHIMOTO, Tizuko. **Jogo, brinquedo e a educação**. São Paulo: Cortez, 1994.

LENZI, T. Recreação para crianças em enfermaria pediátrica. In: FRIEDMANN, A.; MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. **Psicologia em estudo**: brincar no hospital. Maringá, v. 9, n. 1, 2004. p. 19-22.

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

LOPES, Elaine M. T.; GALVÃO, Ana M. O. **História da educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em ação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MASSETTI, M. **Soluções de palhaços**: transformações na realidade hospitalar. São Paulo: Palas Athenas, 1998

MATTOS, E. L. M.; MUGGIATI, M. M. T. F. **Pedagogia hospitalar**. Curitiba: Champagnat, 2001.

MONARCHA, Carlos (org.). **Educação da infância brasileira (1875- 1983)**. Campinas: São Paulo: Ed. Autores Associados, 2001.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. **Psicologia em estudo**: brincar no hospital. Maringá, v. 9, n.1, 2004. p.23-28.

NICOLAU, M. L. **Lúdico e o desenvolvimento da criança**. São Paulo: Summus, 1989.

OLIVEIRA, M. E. Princípio 7. In: SANTOS, L.; JORGE, A; ANTUNES, I. **Carta da criança hospitalizada**: Comentários. Lisboa: Instituto de Apóio à Criança, Caderno 1, Novembro, 2000, p. 61-63

OLIVIERI, J. Dicionário das ciências médicas. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

ORTIZA, P.; PALMA, R. **Aspectos emocionais do paciente pediátrico**. Rio de Janeiro: Nemom, 1992.

PAULA, Ercília M. A. T. **Escola no hospital**: espaço de produção de subjetividades, cultura e transformação social. Cadernos de Educação nº 29, ano 16 - Faculdade de Educação-PPG, 2007.

_____. **Educação, diversidade e esperança**: a práxis pedagógica no contexto da escola hospitalar. Tese de doutorado. Salvador: UFBA, 2003.

REGO, Teresa C. **Vygotsky**: uma perspectiva histórico-cultural da educação. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

RESENDE, Gilton M. **HU**: informativo do Hospital Universitário da UFS. Aracaju, Sergipe: Maio, 2002.

RIBEIRO, Maria J. **O atendimento à criança hospitalizada**: um estudo sobre serviço recreativo-educacional em enfermagem pediátrica. Dissertação de mestrado. Campinas: Unicamp - Faculdade de Educação, 1993.

SCLIAR, Moacir. **Do mágico ao social**: a trajetória da Saúde Pública. São Paulo: L&PM Editora, 1987.

SILVA, Henrique B. **História da medicina em Sergipe**. Aracaju: Sergipe: J. Andrade Ltda, 2007.

SPITZ, Renè. **Inquérito sobre a gênese das condições psíquicas na primeira infância**. Rio de Janeiro: Revista Estudo Psicanalítico da Criança. V. 7, ano 3, 1999.

TAAM, Regina. **Pelas trilhas da emoção**: a educação no espaço da saúde. Maringá: EDUEM, 2004.

VASCONCELLOS, V. M. R. V. **Construção da subjetividade**: processo de inserção de crianças pequenas e suas famílias à creche. Tese de doutorado. Rio de Janeiro:UERJ, 2002.

VIVARTA, Veet (org.). **Saúde em pauta**: doença e qualidade de vida no olhar da imprensa sobre a infância. São Paulo: Cortez, 2003.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

WALLON, Henri. **Psicologia e educação da infância**. Lisboa: Editorial Estampa Ltda, 1975.

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

ANEXOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO**

**LUDOTERAPIA: UMA ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA-EDUCACIONAL PARA
CRIANÇAS HOSPITALIZADAS NA ENFERMARIA PEDIÁTRICA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE –
CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS E AVALIAÇÃO DAS
INTERVENÇÕES PEDAGÓGICAS**

**ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA MÉDICOS E/OU
ENFERMEIROS**

- 1- NOME DO PROFISSIONAL
- 2- FUNÇÃO
- 3- NOME DA CRIANÇA (PACIENTE)
- 4- MOTIVO DA INTERNAÇÃO
- 5- QUAL A PROVÁVEL PERMANÊNCIA?
- 6- EXISTEM LIMITAÇÕES FÍSICAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE NOSSAS ATIVIDADES?
- 7- A CRIANÇA APRESENTA ALGUM TIPO DE ALERGIA? (USAMOS MATERIAIS COM CORANTES)
- 8- NOSSA EQUIPE PODE AJUDAR NO TRATAMENTO E/OU NA ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO? (ex: já nos foi solicitada ajuda para diagnosticar a causa de uma paralisia repentina em uma criança)

