Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Classe hospitalar: uma estratégia para a promoção da
saúde da criança**

Edson Vanderlei Zombini

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública.**

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cecília Focesi Pelicioni

São Paulo

2011

Classe hospitalar: uma estratégia para a promoção da saúde da criança

Edson Vanderlei Zombini

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cecília Focesi Pelicioni

São Paulo

2011

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

“A doença é o lado noturno da vida, uma cidadania mais onerosa. Quem nasce tem a dupla cidadania, uma no reino da saúde, outra no reino da enfermidade. Preferimos usar o passaporte da saúde, mas somos obrigados, ao menos por um instante, a nos identificar como cidadãos daquele outro lugar”.

Susan Sontag (escritora norte-americana)

Ao amigo Bruno, com saudades...

Agradecimentos

Agradeço imensamente a professora Maria Cecília Focesi Pelicioni, querida mestra e grande amiga, uma referência para nortear a minha carreira. Obrigado pela dedicação que dispensou na orientação de todo o trajeto desta pesquisa.

Aos meus pais, pelo exemplo de luta por uma condição de vida melhor e por ter compreendido a minha ausência nestes dois anos dedicados a este trabalho.

A minha querida irmã e o meu cunhado que sempre me socorrem nos momentos mais difíceis.

Às minhas sobrinhas, sobrinhos e minha sobrinha neta, verdadeiras riquezas da minha vida.

Aos professores: Aracy Witt de Pinho Spínola e Dráuzio Viegas que avaliaram esta pesquisa desde a qualificação e pré-banca com ricas sugestões.

Ao amigo Álvaro por ter me mostrado novos caminhos da vida e de certa forma ter melhorado o meu eu.

Ao amigo Nilton Harunori Chinen, meu irmão oriental, pelo companheirismo desde o tempo de universidade, grande incentivador da minha pós-graduação.

Às minha amigas do CCD, Luciana e Roseana, pois além da amizade e carinho, muitas vezes se sobrecarregaram devido a minha ausência no trabalho.

À minha amiga Darci Angélica Clarizia, grande companheira nas lutas por melhorias no hospital em que trabalhamos há 23 anos, tanto na parte assistencial quanto de ensino. Muitas vezes foi ombro amigo dos meus desabafos. Obrigado querida Dadá!

Às professoras Ângela e Maria Aparecida pelo trabalho dedicado na continuidade do aprendizado de crianças hospitalizadas e também pela ajuda na concretização desta pesquisa.

Ao amigo Prof. Américo Pelicioni, além de grande profissional, um exemplo de ser humano; obrigado pela sua amizade e por você ter de certa forma me direcionado até esta Universidade.

À amiga Andréa Pelicioni; nunca me esquecerei da ajuda e do ensino na realização do primeiro grupo focal que participei.

Aos amigos de turma de pós graduação: Ayodele, Dorival, Bianca, Natália, Paula, Marisa, Elaine (pós Doc); Elaine (doutoranda) e Gláucia pelo companheirismo e pela amizade.

À minha amiga Lurdinha pelo carinho que sempre teve comigo desde o tempo de Universidade e ao seu filho Matheus Felipe (o meu afilhado) que apesar de “baladeiro” é estudioso e trabalhador.

A todos os funcionários do Departamento de Prática da FSP-USP pelo carinho que sempre atenderam às minhas solicitações.

À Profa. Cecília Magaldi, professora do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, por ter despertado precocemente o meu interesse por pesquisa social e também pela luta e garra por uma sociedade menos desigual. Onde você estiver tenha o meu carinho e a minha gratidão.

Às crianças e pais que participaram deste projeto por ter me ensinado a importância do bom acolhimento durante a hospitalização.

À Diretoria do Hospital Infantil Cândido Fontoura por ter permitido a realização do projeto nas dependências desta instituição.

À enfermeira Iara, ex colega do CCD/COVISA, por ter me incentivado a fazer o Mestrado na Faculdade de Saúde Pública.

À Denise, ex colega do CCD/COVISA, grande batalhadora pelo reconhecimento da importância da Educação em Saúde no dia a dia da vigilância epidemiológica.

À amiga Renata Toledo Ferraz, obrigado por você ter me socorrido durante a realização de uma das disciplinas. Certamente as suas palavras de conforto e sua orientação me animaram para superar o obstáculo que me deparei naquela época.

Apresentação

Chamo-me Edson Vanderlei Zombini, nasci na Cidade de São Paulo em 15 de novembro de 1958. Sou neto de imigrantes italianos que se instalaram no Estado de São Paulo em cidades da região da Serra do Japi, e que posteriormente, com a crise do café e início da industrialização, migraram para o bairro da Mooca, na Cidade de São Paulo, para trabalharem em fábricas de vidro e tecelagem.

Desde cedo me despertou o interesse pelas ciências biológicas, sendo que no 2º. ano do colégio decidi ser médico.

Iniciei o Curso de Medicina da Universidade Estadual Paulista, no Campus de Botucatu em 1977. Nesta cidade interiorana permaneci boa parte da minha juventude.

O início do meu curso de medicina coincidiu com o 1º. ano de vida da minha primeira sobrinha. Na observação do seu desenvolvimento e do trabalho do pediatra que a assistia, comecei a me interessar pela pediatria.

No quarto ano do meu curso de graduação, freqüentei o estágio na enfermaria de pediatria do Hospital das Clínicas da Faculdade. Tinha sob a minha responsabilidade, sob supervisão de professores, uma criança com uma infecção sistêmica grave. Nos dois meses deste estágio tive a oportunidade de vivenciar a luta desta criança pela sua recuperação até esta se curar e receber alta hospitalar.

O fato descrito me fez sentir engrandecido por ter colaborado no restabelecimento da saúde daquela criança, sendo este o marco que direcionou a escolha da pediatria como minha especialização.

Em 1983, ingressei na Residência Médica de Pediatria da mesma Universidade. Durante os meus estágios ficou evidente o meu gosto em assistir as crianças hospitalizadas.

Ao concluir a minha especialização, retornei à Cidade de São Paulo e desde então dedico a maior parte da minha vida profissional no serviço público de saúde,

particularmente em enfermarias de pediatria, na atenção às crianças hospitalizadas e no desenvolvimento de atividades de ensino médico em Residência Médica de Pediatria.

Nestes 28 anos de atuação em pediatria, tive a oportunidade de observar a evolução da Humanização nas enfermarias destinadas à internação de crianças.

Na década de 1970, a maioria das crianças não tinha sequer o direito de ter acompanhamento de seus pais durante a hospitalização. Até este período, na maioria dos hospitais públicos, o contato da mãe com o filho doente se restringia aos esparsos horários de visita ou quando o estado de saúde do menor se agravava, restando à mãe vivenciar o último suspiro do filho enfermo. Não era raro, às vezes em que a mãe era entregue o filho já morto.

Felizmente, no final da década de 1980, esta situação começa a se modificar com o surgimento de políticas que favoreciam a permanência dos pais no acompanhamento dos seus filhos durante a hospitalização.

Há três anos, durante uma visita de fim de semana aos pacientes internados na enfermaria de pediatria do Hospital Infantil Cândido Fontoura – Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, local em trabalho há 26 anos, as crianças me questionavam com frequência se haveria aula na escola do hospital naquele dia.

Tal fato fez com que eu fosse conhecer este ambiente tão cobiçado pelas crianças. Lá, uma das professoras pacientemente me expôs a finalidade daquela atividade e a sua atuação naquela sala de aula, fornecendo-me material científico sobre o projeto Classe Hospitalar.

Ao ler tal material, despertou-me o interesse em desenvolver algum trabalho, especificamente na área de educação em saúde, com as crianças hospitalizadas. A intenção era que no desenvolvimento das atividades, eu me mesclasse às professoras e aos alunos para tentar vivenciar o outro lado, o de ser paciente.

Nesta época, havia iniciado o curso de pós graduação, nível mestrado, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Comentei com a minha orientadora a intenção de fazer tal trabalho, esta gostou e aprovou a idéia de desenvolver uma pesquisa nesta área.

Ao término deste trabalho me sinto satisfeito em colaborar na divulgação da importância da Classe Hospitalar e em deixar para as crianças um material educativo que, de forma bastante lúdica, contribui na construção de conhecimentos, ao mesmo tempo em que promove a saúde num momento tão conflitante de nossas vidas, a hospitalização.

Por tudo isso, já valeu muito ter chegado até aqui!

O autor

Resumo

Zombini EV. Classe hospitalar: uma estratégia para a promoção da saúde da criança [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011.

A saúde é determinada por condições sociais, econômicas, educacionais, políticas e ambientais extrapolando, portanto, a dimensão exclusivamente biológica. Sua promoção definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, depende da colaboração de diversos setores, da participação popular e da utilização de diferentes instrumentos, tais como: educação, informação e legislação. A abordagem educativa deve estar presente em todas as ações para promover a saúde e prevenir as doenças. Dentre as diretrizes da Promoção da Saúde está a criação de ambientes favoráveis à saúde. A Classe Hospitalar é um espaço dentro dos hospitais reservado ao desenvolvimento de atividades pedagógico-educacionais em ambiente favorável à promoção do bem estar das crianças. Possibilita a construção de conhecimentos, a capacitação e o ensino de algumas habilidades e contribui para o desenvolvimento infantil. Ameniza o sofrimento da criança, tranquilizando os pais durante a hospitalização. É uma importante aliada no processo de Humanização Hospitalar. Um trabalho pedagógico-educacional, utilizando como apoio um Manual de Saúde Ocular, dois filmes e jogos de multimídia, foi realizado em uma classe hospitalar de um Hospital Público com a finalidade de analisar as suas contribuições para promover a educação e promoção da saúde entre crianças internadas. A partir do uso desse material instrucional, verificaram os seus efeitos na redução de sentimentos negativos, tanto das crianças quanto de seus pais, inerentes à hospitalização. Entrevistas com os pais e educadores bem como observação dos alunos em sala de aula permitiram avaliar os benefícios das atividades. O material educativo mostrou-se eficiente tanto para a educação continuada dos educadores, quanto para a intermediação da informação entre o professor e o aluno, melhorando a construção de conhecimentos relativos à saúde e a doença. Além disso, favoreceu as relações sociais entre os alunos e seus familiares, reduzindo a preocupação dos pais quanto à quebra da rotina escolar do filho doente. Percebeu-se um desinteresse da escola em que os doentes estavam matriculados antes da internação. Não procurava saber notícias sobre seu aluno hospitalizado. Ficou evidente a importância da Classe Hospitalar em amenizar os efeitos negativos da hospitalização. Este espaço é favorável ao desenvolvimento de atividades de educação em saúde durante a hospitalização contribuindo para o empoderamento necessário para vencer as barreiras que se impõem à uma participação mais efetiva em prol de um bom nível de saúde e de qualidade de vida.

Descritores: Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Classe Hospitalar, Material Instrucional, Humanização.

Abstract

Zombini EV. Hospital school: a strategy for promoting a child's health [mastership thesis]. São Paulo: The College of Public Health of the University of São Paulo; 2011.

Health is determined by social, economical, educational, political and environmental conditions, therefore, beyond its solely biological dimension. Its promotion defined as the process of the community empowerment to act for the improvement of their quality of life and health depends on the collaboration of several sectors, population participation and the use of different resources, such as: education, information and legislation. The educational approach should be present in all actions to promote health and prevent diseases. The creation of health favorable environments is among the guidelines for the Promotion of Health. The Hospital School is a room inside hospitals maintained for the development of educational-pedagogic activities in an environment that favors the promotion of children's well-being. It makes the construction of knowledge, the skills building, and the teaching of some abilities possible, and it also contributes to the child development. It softens child's suffering, easing parents during hospitalization. It's an important ally in the process of Hospital Humanization. An educational-pedagogic work was carried out by using an Eye Health Manual, two movies and multimedia games as aids in a hospital classroom of a public Hospital aiming at analyzing their contribution in promoting education and health among hospitalized children. From the use of these instructional materials, the effects in the reduction of both children's and parents' negative feelings inherent in hospitalization were verified. The interviews with parents and educators as well as the observation of the pupils in the classroom allowed us to assess the benefits of these activities. The educational material showed to be efficient both for the continuing formation of the educators and for the mediation of the information between teacher and pupil improving the construction of knowledge related to health and disease. Besides that, it favored social relationships between the students and their family members reducing parents' worry about the break of their sick child's school routine. A lack of concern from the school where the sick students were enrolled before hospitalization was perceived. They didn't ask for any news about the hospitalized student. The importance of the Hospital School in soothing the negative effects of hospitalization became evident. This space favors the development of the activities of health education during hospitalization thus contributing to the necessary empowerment to overcome the barriers which are imposed on a more effective participation towards a good level of health and quality of life.

Key Words: Health Promotion; Health Education; Hospital School, Instructional Material, Humanization.