Profª. Dra. Eva Maria Siqueira Alves

Cidade Universitária Prof. José Aloísio de Campos – CEP 49100-000; São Cristóvão – Sergipe – Brasil
Fone: (79)2105 – 6806; 2105 – 6757 (79) 9972-6369 / 8819-6369; E-mail: evas@ufs.br; evasa@uol.com.br

Carla Daniela Kohn

Telefone: (79) 9977-1452; E-mail: jurinhahobao@infonet.com.br



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO**

**LUDOTERAPIA: UMA ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA-EDUCACIONAL PARA
CRIANÇAS HOSPITALIZADAS NA ENFERMARIA PEDIÁTRICA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE –
CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS E AVALIAÇÃO DAS
INTERVENÇÕES PEDAGÓGICAS**

**ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA PAIS E/OU
ACOMPANHANTES**

- 1- NOME DA CRIANÇA (PACIENTE)
- 2- IDADE DA CRIANÇA (PACIENTE)
- 3- SEXO (PACIENTE)
- 4- ENDEREÇO CIDADE ESTADO
- 5- NOME DO ACOMPANHANTE
- 6- GRAU DE PARENTESCO
- 7- DATA DA INTERNAÇÃO
- 8- MOTIVO DA INTERNAÇÃO
- 9- EM CASO DE DOENÇA CRÔNICA, QUAL A FREQUÊNCIA DAS
INTERNAÇÕES E QUANTO TEMPO EM MÉDIA CADA INTERNAÇÃO?
- 10- A CRIANÇA (PACIENTE) APRESENTA ALGUM TIPO DE LIMITAÇÃO
MENTAL E/OU FÍSICA?
- 11- A CRIANÇA (PACIENTE) ESTÁ MATRICULADA EM ALGUMA ESCOLA?
- 12- EM CASO AFIRMATIVO QUAL O NOME DA ESCOLA E SÉRIE QUE ESTÁ
CURSANDO?
- 13- HÁ QUANTO TEMPO NÃO VAI À ESCOLA?
- 14- A CRIANÇA APRESENTA ALGUMA DIFICULDADE COM A LEITURA E A
ESCRITA? (PARA CRIANÇAS ACIMA DE 6ANOS)
- 15- QUAL O TIPO DE LEITURA PREFERIDA PELA CRIANÇA?

Prof.ª Dra. Eva Maria Siqueira Alves
Cidade Universitária Prof. José Aloísio de Campos – CEP 49100-000; São Cristóvão – Sergipe – Brasil
Fone: (79)2105 – 6806; 2105 – 6757 (79) 9972-6369 / 8819-6369; E-mail: evas@ufs.br; evasu@uol.com.br
Carla Daniela Kohn
Telefone: (79) 9977-1452; E-mail: jurinhalebao@infonet.com.br



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO**

**16-A CRIANÇA GOSTA DE MATEMÁTICA, OU APRESENTA ALGUMA
DIFICULDADE EM RELAÇÃO A ESSA MATÉRIA? (PARA CRIANÇAS
ACIMA DE 6 ANOS)**

**OBS: PARA AS CRIANÇAS (PACIENTES) ACIMA DE 6 ANOS SERÁ FEITA UMA
AVALIAÇÃO INICIAL DO GRAU DE DESENVOLVIMENTO COGNITIVO EM
RELAÇÃO À LEITURA, MATEMÁTICA E CONHECIMENTOS GERAIS.**

Prof. Dra. Eva Maria Siqueira Alves

Cidade Universitária Prof. José Aloísio de Campos – CEP 49100-000; São Cristóvão – Sergipe – Brasil
Fone: (79)2105 – 6806; 2105 – 6757 (79) 9972-6369 / 8819-6369; E-mail: evas@ufs.br; evasa@uol.com.br

Carla Daniela Kohn

Telefone: (79) 9977-1452; E-mail: iurinhahobau@infonet.com.br



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO**

**LUDOTERAPIA: UMA ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA-EDUCACIONAL PARA
CRIANÇAS HOSPITALIZADAS NA ENFERMARIA PEDIÁTRICA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE –
CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS E AVALIAÇÃO DAS
INTERVENÇÕES PEDAGÓGICAS**

ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM AS CRIANÇAS (PACIENTES)

- 1- NOME
- 2- IDADE
- 3- ESTÁ NA ESCOLA?
- 4- QUE SÉRIE ESTÁ CURSANDO?
- 5- O QUE MAIS GOSTA DE FAZER?
LER: QUE TIPO DE LEITURA?
ESCREVER:
DESENHAR:
FAZER CONTAS:
JOGOS:
ATIVIDADES ARTÍSTICAS (MANUAIS):
VER TV: QUE TIPO DE PROGRAMAS?
- 6- SABE USAR O COMPUTADOR?

Prof.ª Dra. Eva Maria Siqueira Alves
Cidade Universitária Prof. José Aloísio de Campos – CEP 49100-000; São Cristóvão – Sergipe – Brasil
Fone: (79)2105 – 6806; 2105 – 6757 (79) 9972-6369 / 8819-6369; E-mail: evas@ufs.br; evasa@uol.com.br
Carla Daniela Kohn
Telefone: (79) 9977-1452; E-mail: jurinhahobao@infonct.com.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO

- 7- SE A RESPOSTA ANTERIOR FOR AFIRMATIVA, O QUE GOSTA DE FAZER NO COMPUTADOR (JOGOS, BATE-PAPO, PESQUISAS)?
- 8- SENTE ALGUMA DOR OU INCÔMODO PARA FAZER AS ATIVIDADES SUGERIDAS?
- 9- TEM ALGUMA COISA QUE GOSTARIA DE PEDIR PARA FAZER? (já recebemos algumas solicitações de pacientes acima dos 10 anos, normalmente meninas e que tiveram uma internação superior há um mês, no sentido de fazerem atividades relacionadas com a escola, com o que estavam aprendendo e demonstrando uma preocupação com o retorno às aulas e a possibilidade de não conseguirem acompanhar os colegas. O que percebemos ser também uma grande preocupação por parte dos pais)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, _____ portador do R.G. nº _____, médico/enfermeiro responsável pelo atendimento dos internos da enfermaria pediátrica do HU/UFS declaro estar ciente do Projeto de Pesquisa LUDOTERAPIA: UMA ESTRATÉGIA EDUCACIONAL PARA CRIANÇAS HOSPITALIZADAS NA ENFERMARIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS E AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES PEDAGÓGICAS, que tem como objetivo traçar o perfil geral e características pedagógicas das crianças atendidas, visando apontar os resultados alcançados e avaliar a intervenção pedagógica realizada na enfermaria pediátrica do HU/UFS.

Tenho conhecimento de que para alcançar os objetivos da pesquisa em questão será necessária minha participação em uma entrevista com a pesquisadora para fornecer dados clínicos referentes à patologia, ao tratamento, às limitações físicas decorrentes do tratamento e da patologia, as possíveis alergias e ao provável tempo de internação do(a) paciente menor pelo(a) qual sou responsável bem como minha autorização para a utilização de imagens e áudio das atividades e da entrevista realizadas.

Autorizo Eva Maria Siqueira Alves e Carla Daniela Kohn a utilizar os dados coletados nesta análise para os fins a que se destina a pesquisa.

Estou ciente de que tenho a liberdade de esclarecimento e a qualquer momento mesmo tendo assinado este termo de retirar meu consentimento, no todo ou em parte, sem que isso resulte em qualquer prejuízo.

Aracaju, _____ de _____ de 200__.

Profissional

Eva Maria Siqueira Alves

Carla Daniela Kohn

Prof.ª Dra. Eva Maria Siqueira Alves

Cidade Universitária Prof. José Aloísio de Campos – CEP 49100-000; São Cristóvão – Sergipe – Brasil
Fone: (79)2105 – 6806; 2105 – 6757 (79) 9972-6369 / 8819-6369; E-mail: evasa@ufs.br; evasa@uol.com.br

Carla Daniela Kohn

Telefone: (79) 9977-1452; E-mail: jurinhhalobao@infonet.com.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, _____ portador do R.G. nº _____, responsável pelo(a) menor _____, declaro estar ciente do Projeto de Pesquisa LUDOTERAPIA: UMA ESTRATÉGIA EDUCACIONAL PARA CRIANÇAS HOSPITALIZADAS NA ENFERMARIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS E AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES PEDAGÓGICAS, que tem como objetivo traçar o perfil geral e características pedagógicas das crianças atendidas, visando apontar os resultados alcançados e avaliar a intervenção pedagógica realizada na enfermaria pediátrica do HU/UFS.