Índice

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 O nascimento do hospital	18
1.2 A criança no hospital	26
1.3 A descoberta da infância: os laços de sentimentos entre a família e a criança	30
1.4 A escola e o resgate da infância	35
1.5 A classe hospitalar	41
2. OBJETIVOS	53
2.1 Objetivo Geral	53
2.2 Objetivos Específicos	53
3. CENÁRIO DA PESQUISA	55
4. METODOLOGIA	59
4.1 Tipo de estudo	59
4.2 Os sujeitos da pesquisa	60
4.3 Os instrumentos a serem utilizados	61
4.3.1 A pesquisa documental	61
4.3.2 A observação sistematizada	62
4.3.3 A entrevista	63
4.3.4 Manual para educação continuada dos educadores	65
4.3.5 Material de multimídia	66
4.4 Das atividades de pesquisa - realização, coordenação e supervisão	69
4.5 Aspectos éticos da pesquisa	70
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	72
5.1 História e funcionamento da classe hospitalar do Hospital Infantil Cândido Fontoura	73
5.2 A pesquisa	76
5.2.1 O significado da hospitalização	81
5.2.2 A importância da classe hospitalar	83

5.2.3 Mudanças no cotidiano familiar	85
5.2.4 Alterações na rotina da criança hospitalizada	88
5.3 O trabalho de educação e promoção em saúde desenvolvido na classe hospitalar	90
5.4 A atividade do professor na classe hospitalar	102
6. CONCLUSÕES	112
7. RECOMENDAÇÕES	116
8. REFERÊNCIAS	119
9. Anexos	128
Anexo 1 - Relação de classes hospitalares segundo a sua localização	128
Anexo 2 - Roteiro para observação da criança em classe hospitalar	133
Anexo 3 - Roteiro de observação do educador	135
Anexo 4 - Roteiro para entrevista de pais e/ou responsáveis das crianças	136
Anexo 5 - Roteiro para entrevista dos educadores especializados	137
Anexo 6 - Manual instrucional para a capacitação dos educadores	138
Anexo 7 - Material instrucional de multimídia	139
Anexo 8 - Termo de consentimento livre e esclarecido para os educadores da classe hospitalar	140
Anexo 9 - Termo de consentimento livre e esclarecido para pais e/ou responsáveis	142
Anexo 10 - Termo de consentimento livre e esclarecido para pais e/ou responsáveis autorizarem seu/sua filho(a) a participar do projeto	144
Anexo 11 - Desenhos e redações elaborados pelos alunos	146
Anexo 12 - Jogo do tabuleiro	147
Anexo 13 - Jogo de caça palavras	148
Anexo 14 - Jogo de cartas	149
Anexo 15 - Folder da classe hospitalar	150

Lista de Gráficos

Gráfico 1 -	Distribuição dos alunos segundo a idade	77
Gráfico 2 -	Distribuição dos alunos de acordo com o sexo	77
Gráfico 3 -	Distribuição dos alunos de acordo com a escolaridade	78
Gráfico 4 -	Grau de parentesco dos acompanhantes entrevistados	79
Gráfico 5 -	Nível de instrução materna	79
Gráfico 6 -	Distribuição dos alunos de acordo com o tempo de hospitalização	80
Gráfico 7 -	Distribuição das escolas de acordo com o conhecimento do programa classes hospitalares	108
Gráfico 8 -	Distribuição das escolas de acordo com o interesse em saber notícias do aluno hospitalizado	109

Lista de Fotos

Foto 1 -	Hôtel- Dieu (século VII)	21
Foto 2 -	Enfermaria do Hôtel-Dieu	21
Foto 3 -	Incêndio do Hôtel-Dieu	22
Foto 4 -	Hôtel-Dieu (2010)	23
Foto 5 -	Jardins do Hôtel-Dieu (2010)	24
Foto 6 -	Criança um adulto em miniatura	30
Foto 7 -	Criança um adulto em miniatura	30
Foto 8 -	A morte prematura	31
Foto 9 -	Crianças do século XVII	32
Foto 10 -	Criança do século XIX	35
Foto 11 -	Crianças esperam distribuição de tarefas em Frente de trabalho	38
Foto 12 -	Sala de aula em hospital	41
Foto 13 -	Entrada do Hospital Jesus (a)	46
Foto 14 -	Entrada do Hospital Jesus (b)	46
Foto 15 -	Entrada do Hospital Jesus (c)	46
Foto 16 -	Classe Hospitalar do Hospital Jesus	47
Foto 17 -	Hospital Infantil Cândido Fontoura	55
Foto 18 -	Classe Hospitalar do Hospital Infantil Cândido Fontoura	57
Foto 19 -	Filme “A visão”	66
Foto 20 -	Filme “O meio ambiente”	67
Foto 21 -	Jogos de multimídia	68
Foto 22 -	A Classe Hospitalar do Hospital Infantil Cândido Fontoura	73
Foto 23 -	Programa Familiar Acompanhante	75
Foto 24 -	Facilitando o aprendizado	93
Foto 25 -	Alunos em atividade escolar	99
Foto 26 -	Jogo de cartas	105
Foto 27 -	Jogo de caça palavras	106
Foto 28 -	Pintura e colagem de resíduos	107
Foto 29 -	Folder Classe Hospitalar	110
Foto 30 -	Jogo Lodo	110

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A saúde concebida além do aspecto biológico, como bem estar físico, mental e social é determinada por condições sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais. A ação conjunta de diferentes setores em prol de políticas públicas saudáveis, com justiça e equidade, aliada à oportunidade de participação popular levam a intervenções sobre seus determinantes e condicionantes, favorecendo a promoção da saúde e a melhoria na qualidade de vida.

Definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, a promoção da saúde se faz por meio de maior participação popular no controle deste processo (BRASIL, 2002).

Suas estratégias dependem de uma ação coordenada entre diferentes segmentos da sociedade (governo, população, iniciativa privada, mídia, organizações voluntárias e não governamentais) visando atingir ações e condições favoráveis à saúde e prover mediação entre os setores sociais, econômicos, políticos e culturais para acelerar as resoluções dos problemas desta área bem como assegurar a oportunidade dos indivíduos conhecerem e controlarem os fatores que a influenciam (RESTREPO, 2002; BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003).

Compreendida como um processo de luta, conquista e construção, a saúde não é uma situação estática. Necessita que o ser humano constantemente tome decisões assumindo responsabilidade pela vida.

O nível de saúde está relacionado à intensidade com que o meio proporciona às pessoas a oportunidade de enfrentar com autonomia e responsabilidade as condições adversas de vida ao invés de dependerem essencialmente de regras decididas por outros.

De acordo com PELICIONI (2005), a promoção da saúde envolvendo a população na sua vida cotidiana age sobre as causas favoráveis à saúde e não somente sobre as causas de doença. Portanto, depende da colaboração desses diversos setores, da participação popular e da utilização de diferentes instrumentos, tais como: educação, informação, legislação e organização comunitária para que isso ocorra.

A participação compreende a oportunidade de obter informações corretas necessárias para analisar de forma crítica as adversidades do dia a dia, na tentativa de solucioná-las em prol de resultados positivos no nível de saúde como na construção de um novo modelo de atenção.

A abordagem educativa deve estar presente em todas as ações buscando promover a saúde e prevenir as doenças bem como facilitando a incorporação de idéias e práticas corretas que passem a fazer parte do cotidiano das pessoas de forma a atender suas reais necessidades (PELICIONI & PELICIONI, 2007).

A aquisição de conhecimentos desperta uma consciência crítica que vai favorecer encaminhamentos, decisões conjuntas e possíveis soluções de problemas. Por sua vez, o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde, campo de ação prioritária da Promoção da Saúde, se viabiliza por meio da difusão de informações corretas e da educação continuada em diferentes ambientes (escola, trabalho, unidade de saúde e na comunidade em geral), garantindo assim a obtenção de conhecimento, de poder técnico e de consciência política (BUSS, 2003).

A educação em saúde deve buscar capacitar a população para a reflexão sobre a sua qualidade de vida, causas e prevenção de problemas, possíveis soluções, acesso a recursos, normas e leis existentes (FOCESI apud PENTEADO, 1996). É fundamental para o desenvolvimento de competências necessárias para que as pessoas analisem e transformem a sua realidade, assumam o controle e a responsabilidade sobre a sua saúde e a da comunidade.

O processo de capacitação de indivíduos e comunidades pela educação formal ou informal deverá ser embasada em uma pedagogia crítica, dialógica e problematizadora fazendo não só emergir os problemas, mas também valorizando o saber e a experiência prévia das pessoas.

Segundo PELICIONI (2005, p.418), “(...) a educação e a participação da população, fundamentais para assegurar que as idéias da promoção se viabilizem eficazmente, deverão ser construídas pelo povo e com o povo, e não sobre o povo e para o povo”.

A Carta de Ottawa ressaltou a importância da participação ativa da população para a melhoria da sua saúde e qualidade de vida (OPAS, 1986). Viabilizada por meio de educação em saúde vai preparar o indivíduo para o exercício da cidadania, para exigir direitos e assumir o controle e a responsabilidade sobre a sua saúde, desde que

utilize para tal a comunicação dialógica, pois somente o indivíduo motivado e bem orientado poderá incorporar novos significados e valores para melhorar sua saúde e qualidade de vida (PELICIONI, 2008).

O Ministério da Saúde, em 2001, através de uma de suas secretarias criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, que posteriormente, em 2003, foi ampliado para todo o sistema de saúde, passando a denominar Política Nacional de Humanização (PNH) destinada à promover uma nova cultura de atendimento (BRASIL, 2001 e 2003).

Humanizar na atenção à saúde compreende dentre outras coisas, o restabelecimento de valores como a cidadania e o direito à participação social e à saúde como qualidade de vida. É a forma de atenção que valoriza a qualidade técnica do cuidado associado ao reconhecimento da singularidade e integralidade do indivíduo (DESLANDES, 2004; FORTES, 2004; CASATE e CORREA, 2005).

A visão tecnicista advinda do paradigma newtoniano-cartesiano que imperou desde o século XVII e adentrou boa parte do século XX com recursos tecnológicos da mais alta resolução originou a visão fragmentada e racionalista da formação dos profissionais das diversas áreas. Há a necessidade de instaurar um novo paradigma com uma visão do indivíduo de modo integral, reaproximando corpo e mente, emoção e razão, ciência e fé; propondo a reintegração, o inter-relacionamento, a interconexão, ou seja, a reaproximação das partes com o todo. Este novo modelo trouxe uma visão mais humanizada às diversas relações entre os indivíduos (BEHRENS, 2009).

A integralidade na atenção supõe o desenvolvimento do cuidar na prática dos profissionais da saúde, a criação de vínculos com outras dimensões do processo saúde-doença não restritos ao âmbito da epidemiologia e clínica tradicionais.

Por conta desta nova realidade, tornou-se comum nos hospitais a busca pela chamada humanização promovendo a satisfação do usuário e de toda a comunidade hospitalar.

Dentre as diretrizes da PNH está o incentivo às práticas de promoção da saúde. A saúde de cada indivíduo depende dentre outros fatores, das ações humanas, das interações sociais, das políticas públicas, dos modelos de atenção à saúde e das intervenções sobre o meio ambiente para que se torne mais saudável. As ações humanas e as interações sociais são estratégias que aproximam a promoção da saúde da

humanização na atenção à saúde estabelecendo uma estreita relação entre ambas, caracterizada por um processo prolongado e dinâmico (MARTINS e BÓGUS, 2004).

A atenção ao indivíduo hospitalizado modificou-se conforme o momento histórico no qual os hospitais estavam inseridos. Na antiguidade, por exemplo, tinham a finalidade única de asilamento focado exclusivamente num discurso caritativo que posteriormente passou para o propósito exclusivo de levar a cura dos corpos enfermos.

1.1 O nascimento do hospital

O termo hospital, traduzido do grego Nosokhomeion e do latin hospes que deu origem a hospitalis e a hospitium, designava no passado lugares onde se asilavam doentes, viajantes, peregrinos e insanos.

Os hospitais surgiram como instituições cristãs. O primeiro deles foi fundado em Roma por volta do ano 400 por Fabíola, uma jovem de origem nobre (SCLIAR, 1996).

Segundo ANTUNES (1991), tiveram na sua evolução diversas finalidades, desde um meio para a reposição aos desprovidos de parte dos enormes recursos acumulados pela Igreja e pelos cristãos abastados; como para atender a um interesse coletivo de higienizar o espaço urbano através da circunscrição dos miseráveis, dos enjeitados, dos portadores de doenças repugnantes e dos doentes que ofereciam risco de contágio à população; e finalmente, para a assistência médica aos doentes em geral.

A idéia de que o doente necessita de cuidados e abrigo é anterior à possibilidade de lhe despender tratamento médico. Templos, conventos e mosteiros foram as primeiras instituições a receber doentes e a lhes oferecer atenções especiais.

Nestas instituições o asilamento era predominantemente de adultos. As crianças, acometidas frequentemente de enfermidades infecciosas agudas, nunca chegavam aos hospitais; estas ou se curavam ou morriam rapidamente, em ambas as situações no próprio domicílio.

A partir do século IV, em pleno cristianismo, vários estabelecimentos destinados ao cuidado e abrigo dos doentes foram fundados pelo clero por toda a

Europa, num gesto caritativo frente a uma multidão de aflitos e necessitados. Estes estabelecimentos serviam, também, para o asilamento de crianças enjeitadas, órfãos, idosos, pobres e desamparados, inválidos e os leprosos.

Os sacerdotes aí exerciam as atividades assistenciais e também o ensino da arte de cura. A assistência médica, feita de modo irregular a centenas de doentes, estava na dependência da autorização dos religiosos que administravam estas instituições.

O cristianismo propagava a origem das enfermidades como castigo divino. Desse modo, para que houvesse cura, mais que cuidados com os corpos doentes, era necessário o arrependimento dos pecados e a oração, sendo desnecessária assim dar assistência médica aos enfermos.

A endemia de lepra na Europa entre os séculos XI e XIV influenciou enormemente os procedimentos de atenção às doenças. A Igreja passou a tomar os leprosos objetos de sua caridade para tentar proteger a cristandade temerosa do risco de contágio. Essa preocupação deveu-se ao reconhecimento da sua parcela de responsabilidade no acirramento desta endemia uma vez que, as cruzadas na tentativa de combater os infiéis, ao enfrentarem todas as adversidades das grandes viagens, predispunham os seus participantes à infecção favorecendo a disseminação da lepra.

O personagem ideal do hospital neste período não era o doente que era preciso curar, mas sim, o doente incurável e o pobre moribundo que deveria receber o último sacramento. O pessoal hospitalar não estava ali fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas para conseguir sua própria salvação, para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna.

Esta situação perdurou até o século XVI quando as transformações econômicas e sociais que acompanharam o Renascimento repercutiram nos hospitais impondo-lhes novos parâmetros e alterando a sua finalidade na vida urbana.

A nova realidade social, o êxodo rural que se seguiu à emergência da burguesia e melhoria das condições de vida nas cidades gerou grandes contingentes de pessoas nos centros urbanos.

Nesse período, a existência de um grande número de pobres, mendigos e vadios perambulando livremente pelas ruas era percebida como fator de desestabilização da ordem social, pois atribuíam a essas pessoas a fonte de propagação de diversos males como moléstias contagiosas, crimes e condutas imorais.

Os hospitais mudaram o seu enfoque, passando de assistencial de vocação piedosa, para satisfação do interesse coletivo de albergar pobres e doentes desprovidos de assistência, ou aqueles grupos considerados perigosos à vida nas cidades isto é, os mendigos, os portadores de moléstias repulsivas ou contagiosas e os alienados.

A partir do século XVIII, quando a Igreja passou por uma grave crise de natureza doutrinária, institucional e política, os hospitais passaram para a direção das municipalidades. As corporações religiosas a partir de então, voltaram-se preferencialmente às atividades espirituais e de enfermagem, acumulando por vezes atividades administrativas nestas instituições. No entanto, os hospitais continuaram a exercer exclusivamente as atividades de asilamento social.

Nesta época, surgiram iniciativas no sentido de disciplinar o funcionamento dos hospitais europeus, pois estes ao promoverem a reunião em um mesmo recinto de pessoas portando diferentes enfermidades e de pessoas sãs com todos os tipos de infortúnios haviam se convertido num potente fator de geração e de transmissão de doenças com altíssimos índices de morbidade e mortalidade. Sua péssima reputação, suas más condições higiênicas e o descaso administrativo fizeram com que os hospitais fossem muitas vezes referidos como ante-salas da morte.

O hospital que melhor exemplifica a situação descrita anteriormente é o Hôtel-Dieu de Paris, fundado no século VII e que se manteve em atividade até meados do século XIX. A persistência de sua vinculação com os religiosos e o apego a um propósito de promoção da assistência social de modo indiscriminado a todos os necessitados, fez com que o mesmo se mostrasse inteiramente inoperante do ponto de vista terapêutico se transformando um modelo negativo para a organização hospitalar. Este estabelecimento chegou a ter 1200 leitos, sendo que apenas 600 leitos eram individuais e nos demais ficavam de 3 a 5 pacientes em cada leito. Havia uma enfermaria destinada às crianças: Salle des Innocents aparelhada com seis camas largas que comportavam duzentos pequenos pacientes (FOUCAULT, 1979).

Foto 1: Hôtel-Dieu (século VII)

(Antunes, 1991)

Foto 2: Enfermaria do Hôtel-Dieu (século VII)

(Antunes, 1991)

No dia 30 de dezembro de 1772, um enorme incêndio praticamente destruiu os prédios mais antigos do Hôtel-Dieu. Os doentes tiveram que ser alojados na catedral vizinha ao hospital. Este acidente marcou o início de uma série de discussões sobre a necessidade de reestruturação do sistema hospitalar em toda a Europa.

Foto 3: Incêndio do Hôtel-Dieu (século XVIII)

(Antunes, 1991)

A partir deste período, o hospital passou a ser concebido como um espaço de cura sob a responsabilidade do médico. Instaurou-se a figura do médico de hospital, que antes não existia. Esta categoria profissional, seja pelo bloqueio das instituições religiosas no acesso aos hospitais; seja pela maior possibilidade de rendimentos na assistência individual às famílias abastadas, se ocupava de atividades privadas.

Segundo FOUCAULT (1979), os passos importantes na transformação dos hospitais daquela época nos hospitais contemporâneos foram a imposição de mecanismos disciplinares para reger as atividades dos hospitais e o ordenamento sob a sabedoria médica para o cumprimento dos desígnios clínicos.

Portanto, segundo este autor, o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova que data do final do século XVIII. Antes desta época, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres como também de separação e exclusão.

Os hospitais modernos, de depósito de moribundos passaram a ser um lugar de cura, de devolução do indivíduo para a sociedade, de acordo com os princípios do capitalismo mercantil e com a ideologia burguesa que seria legitimada pela revolução francesa.

A partir do século XIX, além das mudanças estruturais no sistema de assistência aos doentes houve uma grande preocupação com a higiene pessoal, medida necessária para a manutenção da salubridade individual. Os europeus que agora tinham mais recursos para a higiene passaram a considerar “os sujos” como perigosos à propagação de doenças.

A revolução industrial promovendo o desenvolvimento tecnológico da produção de medicamentos e artigos de higiene disponibilizaram sabonetes para a limpeza exterior e purgativos para a limpeza interior dos corpos.

À medida que incorporavam as mudanças estruturais, os hospitais foram se convertendo numa das mais complexas organizações e o manuseio da tecnologia resultou em curas miraculosas. A comunidade médica se empoderou e ganhou força política.

A elaboração de um novo plano arquitetônico para os hospitais fez com que estes ambientes se tornassem mais asseados suprimindo os principais fatores responsáveis pela estagnação do ar e da umidade que contribuíam para a disseminação das doenças. Os hospitais passaram a ter grandes janelas e portas suficientes para uma boa ventilação e iluminação. Iniciou-se uma adequação entre espaço físico e número de leitos. Aboliu-se o costume de usar camas coletivas e instituiu-se a divisão dos pacientes por sexo e categoria de doenças.

Foto 4: Hôtel-Dieu (2010)

Foto 5: Jardins do Hôtel-Dieu (2010)

As transformações estruturais pelas quais passaram os hospitais num esforço de priorizar a assistência preferencialmente aos doentes acabaram dando menos voz a estes centrando a atenção na doença. A cura como alvo da intervenção médico-hospitalar é tida como um objeto alheio, externo ao esforço do enfermo.

Disso decorreu a figura do “paciente”, aplicada àquele que se submete à ação terapêutica praticada por um agente; ao qual se impõe necessariamente um disciplinamento hospitalar para alcançar os eventuais benefícios da intervenção médico-hospitalar (SCLIAR, 1996).

Ao ingressar no hospital, o doente que se dispõe a ser “paciente” é desprovido de sua intimidade. Como primeira medida da instituição terapêutica está a expropriação do corpo do doente. Este se torna um território onde se desenvolve a doença, portanto, local de trabalho do médico.

Há a necessidade médica de se filtrar o conjunto de sintomas expressos pelo paciente de quaisquer conotações subjetivas para que os mesmos se encaixem em compartimentos nosológicos bem definidos de acordo com critérios que escapam à sua compreensão.

O disciplinamento médico dos hospitais contemporâneos faz com que os “pacientes” temporariamente suprimam a sua cidadania e seus corpos sejam um conjunto de órgãos disputados tanto pela doença como pela ação médica.

As restrições inerentes à hospitalização descritas acima têm como contrapartida a perspectiva de cura. Ora, visto desta forma a cura deixa de ser uma possibilidade de evolução normal das doenças ou de que o organismo doente se restabeleça por meio de seus próprios mecanismos de defesa. A cura passa a ser um objeto que independe do esforço do enfermo.

A possibilidade de uma internação, a que ninguém está imune, constitui para o paciente uma dupla experiência negativa. Primeiro pelo afastamento do seu mundo e do seu cotidiano, testando a sua capacidade e a de seus familiares e amigos de suportar o afastamento; e segundo por colocá-lo frente à possibilidade de um desfecho infeliz na sua terapêutica.

O desenvolvimento tecnológico da medicina e a evolução dos conhecimentos científicos têm ofuscado a sensibilidade do médico. Este, na fascinação do lidar com as doenças, esquece-se com frequência do doente como ser humano.

A sensibilidade está em demonstrar realmente o interesse no paciente como ser humano. É mostrar-se tolerante e compreendedor; é saber ouvir e falar sem onipotência ou indiferença; é aumentar a auto-estima de pessoas tão fragilizadas, em prol da cura ou na tentativa de amenizar o sofrimento. Esta atitude caracteriza a chamada humanização - o uso do conhecimento com sensibilidade (VIEGAS, 2010).

“(...) **Humanização** é respeitar alguém fragilizado, com naturalidade, sem parecer superior. No caso de pessoas doentes, procurar aliviar o seu sofrimento, ter compaixão no bom sentido, com atitudes positivas. Não é esmola, é realizar realmente alguma coisa para melhorar a sua qualidade de vida – um tratamento, um gesto de amizade, um conforto, uma atenção, uma palavra, um sorriso, uma esperança ou a explicação com delicadeza de uma situação grave. No caso de doentes sem possibilidades de viver, deixá-lo morrer com dignidade”.

VIEGAS (2007, p.49)

Um esforço de dignificação do enfermo deve ser procurado por meio de uma reavaliação das relações médico-paciente e por um reordenamento do próprio sistema de saúde para que a hospitalização não seja uma experiência negativa em sua vida, um exercício antecipado de sua morte.

A Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP, no biênio 2001/2003, elaborou as recomendações para a atenção hospitalar humanizada à criança e ao adolescente buscando minimizar os efeitos negativos, físico, emocional e social da internação hospitalar e garantir o respeito e a cidadania (SBP, 2001/2003). Estas recomendações foram aprovadas na íntegra pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente através da Resolução 41 de 13/10/1995 (BRASIL, 1995).

Um dos passos preconizados é a promoção do acolhimento hospitalar que orienta, dentre outras coisas, estimular a participação da criança em atividades lúdicas, culturais e educacionais, durante a sua hospitalização, quando o seu estado de saúde assim o permitir.

Atividades educativas durante a internação reduzem a ansiedade inerente à hospitalização, minimizando a dor, o medo, e a desconfiança; além de dar a oportunidade da criança atualizar suas necessidades cognitivas e desvincular-se mesmo que momentaneamente das restrições que um tratamento hospitalar impõe. Estas atividades fazem as crianças sentirem-se menos doentes e amenizam a sensação de perda temporária da vida cotidiana (FONSECA, 2003).

1.2 A criança no hospital

É antigo o conhecimento de que a hospitalização pode causar prejuízo ao desenvolvimento físico e emocional das crianças. SPITZ (1945) apud FONSECA & CECCIM (1999), demonstrou que crianças hospitalizadas, sem uma pessoa específica para satisfazer suas necessidades básicas e, por conseguinte, sem receber estimulação no ambiente hospitalar, passavam a apresentar atraso significativo em seu desenvolvimento, podendo o mesmo ser irreversível.

Além disto, a criança hospitalizada necessita, também, de atenção especial ao seu desenvolvimento psíquico e cognitivo. A hospitalização não implica, necessariamente, qualquer limitação ao aprendizado (CECCIM, 1999).

A hospitalização na infância pode alterar significativamente o desenvolvimento infantil, uma vez que restringe as relações de convivência da criança por impor limites à socialização e às interações, acarretar o afastamento da família, da escola, dos amigos, da rua, da casa, enfim da sua rotina, determinando regras sobre o corpo, a saúde, o tempo e os espaços (MEDEIROS e GABARDO, 2004).

A criança, dentro da sua faixa de desenvolvimento, elabora a experiência da hospitalização, muitas vezes assustadoras e dolorosas, de diferentes maneiras:

Período Sensório-Motor: nesta fase ocorre a formação de vínculos, principalmente com a figura materna; a criança exercita a exploração do meio que a circunda através dos órgãos de sentido. A hospitalização, com a interrupção do contato com a mãe, pode criar uma situação de risco para o desenvolvimento de futuros vínculos; além de limitar a plenitude do desenvolvimento das atividades sensório-motoras.

Período Pré-operacional: nesta fase ocorre o desenvolvimento da linguagem e do pensamento mágico, cheio de simbologia, onipotência e egocentrismo. A criança atribui relações de causalidade entre o que percebe e o seu mundo interno. A criança acredita que aquilo que pensa é o que ocorre de fato. Durante a hospitalização, a criança poderá desenvolver sentimentos de culpa pela situação da doença.

Período Operacional Concreto: a criança, já no período escolar, busca a explicação lógica daquilo que vivencia. É importante nesta fase explicar à criança o que está ocorrendo na situação da hospitalização, as causas da doença e os possíveis tratamentos.

Período de Operações Formais: aqui o adolescente é capaz de compreender a causa e o agravo da sua doença. O jovem, muitas vezes crê na sua imortalidade (os agravos e a morte só ocorrem com os outros), o que o torna bastante vulnerável, principalmente aos acidentes, violência, suicídio ou drogadição. A doença representa um ataque a sua onipotência podendo levar à revolta, ao isolamento e à profunda tristeza (KOVÁCS, 2007).

No Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (BRASIL, 1998), a rotina é considerada um fator dinamizador da aprendizagem, facilitador da percepção de tempo e espaço. Portanto, estabelecer rotinas com a criança é ofertar-lhe segurança e oportunidades para o seu desenvolvimento.