Tenho conhecimento de que para alcançar os objetivos da pesquisa em questão será necessária minha participação em uma entrevista com a pesquisadora para fornecer dados pessoais, clínicos e pedagógicos do (a) menor pelo (a) qual sou responsável bem como minha autorização para a utilização de imagens e áudio das atividades e da entrevista realizadas.

Autorizo Eva Maria Siqueira Alves e Carla Daniela Kohn a utilizar os dados coletados nesta análise para os fins a que se destina a pesquisa.

Estou ciente de que tenho a liberdade de esclarecimento e a qualquer momento mesmo tendo assinado este termo de retirar meu consentimento, no todo ou em parte, sem que isso resulte em qualquer prejuízo.

Aracaju, _____ de _____ de 200__.

Responsável pela criança (paciente)

Eva Maria Siqueira Alves

Carla Daniela Kohn

Prof. Dra. Eva Maria Siqueira Alves
Cidade Universitária Prof. José Aloísio de Campos – CEP 49100-000; São Cristóvão – Sergipe – Brasil
Fone: (79)2105 – 6806; 2105 – 6757 (79) 9972-6369 / 8819-6369; E-mail: evas@ufs.br; evasa@uol.com.br
Carla Daniela Kohn
Telefone: (79) 9977-1452; E-mail: jurinhalaobao@infonet.com.br

REGISTROS FOTOGRÁFICOS



Jogo Saquinho - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



Jogo de Boliche - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



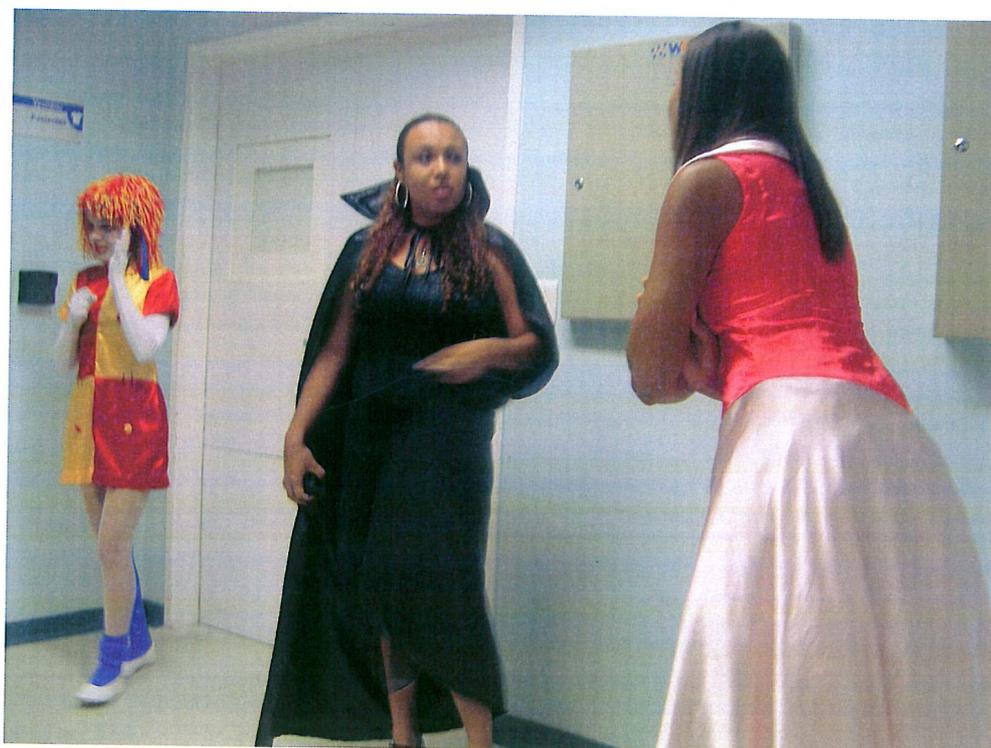
Dia das crianças - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