Além das restrições sócio-afetivas, a hospitalização promove um confronto com a dor e a passividade, permitindo que aflorem sentimentos de culpa, punição e medo da morte (MITRE e GOMES, 2004).

Alguns dos males que atingem os hospitais vão além das bactérias ou vírus, estão no sentimento de solidão, de tristeza e principalmente no medo.

Segundo JESUS (2009) a doença e a hospitalização desenvolvem no enfermo sentimento de insegurança, aflição e medo da morte, entre outras emoções negativas. O próprio ambiente hospitalar pode acentuar estas sensações, desde que não sejam valorizados os aspectos relacionados aos sentimentos, não se percebe que os hospitalizados são mais que corpos doentes.

As contribuições teóricas de diversos trabalhos, ressaltando os efeitos indesejáveis de uma hospitalização para o desenvolvimento da criança têm gerado grande interesse pela humanização do cuidado às crianças hospitalizadas, resultando em propostas tais como: visitas mais freqüentes e longas dos familiares às crianças em hospitais; adequação dos espaço físico hospitalar à clientela infantil (enfermarias específicas para pacientes pediátricos, preocupações com a decoração e o mobiliário); implantação de ambientes, recursos e profissionais na área de recreação e implantação de atividades didático-educativas (aulas/professores/apoio pedagógico) (FONSECA e CECCIM, 1999).

A concepção de paciente vem se modificando. Não são mais vistos como pessoas que esperam pela sua recuperação com apatia, mas sim como sujeitos com potencialidades expressivas nos seus processos de cura, como usuários de serviços com direitos. Da mesma forma, o período de hospitalização também, já não é visto como de isolamento social, mas como um momento que, além da recuperação da saúde, proporciona a oportunidade de construção de relações afetivas, sociais e cognitivas.

É importante a criança doente perceber-se capaz e produtiva e com atividades semelhantes às demais crianças da sua idade. Como a escola é um espaço no qual a criança, além de aprender habilidades escolares, desenvolve e estabelece elos sociais diversos, ficar à margem desse espaço de vivências pode ser penoso quando ela encontra-se hospitalizada. O acompanhamento pedagógico da criança hospitalizada pode reestabilizar a sua vida, além de favorecer a elaboração psíquica da enfermidade e da hospitalização, proporciona a oportunidade de continuidade dos laços sociais e de

aprendizagem, contribuindo para a sua reintegração à escola após a alta hospitalar (CECCIM,1999).

Para CECCIM (1997), a escuta pedagógica traz para a criança nova forma de pensar em relação à sua saúde e à experiência com a hospitalização. Esta continua a desenvolver a área cognitiva, levando-a ao desejo de viver. Segundo o autor “(...) a 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”. A escuta vai além dos choros e das vozes; ela interpreta o desejo, o olhar, a dor da criança, lê nas entrelinhas dos movimentos à sua volta, visualizando a esperança que a criança tem em viver (p.31).

ARMOND e BOEMER (2004) num estudo para verificar o significado de conviver com a internação observou que a experiência com a doença e a hospitalização de um filho é impactante para todos os familiares. Portanto, as ações de humanização deverão ser voltadas para toda a família. No enfrentamento da internação, os pais colocam-se no lugar do filho e são absorvidos de tal maneira que, também, consideram-se internados vivendo as experiências e expectativas com o filho.

Com o passar do tempo da hospitalização, o sofrimento dos pais vai se amenizando à medida em que o filho melhora, vai aceitando o tratamento e se familiarizando com o hospital. Os pais, nesta experiência, têm destacado a importância do acesso às atividades educativas e de lazer para que o filho possa extravasar seus medos e ansiedade, facilitando “o conviver” com a angústia da hospitalização. Segundo os mesmos autores, além da presença dos familiares e amigos, o apoio da escola tranqüiliza os pais, pois apesar da maior preocupação estar voltada para o restabelecimento da saúde da criança, não se esquecem da importância da escola na vida do filho.

O sentimento da família para com as crianças transformou-se durante a evolução das sociedades em decorrência de valores sócio-econômicos, demográficos, religiosos, culturais, afetivos e educacionais. Algumas mudanças podem ser acompanhadas por meio da história da arte.

1.3 A descoberta da infância: os laços de sentimentos entre a família e a criança

Até por volta do século XII não havia a representação artística da infância no mundo. As crianças eram representadas na arte medieval por adultos em miniatura; adultos numa escala mais reduzida, com músculos abdominais e peitorais de um homem adulto. Isto significa que os homens até esta época não se detinham diante da imagem da infância, pois esta não tinha para eles qualquer interesse. A infância era um período de transição logo ultrapassado, cuja lembrança também era logo esquecida.

Fotos 6 e 7: Criança um adulto em miniatura

A evolução em direção a uma representação mais realista e mais sentimental da criança possivelmente iniciou-se, segundo ARIES (2006), a partir de um quadro do século XII em que Jesus tem os braços em torno do pescoço de sua mãe e se aninha em seu colo, com o rosto colado ao dela. Com a figura da maternidade da Virgem, a tenra infância ingressou no mundo das representações na arte.

As imagens de anjos sob a aparência de jovens reforçaram no século XIII as mudanças na representação das crianças.

Timidamente no início, e a seguir com maior frequência, a infância deixou de se limitar a uma ilustração religiosa.

Antes deste período ninguém pensava em conservar o retrato de uma criança que tivesse sobrevivido e se tornado adulta ou que tivesse morrido precocemente. No primeiro caso, a infância era apenas uma fase sem importância que não fazia sentido fixar na lembrança; no segundo, o da criança morta, não se considerava que essa morte tão precoce fosse digna de lembrança.

As incertezas da sobrevivência das crianças decorrentes da ausência de vacinação regular, do limitado conhecimento de doenças contagiosas e das condições de higiene pouco favoráveis, deixaram as crianças à mercê de doenças variadas que aliadas a uma taxa de natalidade alta faziam com que estas não fossem vistas como seres que fizessem falta. A sua morte não era encarada como uma tragédia, pois outras crianças poderiam nascer substituindo as que foram (SCARANO, 2008).

Foto 8: A morte prematura

(Ramos, 2008)

A expectativa de vida das crianças entre os séculos XIV e XVIII estava em torno dos 14 anos de idade, enquanto a metade dos nascidos vivos morriam antes de completar os 7 anos de idade. Isto fazia com que, principalmente nas classes mais pobres, as crianças fossem consideradas como pouco mais que animais, cuja força de trabalho deveria ser aproveitada ao máximo enquanto durassem suas vidas (RAMOS, 2008)

Estes fatos interferiam na relação dos adultos com as crianças, favorecendo um sentimento de indiferença com relação a uma infância demasiadamente frágil.

O aparecimento de retrato de uma criança morta no século XVI, representada em escala de tamanho menor e com uma cruz nas mãos no meio dos outros membros da família, marcou um momento importante na história da arte em relação aos sentimentos. Estes retratos provam que essa criança não era mais considerada uma perda inevitável.

A partir do século XVII a criança deixou de ser representada entre adultos passando a aparecer sozinha ou junto com outras crianças. Toda família agora queria possuir retratos de seus filhos.

Foto 9: Crianças do século XVII

(Mauad, 2008)

Na sociedade medieval, o sentimento da infância não existia, principalmente às crianças mais pobres. Estas, muitas vezes, eram abandonadas e negligenciadas. Não havia a consciência da particularidade infantil que distingue essencialmente a criança do adulto. Por esta razão, assim que a criança tivesse condições de viver sem a solicitude constante de sua mãe ou de sua ama, ela ingressava na sociedade dos adultos.

A falta de afeição com as crianças refletia os costumes das famílias no período medieval. Até os 7 anos de idade os filhos cresciam à sombra dos pais. Após este período as crianças ingressavam no mundo dos adultos; eles as colocavam nas casas de outras pessoas para ali fazerem o serviço pesado até a idade de 14 a 18 anos, eram chamadas então de aprendizes (ÁRIES, 2006).

Todos, independentes da sua fortuna, enviavam seus filhos para casas alheias e recebiam em seu lar crianças estranhas. Pensava-se que as crianças dos outros serviam melhor que seus próprios filhos.

Era através da aprendizagem doméstica que o mestre transmitia a uma criança, não ao seu filho, mas ao filho de outro homem, a bagagem de conhecimentos, a experiência prática e o valor humano que possuía.

Não havia lugar para a escola nessa transmissão através da aprendizagem direta de uma geração a outra. A escola era na realidade uma exceção, destinadas apenas aos clérigos. A regra comum a todos era a aprendizagem.

De modo geral, a transmissão do conhecimento de uma geração a outra era garantida pela participação familiar das crianças na vida dos adultos. As cenas da vida cotidiana constantemente reuniam crianças e adultos ocupados com seus ofícios como, por exemplo, o pequeno aprendiz que preparava as cores para o pintor. O mesmo acontecia nos exércitos onde se incorporavam soldados de 14 anos.

A criança desde muito cedo escapava à sua própria família, mesmo que voltasse a ela mais tarde, depois de adulta, o que nem sempre acontecia. Não havia, portanto, um sentimento existencial profundo entre pais e filhos. Isso não significava que os pais não amassem seus filhos: eles se ocupavam de suas crianças menos pelo apego que lhes tinham, do que pela contribuição que essas crianças podiam trazer à sociedade. A família era uma realidade moral e social.

Do século XV em diante as realidades e os sentimentos da família se transformariam a partir de uma revolução profunda e lenta. O fato determinante para isso foi, sem sombra de dúvida, a extensão da escolarização a uma parcela maior de crianças.

Essa evolução correspondeu a uma necessidade nova de rigor moral da parte dos educadores, a uma preocupação em isolar a infância do mundo dos adultos para mantê-la na inocência primitiva. Mas correspondeu também a uma preocupação dos pais em vigiar seus filhos mais de perto, de ficarem mais próximos deles e de não abandoná-los mais, mesmo temporariamente, aos cuidados de outra família.

A substituição da aprendizagem pela escola exprime também uma aproximação das crianças outrora separadas. A família concentrou-se em torno da criança.

O clima sentimental era agora completamente diferente, como se a família moderna tivesse nascido ao mesmo tempo em que a escola.

Essa volta das crianças ao lar foi um acontecimento que distinguiu a família do século XVII das famílias medievais. A criança tornou-se um elemento indispensável da vida cotidiana e os adultos passaram a se preocupar com a sua educação, carreira e futuro.

Essa família do século XVII, no entanto, não era a família moderna; distinguia-se desta pela enorme massa de sociabilidade que conservava nas grandes casas urbanas ou rurais, onde se abrigavam além da família propriamente dita, toda uma multidão de criados, amigos, parentes, clérigos, caixeiros e aprendizes.

Ao contrário, a família moderna separa-se do mundo, numa oposição à vivência comum, numa constituição solitária de pais e filhos. Toda a energia da família é consumida na promoção das crianças, cada uma em particular, e sem nenhuma ambição coletiva.

Essa evolução da família medieval para a família do século XVII e desta para a família moderna, durante muito tempo se limitou aos nobres, aos burgueses, aos artesãos e aos lavradores ricos. Ainda no início do século XIX, uma grande parte da população, a mais pobre e mais numerosa, vivia como as famílias medievais, com as crianças afastadas da casa dos pais.

Nas primeiras décadas do século XIX os dicionários assumiram o uso reservado da palavra “criança” para a espécie humana (MAUAD, 2008). Nesta época, já era possível ver num álbum de família a presença de bebês, meninos e meninas, moças e rapazes juntamente com adultos. O mesmo ocorria nos folhetins. Já era possível encontrar vestimentas, brinquedos, livros destinados às crianças. Havia também anúncios de médicos especializados em moléstias infantis.

Foto 10: Criança do século XIX

(Mauad, 2008)

No processo de descoberta da infância a escola exerceu um papel fundamental. Coube a ela a individualização e a valorização da criança como sujeito de direito.

1.4 A escola e o resgate da infância

A escolarização em épocas remotas não era um direito de todos e tampouco uma obrigação dos governos em provê-la como pelo menos na prática acontece nos dias de hoje em que a educação apesar de ser um direito humano ainda é uma concessão.

Na Idade Média as escolas eram destinadas particularmente a formação de clérigos. Estas instituições serviam, também, de asilamento para estudantes pobres que ali viviam sob regime monástico recebendo pouco ensinamento além do religioso.

Segundo ÁRIES (2006), é muito raro encontrarmos nos textos medievais referências precisas à idade dos alunos que freqüentavam a escola. A obrigatoriedade

de se registrar a data do nascimento das pessoas só surgiu a partir do século XVIII. Há indícios que os alunos iniciantes tinham cerca de 10 anos de idade.

Era natural misturar crianças com adultos na mesma sala de aula e não havia um tema específico para cada idade. Todos liam ou ouviam a mesma leitura, independente da sua complexidade de entendimento.

A confusão de mistura de idades era tão inocente que passava despercebida. Assim que ingressava na escola, a criança entrava imediatamente no mundo dos adultos.

Outra característica da escola medieval era a falta de disciplinamento e a ausência de uma hierarquia escolar.

Esta idéia persistiu até o século XVII quando os jesuítas fizeram surgir um novo sentido da particularidade infantil, o conhecimento da psicologia infantil e a preocupação com um método de ensino adaptado a essa psicologia.

Lentamente as escolas foram deixando a função exclusiva de asilamento e de formação religiosa, adquirindo uma importância social. Tornou-se a condição imprescindível de uma boa educação. Tratava-se tanto da formação como da instrução do estudante. A escola transformou-se então num instrumento para a educação da infância e da juventude em geral.

Desta forma a escola modificou e ampliou o seu recrutamento. Composto outrora de uma pequena minoria, de clérigos; ela se abriu a um número crescente de leigos, nobres e burgueses.

A regularização do ciclo anual das promoções, o hábito de impor a todos os alunos a série completa de classes, em lugar de limitá-la a alguns apenas, e a necessidade de uma pedagogia nova, adaptada a classes menos numerosas e mais homogêneas, resultaram, no início do século XIX, na fixação de uma correspondência cada vez mais rigorosa entre a idade e a classe. Os mestres se habituaram então a compor suas classes em função da idade dos alunos. As idades outrora confundidas começaram a se separar na medida em que coincidiam com as classes. A extensão do ciclo escolar teve como consequência o prolongamento da infância.

Portanto, a diferença essencial entre a escola da Idade Média e a dos tempos modernos reside na introdução da disciplina e na instituição de classes com o conseqüente fim das misturas de idades nas escolas.

A escolarização a princípio não atingiu uma vasta parcela da população infantil, que continuou a ser educada segundo as antigas práticas de aprendizagem. Continuava

o domínio de uma infância muito curta, particularmente para as meninas que, com exceção de algumas, eram enviadas a conventos para formação religiosa, continuaram excluídas das escolas, mantidas em suas casas ou nas casas de outras pessoas. A extensão da escolaridade às meninas não se difundiria antes do início do século XIX.

A sobrevivência da aprendizagem nas diversas camadas da sociedade não impediu que a escola avançasse, com a ampliação dos efetivos, com o aumento do número de unidades escolares, com o prolongamento do ciclo escolar e a instituição de sua autoridade moral. Nossa civilização moderna, de base escolar, foi então definitivamente estabelecida.

A escolarização, iniciada na Europa do século XVI e levada a cabo por educadores e padres católicos e protestantes, provocou uma metamorfose na formação moral e espiritual da criança, em oposição à educação medieval feita apenas pelo aprendizado dado pelos adultos da comunidade. A Idade Moderna passou a preparar o futuro adulto nas escolas.

As transformações que sofreram as escolas com o decorrer do tempo contribuíram à individualização e à valorização da criança.

A idéia de uma educação escolar para todos emergiu somente após a revolução industrial, nos primórdios do modo de produção capitalista, quando a burguesia deu conta da importância da escola para prover a educação necessária ao acesso a determinados bens sociais, culturais e políticos, indispensáveis para diminuir o problema de sua estagnação na hierarquia social (MATTOS, 2005).

Assim como a burguesia, as classes sociais mais pobres viram neste levante pela escolarização a oportunidade de uma maior participação social, uma vez que a escola proporcionaria os conhecimentos e as condições necessárias à inserção no mercado de trabalho.

No Brasil a escolarização chegou com atraso. Comparado aos países europeus onde o capitalismo instalou-se no alvorecer da Idade Moderna, aqui apoiado inicialmente no sistema colonial e, posteriormente, numa tardia industrialização, não houve muito espaço para que esta iniciativa florescesse. Sem a presença de um sistema econômico que exigisse a adequação física e mental dos indivíduos a esta nova realidade, não foram implementados os instrumentos que permitiriam adaptação a este novo cenário.

Apesar do aumento do número de ingressantes nas escolas, no século XIX a alternativa para a maioria dos pobres não seria a educação, mas sim a sua

transformação em cidadãos úteis e produtivos na lavoura, enquanto os filhos de uma pequena elite eram ensinados por professores particulares. O trabalho infantil continuava sendo visto pelas camadas subalternas como a melhor escola.

Foto 11: Crianças esperam distribuição de tarefas em frente de trabalho

(Dourado, 2008)

A ausência de políticas públicas voltadas para a formação escolar principalmente da criança pobre só acentuou a sua situação de miséria. Inicialmente, estas foram empurradas para fora da escola, na direção do trabalho da lavoura. Posteriormente, a industrialização trouxe a criança para o trabalho fabril, tornando-a substituto mais barato do trabalho escravo.

Durante os séculos XIX e XX, a partir de lutas populares, houve a emergência dos direitos humanos ditos sociais, dentre eles a educação, proporcionando a possibilidade de emancipação do indivíduo e de qualificação para o trabalho. A Constituição Federal Brasileira de 1988 incorporou este ideal, determinando que a educação se tornasse um direito de todos e um dever do Estado, devendo a família promovê-la para o desenvolvimento pleno do indivíduo (BRASIL, 1988).

Em 1996, com a criação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, ficaram garantidas aos educandos formas alternativas de acesso aos diferentes níveis de ensino incluindo aqueles que têm necessidades educacionais especiais. Nesta categoria estão as crianças com limitações físicas devido ao comprometimento temporário da sua saúde (BRASIL, 1996).

A escola, graças às transformações das práticas de educação ocorridas ao longo do tempo, foi indiretamente responsável pela imposição à sociedade do sentido de uma infância mais longa, da volta da criança ao foro íntimo familiar e do compromisso das famílias na educação dos seus filhos.

Sem a escola e a composição de classes, a sociedade não dispensaria às suas crianças a atenção devida, como seres particulares que deveriam ser diferenciados dos adultos, e continuaria a partilhar nesse ponto da relativa indiferença que as sociedades medievais tinham a respeito da infância.

A família moderna caracteriza-se pelo sentimento de afeto às suas crianças, pela responsabilidade de sua integridade física e psíquica e pelo compromisso de sua formação na obrigatoriedade social de mantê-las em escolarização mínima durante a infância.

Em contrapartida, as crianças estreitaram os laços afetivos em relação à sua família, estendendo este sentimento, também, à escola.

Talvez por isso nas situações de exclusão temporária do seu convívio social como, por exemplo, durante uma hospitalização, a criança expresse de diferentes formas a falta de seus familiares e da escola. Tal fato incorre em sofrimento não só para as crianças como também aos pais.

A criação de ambientes favoráveis à promoção da saúde é uma das cinco recomendações da Carta de Ottawa, elaborada a partir da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada no Canadá (OPAS, 1986).

Ambientes favoráveis referem-se tanto aos aspectos físico, social, espiritual, quanto aos aspectos econômicos e políticos. Englobam as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter um maior poder de decisão. Proporcionam condições para que os ambientes sejam estimuladores, satisfatórios e agradáveis, encorajando a ajuda recíproca melhorando a qualidade de vida e a saúde do indivíduo. Ambiente e saúde são interdependentes e inseparáveis (BRASIL, 1996).

Atendendo aos interesses das crianças hospitalizadas, os hospitais devem buscar estratégias para manter um espaço reservado para o desenvolvimento de atividades em

ambiente favorável, que permita promover o bem estar das crianças durante a hospitalização, tais como: brinquedotecas, musicoterapia, contadores de histórias, animação com artistas clown e a classe hospitalar.

Tais ambientes além de amenizar a perda do cotidiano da criança, diminuem o sofrimento das crianças e tranquilizam os pais durante a hospitalização.

Dentre as iniciativas em prover um ambiente solidário que ajude a superar o sofrimento de uma internação, destaca-se a brinquedoteca. Esta atividade, introduzida no Brasil em 1982, foi reconhecida pela Lei no. 11.104 de 21 de março de 2005 que dispõe da obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas Unidades de Saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação.

A brinquedoteca destina-se ao estímulo à brincadeira de crianças e adolescentes com diversas atrações (jogos, brincadeiras, brinquedos, teatro, música, pintura, jogos eletrônicos, computador, leituras, contadores de histórias, estudo, passeios, palestras sobre os problemas e cuidados de saúde e início de profissionalização para adolescente) num espaço que favorece a socialização e a inclusão dos pacientes e seus familiares, elevando a auto estima destes.

Neste ambiente, a alegria, a distração e a criatividade possibilitam a manutenção do desenvolvimento cognitivo, a estabilidade emocional e as relações humanas, reforçando a autoconfiança do paciente, tranquilizando a família frente às adversidades da internação, favorecendo a relação equipe de saúde-paciente-família e facilitando a reintegração mais adequada ao ambiente familiar após a alta hospitalar (VIEGAS, 2007).

Outra atividade destinada a proporcionar um ambiente mais humanizado durante a hospitalização de crianças e adolescentes é a Classe Hospitalar em que são desenvolvidas atividades pedagógicas ligadas oficialmente ao sistema educacional de ensino.

1.5 Classe Hospitalar

Foto 12: sala de aula em hospital

A Constituição Federal Brasileira (1988) no artigo 205, determina que a educação é um direito de todos e dever do Estado e da família e será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (BRASIL, 1988).

Da mesma forma, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069 de 13 de julho de 1990) no seu capítulo 4 artigo 53, refere que “ a criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para a cidadania e qualificação para o trabalho...” (BRASIL, 1990).

No entanto, não basta garantir a educação apenas por meio da legislação, é preciso que as crianças tenham acesso facilitado, que haja vontade política, estratégias de inclusão que facilitem o processo de entrada e permanência no sistema educacional.

O acesso à educação é fundamental para a garantia do desenvolvimento pleno da criança, a aquisição de capacidades, habilidades e conhecimentos que podem transformar de forma positiva toda a sua vida. Também, ajuda a estabelecer as bases da personalidade, do desenvolvimento da inteligência, da afetividade e da socialização (UNICEF, 2008).

O aprendizado inicia-se com o nascimento e segue pela vida da criança numa contínua e progressiva aquisição de conhecimentos. Portanto, limitações físicas temporárias, e até mesmo permanentes, não podem e nem devem prejudicar o potencial cognitivo.

Durante décadas, as crianças e adolescentes hospitalizados eram tratados como sujeitos sem direitos e necessidades, inclusive sem direito à educação e, na maioria das vezes, eram afastados da escola e do ensino durante os períodos de internação ou impossibilidade física de frequência à escola (DE PAULA e MATOS, 2007).

O direito à escolarização da criança hospitalizada foi reconhecido pela Declaração dos direitos da criança e do adolescente hospitalizados (BRASIL, 1990). Esta modalidade de atendimento pedagógico-educacional denomina-se Classe Hospitalar, e foi prevista pelo Ministério da Educação e do Desporto, em 1994 (BRASIL, 1994).

O direito à educação, assim como ao trabalho e à saúde são direitos humanos ditos sociais ou de segunda geração. Estes emergiram durante os séculos XIX e XX vinculados às lutas políticas de setores democráticos e populares. São direitos que proporcionam a possibilidade de emancipação do indivíduo e pressupõem iniciativas concretas do Estado para a sua garantia (FRANÇA JR, 2003).

Além de ser um direito fundamental, a educação amplia e ajuda a garantir os demais direitos humanos. A evolução dos direitos humanos tem passado por constantes mudanças nas últimas décadas privilegiando as minorias sociais e as crianças. Na área educacional, ao lado das iniciativas de ensino público de qualidade, que fazem das escolas mais que uma obrigação governamental, existe a visão do atendimento escolar diferenciado, dirigido àqueles que por circunstâncias diversas são privados da frequência cotidiana à escola regular (SANTOS & SOUZA, 2009).

De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996), para garantir a obrigatoriedade de ensino, o Poder Público criará formas alternativas de acesso aos diferentes níveis de ensino. Dentre as circunstâncias que exigem formas alternativas de acesso encontram-se aquelas em que os educandos têm necessidades educacionais especiais (BRASIL, 1996).

A Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação através da Resolução número 2, de 11 de setembro de 2001, no seu artigo 13, instituiu as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, contemplando a categoria de atendimento classe hospitalar nas ações intersetoriais entre o Ministério da Educação e Saúde.

“Art.13. Os sistemas de saúde, mediante ação integrada com os sistemas de saúde, devem organizar o atendimento educacional especializado a alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio” (BRASIL, 2001b).

O Ministério da Educação, por meio de sua Secretaria de Educação Especial, em 2002, elaborou um documento com estratégias e orientações para a promoção do atendimento pedagógico em ambientes hospitalares e domiciliares de forma a assegurar o acesso à educação básica e a atenção às necessidades educacionais especiais, objetivando promover o desenvolvimento e contribuir para a construção do conhecimento desses educandos (BRASIL, 2002b).

Define-se Classe Hospitalar como o atendimento pedagógico-educacional que ocorre em ambientes de tratamento de saúde, seja na circunstância de internação, como tradicionalmente conhecida, no atendimento em hospital-dia e hospital-semana ou em serviços de atenção integral à saúde mental (BRASIL, 1994).

A ação pedagógica desenvolvida no ambiente hospitalar é uma forma de integração entre a escola e o hospital, entre o setor educação e saúde. Portanto, a educação não se restringe exclusivamente aos bancos escolares, assim como a saúde não se realiza unicamente em realidades hospitalares.

A função do pedagogo está relacionada a todas as atividades de aprendizagem e de desenvolvimento humano independente do local onde são exercidas as atividades. O pedagogo é um profissional que lida com fatos, estruturas, contextos, situações, referentes à prática educativa em suas várias modalidades e manifestações. Para tanto, há a necessidade de uma reavaliação constante dos processos de aprendizagem, familiarização com os meios de comunicação e com a informática, desenvolvimento de competências comunicativas e de capacidades criativas para a análise de situações novas e modificáveis (LIBÂNEO, 2002).

Sendo assim, é inaceitável a idéia de que a sua atuação no espaço hospitalar se caracterize somente como processo de escolarização da criança doente, como é o caso da Classe Hospitalar caracterizada segundo a política do Ministério da Educação (BRASIL, 1994).