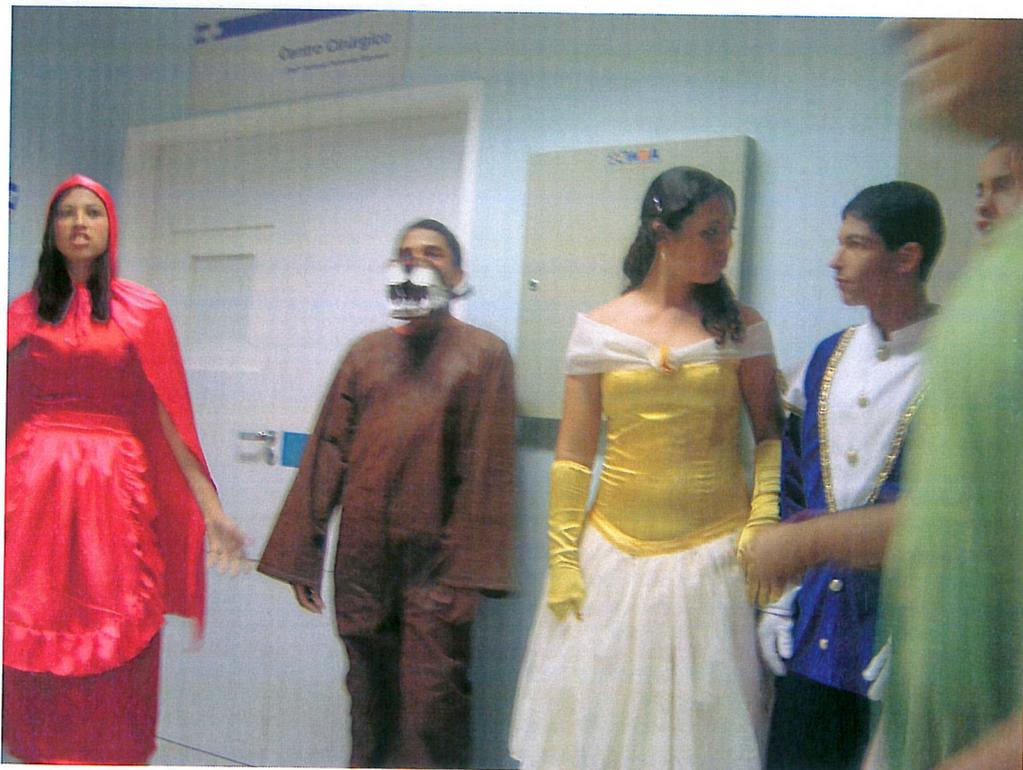
Dia das crianças - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



Platéia de Teatro - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



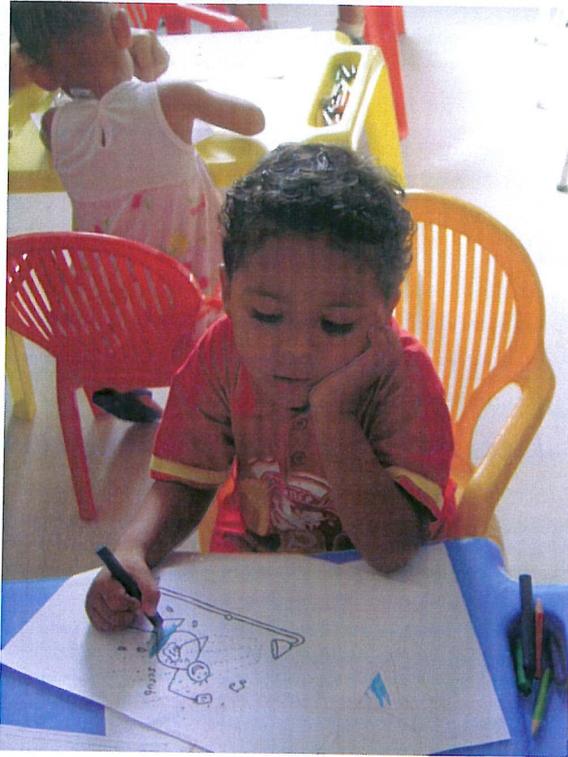
Apresentação da Peça - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