A pedagogia hospitalar, área destinada a desenvolver observações e práticas em ambiente hospitalar, não elimina a escolarização dos hospitalizados, ao contrário, incorpora-a sob um novo prisma educativo. Segundo MATOS & MUGIATTI (2001, p.37), “(...) constitui-se num espaço alternativo que vai além da escola e do hospital, haja visto que se propõe a um trabalho de oferecer não somente uma continuidade de instrução. Ele vai além, quando realiza a integração do escolar doente, prestando ajuda, não só na escolaridade e na doença, mas em todos os aspectos decorrentes do afastamento necessário do seu cotidiano e do processo, por vezes, traumático da internação”.

Estes mesmos autores acrescentam “(...) a pedagogia hospitalar, por suas peculiaridades e características, situa-se numa inter-relação entre os profissionais da equipe médica e a educação. Tanto pelos conteúdos da educação formal, como para a saúde e para a vida, como pelo modo de trazer continuidade ao processo a que estava inserida de forma diferenciada e transitória a cada enfermo” (2001, p.40).

Ainda segundo os mesmos autores (200, p. 67) outro conceito que necessita ser diferenciado é o de Hospitalização Escolarizada pois este “(...) se constitui num espaço temporal diferenciado, em que as condições de aprendizagem fogem à rotina escolar e o aluno é uma criança/adolescente adoentada”. Nesta situação é prestado o atendimento individual ao escolar, desenvolvendo um projeto pedagógico específico relacionado à sua escola de origem, enquanto que nas classes hospitalares são desenvolvidos projetos que integram diferentes realidades das quais as crianças advém (JESUS, 2009).

Durante a hospitalização, há a necessidade de que outras categorias profissionais, como pediatras, enfermeiros, psicólogos, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador de saúde pública, entre outros, que também tem função educativa dentre as suas atribuições, atuem em equipe, favorecendo e somando às atividades do educador da classe hospitalar.

De acordo com FONSECA & CECCIM (1999), durante a hospitalização, além das necessidades assistenciais médicas e de enfermagem, existem outras não menos relevantes para a atenção integral à criança. São as necessidades psicológicas e pedagógico-educacionais.

A oferta de atividades recreativas e/ou lúdicas no ambiente de internação hospitalar é crucial para o enfrentamento do adoecimento. A classe hospitalar, como atendimento pedagógico-educacional, deve apoiar-se em propostas educativo-escolares e não exclusivamente em propostas de atividades lúdicas e de recreação, nesse sentido

diferenciando-se das Salas de Recreação, das Brinquedotecas e dos Movimentos de Humanização Hospitalar pela Alegria (artistas clown, contadores de histórias, musicoterapeutas, recreadores, entre outros).

Mesmo que o lúdico seja uma estratégia à pedagogia no ambiente hospitalar, a intervenção pedagógico-educacional é mais específica, individualizada e volta-se às construções cognitivas. É embasada numa regularidade e uma responsabilidade com o aprendizado formal da criança, um atendimento obrigatoriamente inclusivo dos pais e das escolas de origem da criança, a formulação de um diagnóstico para o atendimento e de um prognóstico à alta, com recomendações para a casa e para a escola ao final da internação.

A prática pedagógico-educacional diária visará a continuidade do currículo da escola de origem da criança e/ou um trabalho educativo com conteúdos programáticos próprios a cada faixa etária das crianças hospitalizadas, dando ênfase às atividades sócio-interativas de desenvolvimento e educação da criança hospitalizada.

Cabe às classes hospitalares elaborar estratégias para possibilitar o acompanhamento pedagógico-educacional do processo de desenvolvimento e a construção do conhecimento de crianças, jovens e adultos matriculados ou não nos sistemas de ensino regular, no âmbito da educação básica, que se encontram impossibilitados de freqüentar a escola, temporária ou permanentemente, por meio de currículo flexibilizado, favorecendo o seu ingresso ou retorno ao ensino regular (FONSECA, 2003).

A classe hospitalar é um ambiente que permite desenvolver programas de educação em saúde junto aos pacientes e seus acompanhantes e esse período pode se tornar um elemento motivador para a adoção de atitudes que promovam a saúde (BARROS, 2007).

Além disso, o desenvolvimento de atividades educativas em saúde durante a hospitalização é uma estratégia que faz com que as crianças hospitalizadas e seus familiares compreendam com mais clareza o que está se passando em todo o processo de combate ao agravo que gerou a hospitalização, tornando-os participantes no passo a passo da recuperação da saúde.

O trabalho da classe hospitalar existe há mais de 50 anos no Brasil. A primeira classe hospitalar, vinculada ao Hospital Municipal Jesus, na cidade do Rio de Janeiro, foi fundada em 14 de agosto de 1950 e as atividades eram realizadas pela professora,

que cursava a Faculdade de Serviço Social, Leczy Rittmeyer. Hoje já há diversas unidades dispersas pelas várias regiões do país (SANTOS & SOUZA, 2009).

Fotos 13, 14 e 15: Entrada do Hospital Jesus

a.

b.

c.

Cabe registrar, no entanto, que há relatos não oficiais de uma ação pedagógica que foi desenvolvida na década de 1930, no Pavilhão Fernandinho e no Pavilhão Condessa Penteadado da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em parceria com a Escola Estadual Arthur Guimarães.

Foto 16: Classe Hospitalar do Hospital Jesus

As iniciativas de classe hospitalar se dão até hoje à custa da escassez de recursos diversos, o que é próprio ao reduzido investimento nos setores públicos da educação e saúde. Porém, mesmo diante destes obstáculos, essa modalidade de atendimento vem crescendo, e a cada dia novos hospitais a incorporam (BARROS, 2007).

Em levantamento realizado em agosto de 2009 por Eneida Simões da Fonseca (UERJ) chegou-se ao número de 113 hospitais com escolas hospitalares no Brasil, distribuídos por 19 estados e no Distrito Federal (anexo 1).

Apenas no Estado de São Paulo, há 24 hospitais desenvolvendo atividades pedagógico-educacionais junto às crianças e adolescentes durante a hospitalização, sendo 13 só na Cidade de São Paulo. Isso não significa que todas as crianças hospitalizadas têm acesso à Classe Hospitalar, uma vez que, embora exista legislação que reconheça o direito da criança de receber esse tipo de atendimento durante a hospitalização, a oferta ainda é muito restrita. Não é garantido a todas as crianças esse direito. Isso acaba gerando mais desigualdade, à medida que se caracteriza como privilégio de algumas.

A possibilidade de frequentar a classe hospitalar durante a internação, mesmo que por um tempo mínimo, além de contribuir no processo de desenvolvimento, aprendizagem e interação social, faz com que a criança se desvincule temporariamente

das restrições que o ambiente hospitalar impõe. O comprometimento da saúde não impede o desenvolvimento e a aprendizagem do indivíduo (ORTIZ e FREITAS, 2005).

O projeto pedagógico que traz em sua estrutura uma visão integral de educação vai atender melhor as especificidades de cada criança e adolescente, valorizando suas emoções, sentimentos e valores, devendo se adaptar às suas possibilidades de aprendizado e ao seu período de hospitalização.

O contato com a escola do hospital e o professor faz com que a criança se sinta menos excluída do seu cotidiano, amenizando os sentimentos de abandono e isolamento, auxiliando no seu encontro com a vida, tornando a experiência de hospitalização um acontecimento positivo ao crescimento e desenvolvimento (CECCIM, 1999).

O professor da classe hospitalar deverá ter formação pedagógica, preferencialmente em educação especial, ter noções sobre as doenças e condições psicossociais vivenciadas pelos educandos e as conseqüências clínicas e afetivas que delas decorrem. Cabe ao professor criar condições para favorecer e motivar o processo ensino-aprendizagem com uma programação flexível e adaptada à situação especial de cada criança, assegurando a continuidade do desenvolvimento, fazendo um elo entre a realidade hospitalar e a vida cotidiana da criança, oferecendo subsídios para a compreensão do processo de elaboração da doença, explicar procedimentos médicos e auxiliar a criança na adaptação ao hospital (FONSECA e CECCIM, 1999).

Compete ao professor da Classe Hospitalar fazer o diagnóstico de dificuldades específicas no aprendizado do aluno, a aplicação de estratégias para sanar tais problemas e a elaboração de recomendações para a casa e para a escola de origem ao final da internação.

Do ponto de vista administrativo, o professor da classe hospitalar deve articular-se com a equipe de saúde do hospital, com a Secretaria da Educação e com a escola de origem do educando (BRASIL, 2002b).

Atuar como professor em Classe Hospitalar significa promover o diálogo, explorar junto à criança internada o ambiente hospitalar, perceber no educando a sua visão da vida, as suas necessidades e seus problemas e a partir daí elaborar uma prática pedagógica dentro da sua realidade, contribuindo assim para a construção de novos conhecimentos, necessários para uma ação ativa em prol do restabelecimento da saúde.

O professor insere no hospital o universo da cultura escolar. Ao lado de injeções, seringas, soros e sofrimento, este leva lápis, cadernos, tintas, cultura, arte,

educação e lazer na tentativa de modificar o ambiente hospitalar. Despende esforços para que estas práticas educativas sejam tratadas como políticas de Estado e não fiquem à mercê de interesses e das políticas locais (DE PAULA e MATOS, 2007).

Devido ao contato diário com o paciente e seus familiares, o professor auxilia nas interações com a equipe de saúde, sendo capaz de, pela observação em sala de aula, identificar padrões de comportamento até então, não percebidos pela equipe de saúde, além de ser um difusor de conhecimentos e promotor de atitudes para que os alunos e familiares possam atuar junto à comunidade.

Isto não implica que as classes hospitalares devam ter um perfil clínico e não o perfil educacional que caracteriza a intervenção pedagógica como apropriada e necessária para o desenvolvimento e educação das crianças.

A necessidade da presença do atendimento pedagógico-educacional em enfermarias pediátricas é decorrente do poder da educação em interferir no desenvolvimento para gerar o aprendizado (FONSECA, 1999b).

Na classe hospitalar as atividades são construídas com a premissa de finalizações e avaliações diárias, pois uma diversidade de acontecimentos inerentes à evolução da doença do educando poderá interferir na continuidade das tarefas.

Cabe lembrar que cada criança tem seu próprio ritmo e internaliza de forma diferenciada sua aprendizagem de acordo com seus interesses e necessidades. Portanto, é importante compartilhar com a criança o máximo possível as situações que se apresentam durante as atividades na classe hospitalar. A criança hospitalizada, assim como qualquer criança, apresenta o desenvolvimento que lhe é possível de acordo com uma diversidade de fatores com os quais interage e, dentre eles, as limitações que o diagnóstico clínico possa impor. Um ser em desenvolvimento tem sempre possibilidades de usar e expressar, de uma forma ou de outra, o seu potencial (FONSECA, 2003).

É importante, também, que no processo pedagógico-educacional se valorize a história e o conhecimento prévio que a criança e seu familiar trazem consigo na internação.

Independente do tempo de permanência da criança no hospital, a classe hospitalar ajuda a criança a se desvincular das restrições deste ambiente e pode ter um significado importante para o processo de desenvolvimento e aprendizagem. O encontro da educação e saúde em ações voltadas à atenção integral à saúde da criança

hospitalizada pode ser a garantia da manutenção do seu desenvolvimento e a proteção dos processos cognitivos e afetivos de construção de aprendizados como ressalta CECCIM (1999).

Estudo realizado para avaliar a proposta pedagógico-educacional em classe hospitalar verificou que esta atividade além de contribuir no desenvolvimento escolar, contribuía para uma rápida recuperação de saúde das crianças, abreviando o tempo de internação (FONSECA & CECCIM, 1999). Neste mesmo estudo os autores observaram “(...) uma energia interna parece ser mobilizada pela criança em prol de sua recuperação e enfrentamento da doença quando ela recebe um atendimento pedagógico-educacional que se assemelha à escola e que mobiliza suas aprendizagens e aquisições cognitivas (...), além de oferecer uma cobertura assistencial que efetiva, nos pais e nas crianças, uma sensação de proteção à vida” (p.35).

A possibilidade de atendimento em classes hospitalares além de incentivar a criança e a família a buscarem a escola regular após a alta hospitalar estimula o acesso à escola de crianças ainda não matriculadas na rede de ensino (FONSECA, 1999a).

MARRACH & KAHLE (2003) interpretando os sentimentos e as idéias de crianças hospitalizadas através de desenhos e verbalizações, detectou uma preocupação com a promoção da saúde no grupo estudado que se revela em parte através da prevenção de doenças.

FONTANA & SALAMUNES (2009, p.58), em pesquisa documental sobre classes hospitalares, realizada no ano de 2004 na cidade de Curitiba, verificou que: “(...) o trabalho realizado pelas professoras em cada Unidade Hospitalar revelou que, além de contribuir para a aprendizagem dos estudantes, tinha o reconhecimento de familiares, de médicos e demais profissionais da saúde, os quais ressaltam a melhora do comportamento e da saúde das crianças e adolescentes hospitalizados”.

A atuação da pedagogia hospitalar caminha lentamente no ambiente escolar. Muitas escolas não se encontram preparadas para receber o aluno que foi afastado para tratamento de saúde. A necessidade de informação e motivação destas escolas se faz necessária para o atendimento integral às crianças enfermas (ANDRADE, 2009).