Apresentação da Peça - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



Jogo da Memória - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



Pintura "O Banho" - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



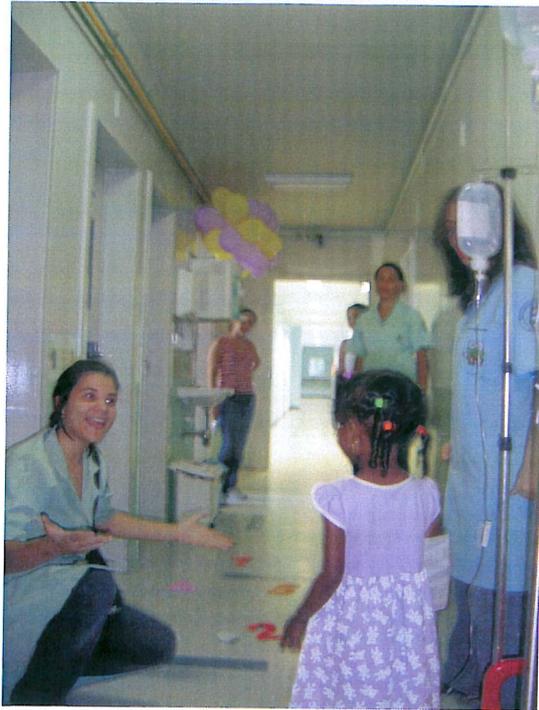
Aprendendo o Alfabeto - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



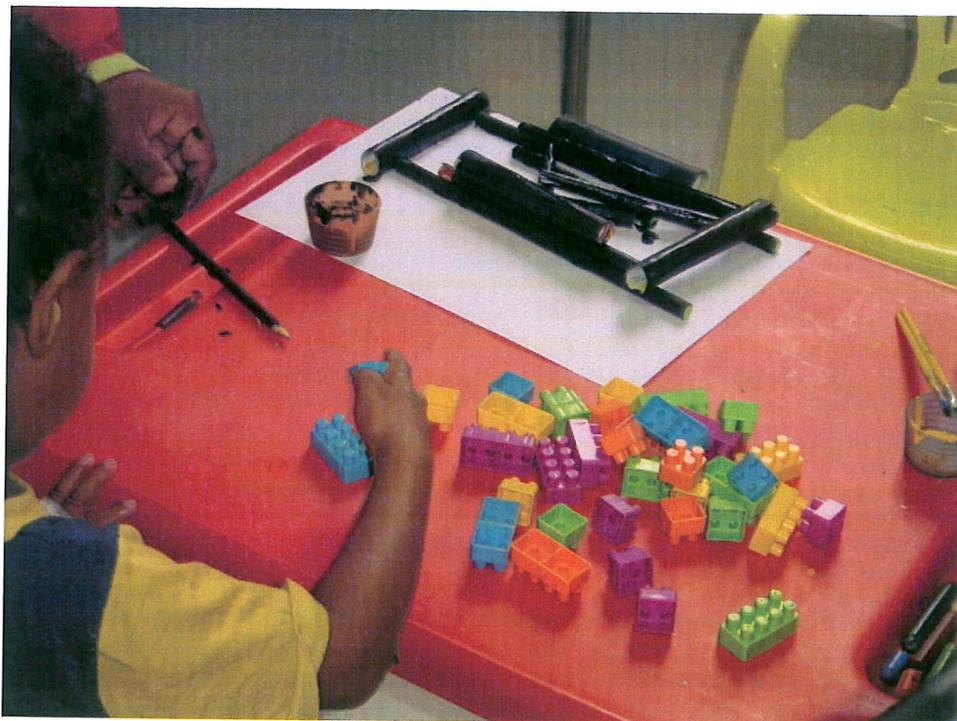
Atividade da Primavera - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



Atividade da Primavera - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



Jogo do Saquinho - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



Atividade com Lego - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



Construindo sua Cidade - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



Fogueira de São João - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



Mosaico "Bandeira do Brasil" - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



Mosaico "Bandeira do Brasil" - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



Quebra-cabeça “Conhecendo o Mundo” - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



Pintura com Sucatas - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



Equipe parcial da Pesquisa - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



Teatro de Fantoques - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



Pintura com Sucata - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



Faz-de-conta "Eu sou o Médico" - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



Faz-de-conta "Eu sou o Médico" - Fonte: Kohn, C. HU/UFS



Faz-de-conta "Eu sou o Médico" - Fonte: Kohn, C. HU/UFS