Da mesma forma, RODACOSKI & FORTE (2009), analisando as práticas pedagógicas realizadas num hospital pediátrico do sul do país, percebeu que: “(...) a escolarização durante a hospitalização garantia não só a continuidade do processo de educação formal quanto promovia o bem-estar da criança que se sentia mais íntegra,

ativa cognitivamente, com a auto-estima elevada e por consequência, com melhor suportabilidade ao processo de tratamento e hospitalização”.

A hospitalização pode ser um evento que não traz prazer, mas também não precisa ser uma experiência de sofrimento físico e psíquico ao extremo.

A intervenção pedagógica em hospitais, numa perspectiva multi/inter/transdisciplinar, além de encontrar respaldo nas ações educativas junto às crianças e adolescentes, garantindo a continuidade didática e a interação com a escola de origem se constitui uma importante aliada no processo de humanização hospitalar (JESUS, 2009).

Segundo VIEGAS (2007), existe uma porção de modos de entender a atitude de humanizar. Entre elas, destacam-se: interesse real pela pessoa, respeito, solidariedade, demonstrando o gostar e o amar, com delicadeza. “(...) é mais um sentimento, sobretudo, quando essa pessoa está fragilizada pela doença e com risco de morte, e sendo cuidada em um ambiente estranho, o hospital, frequentemente trata com muita ciência e tecnologia, mas nem sempre com o carinho necessário. É importante que ela guarde uma lembrança boa do hospital, onde se pretendeu salvá-la” (p.11).

Vivenciar uma classe hospitalar durante a hospitalização pode ser um determinante favorável à melhoria da qualidade de vida e, portanto, um importante coadjuvante na promoção e educação em saúde.

Diante do exposto justifica-se a realização de uma investigação sobre o trabalho pedagógico-educacional que vem sendo realizado com crianças no período de internação hospitalar em classes hospitalares visando verificar se está ou não contribuindo para a educação e a promoção da saúde dessas crianças.

Por tudo isso que foi anteriormente apresentado decidiu-se realizar esta pesquisa que tem, portanto, como questões de fundo:

1. Estará a classe hospitalar investigada colaborando para a educação e promoção da saúde das crianças hospitalizadas participantes?
2. A classe hospitalar tem contribuído para que a internação seja uma experiência positiva na vida das crianças hospitalizadas?
3. A classe hospitalar tem favorecido a inclusão das crianças após hospitalização em sua turma regular na escola de origem?

Para responder a estas questões decidiu-se estabelecer os objetivos expressos a seguir.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as contribuições de um trabalho pedagógico-educacional em Classe Hospitalar para a promoção e educação em saúde das crianças durante o período de hospitalização em um hospital público de São Paulo destinado ao atendimento de crianças e adolescentes do Sistema Único de Saúde – SUS.

2.2 Objetivos Específicos

1. Realizar a caracterização das crianças que frequentam a classe hospitalar, bem como de seus pais e/ou responsáveis e dos educadores, durante o período de estudo;
2. Verificar como vem se realizando o trabalho pedagógico-educacional em classe hospitalar para a obtenção da promoção da saúde integral das crianças internadas;
3. Identificar as opiniões, necessidades, interesses e representações sociais das crianças internadas que frequentam a classe hospitalar bem como de seus pais e/ou responsáveis e dos educadores em relação a essa experiência;
4. Observar interações, sentimentos, práticas e as atividades dos alunos e dos educadores especializados durante o período de internação;
5. Promover oficinas de educação continuada para os educadores especializados voltadas para a promoção e educação em saúde, depois de identificadas suas necessidades, opiniões e interesses;
6. Sugerir novas estratégias de atuação que permitam tornar os ambientes cada vez mais agradáveis e saudáveis.

3. CENÁRIO DA PESQUISA

3. CENÁRIO DA PESQUISA

Foto 17: Hospital Infantil Cândido Fontoura

O estudo foi realizado no Hospital Infantil Cândido Fontoura da Secretaria Estadual da Saúde, localizado na região sudeste do município de São Paulo, Estado de São Paulo, destinado ao atendimento de crianças e adolescentes, usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

A construção do Hospital decorreu da reivindicação de famílias da região na procura de vagas em hospitais para as suas mulheres grávidas e seus filhos pequenos.

O terreno em que está instalado o Hospital, foi cedido pelo Departamento de Águas e Esgotos; a verba para a construção foi doada pelas Indústrias Fontoura-Wyeth S/A que pertencia ao farmacêutico Cândido Fontoura da Silveira.

O Hospital iniciou suas atividades em 30 de setembro de 1958. Inicialmente denominado Hospital Infantil e Maternidade da Zona Leste (D.O.E. de 30/09/1958), era conhecido popularmente como Hospital do Jânio Quadros. Posteriormente, em 2 de dezembro de 1958, por meio do Decreto 34.110 passou a denominar-se Hospital Infantil Cândido Fontoura em homenagem ao seu patrono.

Este hospital funcionou como maternidade até meados de 1964. A partir de então, se especializou no atendimento exclusivo de crianças e adolescentes.

Sendo o único hospital infantil da Zona Leste do Município de São Paulo, destaca-se por ser referência para atenção à demanda de clínica e cirurgia de crianças e adolescentes bem como a assistência em unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica.

Atende atualmente 350 usuários/dia em média no pronto-socorro. Equipado com 72 leitos hospitalares destinados à patologias clínicas e cirúrgicas; apresenta uma taxa de ocupação hospitalar de 87% e uma média de permanência na internação de 8 dias. A clientela é, em sua maioria, procedente da Zona Leste do mesmo município.

A classe hospitalar deste hospital vem realizando suas atividades desde 2003, atendendo aproximadamente 30 crianças/mês. O atendimento é destinado às crianças e jovens de 3 a 20 anos de idade. Localiza-se em local estratégico do hospital, externo às enfermarias, bem iluminado e arejado, equipado com mesas, cadeiras, armários e material de multimídia. A assistência pedagógica é feita por duas educadoras especializadas em atendimento educacional em hospitais, uma pertencente ao quadro da Secretaria Estadual da Educação lotada na classe hospitalar e a outra, funcionária do próprio hospital.

Foto 18: Classe hospitalar do Hospital Infantil Cândido Fontoura

O horário da Classe Hospitalar é de segunda a sexta-feira no período da manhã e da tarde. As atividades normalmente desenvolvidas relacionam-se às da grade curricular referente a cada série, complementadas com outros materiais de apoio sugeridos pelas pedagogas. Após 15 dias de internação é feito contato com a escola de origem do aluno para dar continuidade a sua escolarização e caso necessário, aplicam-se avaliações, sendo estas validadas pela Secretaria da Educação.

4. METODOLOGIA

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Foi utilizada a metodologia qualitativa para alcançar os objetivos descritos anteriormente. Segundo MINAYO (2008 p. 21), “a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes”

Segundo a mesma autora (2004), na abordagem qualitativa a atenção maior é com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma política ou de uma representação. Portanto, o seu critério não é numérico (representatividade numérica para possibilitar a generalização dos conceitos teóricos que se quer testar). A amostra ideal é aquela que representa o grupo social mais relevante.

A abordagem qualitativa só pode ser empregada para a compreensão de fenômenos específicos e delimitáveis pelo seu grau de complexidade. O material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana na intenção de apreender significados, compreender os valores culturais e as representações de um determinado grupo sobre temas específicos, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Trabalha com valores, crenças, motivos, aspirações, representações, hábitos, atitudes e opiniões. É um método adequado para aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente (MINAYO & SANCHES, 1993; MINAYO 2004; BARDIN, 2008).

FERNANDEZ & SACARDO (2008 p.59) refere-se à pesquisa qualitativa com sendo “(...) uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito”, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um mundo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade dos atores. “(...) desta forma o pesquisador procura captar a realidade dinâmica e complexa do seu objeto de estudo no seu contexto histórico. Nessa modalidade de pesquisa, todos os fenômenos são igualmente importantes e preciosos: a constância das manifestações e sua ocasionalidade, a frequência e a interrupção, a fala e o silêncio.”

4.2 Os sujeitos da pesquisa

A população eleita para o estudo compreendeu crianças e adolescentes internados nas enfermarias do hospital por patologias clínicas e/ou cirúrgicas, obedecendo a critérios de inclusão pré-estabelecidos. Foram definidos como critérios para a escolha da população de estudo:

- estar matriculado no sistema de ensino da rede pública ou particular;
- não ter tido internação prévia nos últimos 12 meses na mesma Instituição;
- ter consentimento esclarecido dos pais ou responsáveis legais para a participação das atividades programadas pelo pesquisador juntamente com os educadores especializados.

Foram eleitos também como sujeitos neste estudo os pais e/ou responsáveis dos menores hospitalizados e as educadoras da Classe Hospitalar que realizaram as atividades com as crianças e adolescentes durante a hospitalização.

4.3 Os instrumentos a serem utilizados

A pesquisa qualitativa possui técnicas e instrumentais apropriados para a compreensão dos valores culturais e das representações de um determinado grupo a respeito de temas específicos, sobre as relações que se dão entre atores sociais. Dentre eles destacam-se a pesquisa e análise documental, a observação, a entrevista e o grupo focal (MINAYO, 2004; GIL 2008).

Os instrumentos de pesquisa selecionados para a coleta de dados, portanto, foram:

- Pesquisa documental;
- Observação sistematizada seguindo roteiro pré estabelecido (anexos 2 e 3);
- Entrevista com roteiro pré-estabelecido (anexos 4 e 5);
- Manual instrucional para a capacitação dos educadores (anexo 6)

(Disponível em:

http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/vigilancia_saude/doenca_agravo/0073)

- Material instrucional de multimídia (anexo 7).

4.3.1. A pesquisa documental

Foi realizado levantamento de toda a documentação referente à Classe Hospitalar em estudo desde o início de suas atividades, para posterior análise, conforme os objetivos da pesquisa.

A pesquisa documental, segundo SPÍNOLA (2005) é a coleta de dados por informação registrada em fontes escritas e não diretamente das pessoas ou da observação.

De acordo com GIL (2008), a pesquisa documental consiste na exploração das fontes documentais de primeira mão, que não receberam qualquer tratamento analítico,

tais como: documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas, contratos, diários, filmes, fotografias, gravações; e de documentos de segunda mão, que já foram analisados anteriormente, tais como: relatórios de pesquisa, tabelas, estatísticas, entre outros.

A análise documental permite a compreensão do contexto econômico, político e cultural em que se insere o problema estudado e o seu dimensionamento (SOUZA & ZIONI, 2003).

4.3.2. A observação sistematizada

Foi realizado uma observação sistematizada das atividades realizadas na Classe Hospitalar durante o período de estudo seguindo roteiro pré estabelecido (anexos 2 e 3). O pesquisador participou de todas as atividades na sala de aula como observador das interações, práticas e atividades dos educandos e dos educadores.

A observação segundo MINAYO (2004) consiste no registro detalhado em um instrumento denominado diário de campo que inclui conversas, comportamentos, cerimoniais, festas, gestos, expressões e interações que digam respeito ao tema da pesquisa, os quais compõem o quadro de representações sociais. Poderá ser livre ou realizada por meio de um roteiro específico e abranger todo o espaço e o tempo previsto para o trabalho de campo ou parte dele.

O registro dos dados deve ser feito com grande fidelidade, devendo ser contidas as opiniões pessoais e as expectativas do observador.

Neste estudo, foi utilizada a observação sistemática com roteiro pré-estabelecido, sendo que o pesquisador participou de todas as atividades realizadas em sala de aula com as crianças e adolescentes envolvidos no estudo.

Segundo SPÍNOLA (2005, p. 926) “(...) a observação sistemática, também chamada de planejada, estruturada ou controlada, é a que se realiza em condições controladas, para responder a propósitos que foram predefinidos. Ela requer planejamento e necessita de operações específicas para o seu desenvolvimento, mostrando com precisão como deve ser feita, quais dados registrar e como registrá-los”.

No processo de observação, o observador pode ser não-participante, ou seja, pode ver de fora o que se passa no campo de pesquisa, ou participante, quando ele faz parte da situação e nela desempenha um papel.

Para SELLTIS (1971) a observação é um método básico para conseguir informação sobre o mundo que nos cerca. A grande vantagem da observação é o fato de permitir o registro de comportamentos tais como estes ocorrem, independentemente da capacidade de descrição do sujeito e também da disposição deste em fazê-lo. É especialmente indicada em pesquisas que lidam com crianças, pois estas são na maioria das vezes incapazes de dar descrições verbais de seu comportamento ou de seus sentimentos. A observação pode ser sistemática em que o pesquisador sabe quais os aspectos da atividade do grupo que são significativos para os seus objetivos de pesquisa; e assistemática em que o observador assume, pelo menos até certo ponto, o papel de um membro do grupo, e participa de sua atuação.

4.3.3. A entrevista

Foram realizadas entrevistas com os pais e ou responsáveis pelas crianças hospitalizadas bem como com os educadores da Classe hospitalar.

Segundo MINAYO (2004) a entrevista é uma conversa a dois, realizada por iniciativa do entrevistador. Visa apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa. O entrevistado tem liberdade total para abordar o assunto sob seu olhar. Permite tanto a obtenção de informações objetivas, como as de caráter mais subjetivo, referentes às atitudes, opiniões e valores dos indivíduos entrevistados.

É prudente que se utilize um roteiro de entrevista previamente elaborado como instrumento para orientar esta atividade. Existem três tipos de entrevistas: a estruturada, a entrevista livre e a semi-estruturada.

A entrevista estruturada ou fechada utiliza formulários aplicados diretamente pelo pesquisador através de roteiros fechados que cerceiam a fala dos entrevistados. As questões são padronizadas, ou seja, idênticas para todas as pessoas interrogadas.

Na entrevista livre ou aberta o pesquisador apresenta um tema e o entrevistado abrange livremente o assunto em questão.

A entrevista semi-estruturada parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e informações prévias, que interessam à pesquisa. A partir de então, o entrevistado tem liberdade para discorrer sobre o assunto.

Para SPÍNOLA (2005), a entrevista é a forma de obtenção de informações por meio da interação direta entre o pesquisador e o pesquisado. É organizada nas seguintes etapas: contato inicial, formulação e registro de respostas e término da entrevista. No contato inicial faz-se necessária a apresentação do entrevistador, a explanação dos objetivos e a colaboração voluntária do entrevistado para a participação na entrevista. As perguntas devem ser formuladas de forma clara e em uma linguagem compreensível, sendo prudente iniciar e terminar a entrevista com questões amenas, deixando as perguntas mais delicadas e difíceis para o meio da entrevista. Ao final da entrevista, o entrevistador deve ser cordial no agradecimento da participação do entrevistado.

Apesar da complexidade da sua realização e requerer tempo para a sua organização, treinamento do entrevistador e aplicação, a entrevista tem como principal vantagem a possibilidade de obter informações confiáveis e precisas.

A entrevista, segundo SELTZ (1971), como o entrevistador e a pessoa entrevistada estão presentes no momento em que as perguntas são apresentadas e respondidas. Há a possibilidade de maior flexibilidade na apresentação das perguntas de modo a facilitar a compreensão do entrevistado e consequentemente à obtenção de informações por parte do entrevistador.

Neste estudo, para a realização das entrevistas semi-estruturadas, foi utilizado como apoio um formulário previamente elaborado (anexos 4 e 5). Este instrumento compreende uma série de perguntas relacionadas a um tema específico a serem propostas pessoalmente pelo pesquisador aos informantes que o preenche no decorrer da entrevista. Permite abranger um universo mais heterogêneo de entrevistados, independente do nível de instrução. No entanto, exige do pesquisador a neutralidade ao elaborar as perguntas, evitando assim a sugestão de respostas (SPÍNOLA, 1973).

É importante que o formulário utilizado nas entrevistas seja pré testado.

Para SPÍNOLA (1973), o pré teste permite o aprimoramento do formulário e serve para aumentar a validade do instrumento. Não deve ser aplicado na mesma

população do estudo definitivo ou na área do estudo final, mas em população com características semelhantes às do estudo. Possibilita avaliar a melhor ordem de sequencia das perguntas, reformular alguma pergunta mais complexa ou de difícil compreensão e verificar se as perguntas são redundantes ou não pertinentes.

4.3.4. Manual para educação continuada dos educadores

Os professores foram previamente capacitados para utilizar como recurso pedagógico, um manual de promoção de saúde ocular editado em 2008, com a participação deste autor e da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo em

parceria com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. O manual aborda assuntos relacionados ao aparelho ocular sempre integrado à saúde global do indivíduo em desenvolvimento e ao seu meio ambiente, visando à promoção e educação em saúde. O manual antes de editado foi validado por um grupo de profissionais da saúde e educação por meio da técnica de grupo focal. O grupo focal é uma técnica de pesquisa qualitativa que obtêm dados a partir de discussões planejadas onde os participantes expressam suas idéias e propõem mudanças (IERVOLINO e PELICIONI, 2001).

Para a capacitação destes profissionais, o manual foi entregue a estes com 15 dias de antecedência, para que os professores lessem e anotassem suas dúvidas sobre o assunto. Após isto, foram promovidos dois encontros em dias distintos, cada um com a duração de 60 minutos, prévios ao início da pesquisa, com a finalidade de esclarecer as dúvidas sobre os conceitos contidos neste material. Os encontros foram

supervisionados pelo pesquisador. Este se demonstrou receptivo aos materiais educativos eventualmente criados pelos professores durante o curso da pesquisa.

4.3.5. Material de multimídia

Como recurso pedagógico complementar foi utilizado, também, um material de multimídia contendo informações relativas à promoção da saúde integral utilizado nas atividades em sala de aula do hospital. O conteúdo foi organizado sob a forma de informações ricas em figuras reconhecíveis no cotidiano das crianças e com jogos bastante interessantes e divertidos.

O material de multimídia constou de dois filmes e dois jogos eletrônicos.

Foto 19: Filme “A visão”

O primeiro filme, denominado “A Visão”, abordava assuntos sobre saúde ocular relacionando-a com a saúde integral do indivíduo e seu meio ambiente. Neste,

um personagem infantil comentava a importância da visão; nomeava corretamente as estruturas oculares; recomendava as medidas para manter uma boa visão e finalmente alertava para a possibilidade de uma afecção ocular, a conjuntivite, convidando para que as crianças fossem multiplicadoras destas informações.

Foto 20: Filme “O meio ambiente”

O segundo filme, denominado “Meio ambiente”, abordava a conservação do meio ambiente, particularmente o controle da poluição urbana e a conservação dos recursos hídricos. Neste, um ser humano com atitudes inadequadas é repreendido por um personagem infantil.

Os dois jogos eletrônicos foram utilizados na sequência do primeiro filme, sobre a saúde ocular, para facilitar a construção de conhecimento sobre o assunto abordado. No primeiro jogo, denominado “Jogo do olho”, a criança coloria na tela do computador as estruturas oculares solicitadas e no segundo jogo, denominado “Jogo dos alimentos”, preenchia na tela os alimentos que compunha uma pirâmide alimentar na premissa de conhecer as proporções adequadas de cada alimento que deveriam ingerir.

Foto 21: Jogos de multimídia

Atividades lúdicas durante a hospitalização além de promover a continuidade do desenvolvimento infantil proporciona a oportunidade de uma melhor elaboração desse momento específico em que a criança vive (MITRE e GOMES, 2004).

A educação lúdica contribui e influencia na formação da criança e do adolescente. É uma alternativa ao ensino puramente expositivo utilizado na educação tradicional. O uso de filmes e jogos é uma forma a mais de estimular o potencial crítico da criança, levando-a pensar e questionar sobre o assunto abordado.

Os jogos permitem múltiplas e complexas relações sociais da criança com o mundo que a rodeia colaborando para o seu desenvolvimento, manejo de suas emoções e controle dos seus impulsos, favorecendo a ação reflexiva sobre a realidade e possibilidades de lidar com vivências desagradáveis e ameaçadoras (SANT'ANA, 2003).

Para SOUZA & VILAS BOAS (2004), os heróis infantis das histórias exercem um imenso fascínio. Além de apresentarem características que os tornam facilmente reconhecíveis, semelhantes aos mitos, não evoluem. Estes personagens não modificam as qualidades básicas de sua representação; estando relacionados sempre a atitudes positivas.

FONTES e VASCONCELLOS (2007, p.301) ao analisarem cenas de um atendimento pedagógico hospitalar fizeram as seguintes considerações: “(...) a idéia de escola ao lado da brincadeira, surge como uma importante referência à infância no contexto hospitalar, pois, ao aprender brincando, as crianças resgatam a vivência de infância que foram obrigadas a abandonar, mesmo que temporariamente, em função da

doença”. “(...) o papel do educador é, assim, o de estimular esta aprendizagem que impulsiona o desenvolvimento humano, tornando o ambiente hospitalar menos hostil”.

DE PAULA (2007), analisando as oportunidades que os meios de comunicação oferecem às crianças e adolescentes hospitalizados, demonstrou a importância da tecnologia em auxiliar as possibilidades interativas neste ambiente. As possibilidades de interação ampliavam-se quando recursos de multimídia eram incorporados às atividades durante a hospitalização. A mesma autora ressalta que crianças e adolescentes que nunca tinham ido para a escola, por meio de brincadeiras e dos jogos no computador, começaram a desenvolver interesse pela alfabetização.

A importância de utilizar metodologia comunicativa alternativa nas práticas de educação em saúde, além da discursiva, torna a atividade desenvolvida mais dinâmica e criativa, despertando o interesse e a participação ativa dos envolvidos (PENTEADO, 1996).

4.4 Das atividades de pesquisa - realização, coordenação e supervisão

O período de realização da pesquisa foi de abril a junho de 2009, período em que o ano letivo já havia sido iniciado.

As atividades foram realizadas na Classe Hospitalar, sob coordenação dos educadores, em horário flexível e não interferiram na atividade assistencial terapêutica.

A supervisão das atividades e o apoio técnico necessário foram realizados pelo pesquisador.

4.5 Aspectos éticos da pesquisa

Com os procedimentos metodológicos desta pesquisa foram cumpridas as exigências éticas fundamentais, conforme a resolução 196/96 de 10/10/1996 – Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, que dispõem das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. A pesquisa obedeceu os quatro referenciais básicos da bioética: a autonomia; a não maleficência; a beneficência e a justiça. Conforme demonstrado pelos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido criados para a participação dos sujeitos envolvidos (anexo 8, 9 e 10).

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir dos dados coletados pelos instrumentos foi utilizada a estratégia metodológica de triangulação possibilitando melhor compreensão dos significados e das representações sociais dos atores. A análise das falas de entrevistas ao lado da observação sistemática dos múltiplos aspectos inerentes aos sujeitos da pesquisa baseou-se em roteiro semi-estruturado bem como em levantamento documental. Tal estratégia permite validar melhor os dados e uma inserção mais aprofundada do pesquisador no contexto de onde emergem os fatos, as falas e as ações dos sujeitos, permitindo uma compreensão mais abrangente dos significados construídos socialmente na relação dos sujeitos com o meio (SOUZA & ZIONI, 2003).

Segundo SPÍNOLA (2005), a triangulação é uma ação na qual múltiplos métodos são utilizados no desenho de uma investigação, na tentativa de aumentar a confiança de uma medida específica. Visa um entendimento mais completo de determinado assunto por meio de uma descrição, explicação e compreensão mais abrangente.

A avaliação do recurso pedagógico baseou-se na capacidade de estimular a elaboração por parte dos alunos de material (desenhos e redação) relacionado ao assunto abordado, refletindo assim a importância desta atividade em agregar conhecimentos.

5.1 História e funcionamento da classe hospitalar do Hospital Infantil Cândido Fontoura

A análise documental permitiu conhecer um pouco da história da Classe Hospitalar do Hospital Infantil Cândido Fontoura que vem realizando suas atividades desde 2003.

Nesta época, houve divulgação por meio de informe interno e palestras em auditório a todos os funcionários do Hospital tendo sido propagada à comunidade externa por meio de comunicação escrita veiculada no bairro.

Desde o início, o atendimento tem sido destinado às crianças e jovens de 3 a 20 anos de idade com demanda de aproximadamente 30 crianças/mês nessa faixa etária.

Foto 22: A Classe Hospitalar do Hospital Infantil Cândido Fontoura

A sala de aproximadamente 17 metros quadrados está em local agradável e estratégico do hospital, externo às enfermarias, bem iluminado e arejado, equipado com mesas, cadeiras, armários e material de multimídia, com acesso facilitado aos deficientes físicos.

A assistência pedagógica é feita por duas educadoras especializadas em atendimento educacional em ambiente hospitalar.

Por meio da observação sistemática pôde-se conhecer a rotina da Classe Hospitalar.

Funciona de segunda a sexta-feira, no período da manhã e da tarde. As atividades normalmente desenvolvidas relacionam-se às da grade curricular referente a cada série, complementadas com outros materiais de apoio sugeridos pelas Pedagogas. Após 15 dias de internação é feito contato com a Escola de origem do aluno para dar continuidade a sua escolarização, sendo aplicadas também provas que são validadas pela Secretaria da Educação, garantindo-se assim a aprovação da criança hospitalizada para a série subsequente.

O público que frequenta a Classe Hospitalar são crianças e adolescentes hospitalizados nas Enfermarias e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital.

Eles adentram às unidades de internação a partir do Pronto Atendimento ou do Ambulatório. Seja qual for a porta de entrada no serviço, estes são encaminhados à Sala de Observação do Pronto Atendimento onde se inicia o preparo para a hospitalização: a criança toma banho, troca a roupa pessoal pelo vestuário próprio do hospital, elabora-se a documentação da internação e se necessário, passa para a coleta de exames e punção venosa para administração de medicamentos. É fornecido um armário para guardar os objetos pessoais da criança e do acompanhante e fornecido uma bolsa plástica para as mães guardarem algum pertence de uso rotineiro, o crachá de identificação de acompanhante e a cartilha “Familiar Acompanhante” onde constam todas as normas e rotinas do hospital. A seguir, o paciente é encaminhado ao setor onde permanecerá hospitalizado.

Na Unidade de Internação são dadas verbalmente pela enfermagem informações sobre as normas e rotinas do hospital, incluindo horário de refeição e troca de acompanhante bem como a obrigatoriedade do uso de avental e crachá de identificação pelo acompanhante.

O hospital incentiva a permanência da mãe ou responsável no acompanhamento durante toda a internação que é acomodado em poltronas estofadas, reclináveis para o descanso, tendo o direito de fazer rodízio com outros familiares em duas trocas diárias, uma às 7h e outra às 19h.

Foto 23: Programa Familiar Acompanhante

Todas as famílias de crianças ou adolescentes hospitalizados são entrevistados pelo Serviço Social do hospital.

As crianças e adolescentes hospitalizados são submetidos a uma triagem, preferencialmente no primeiro dia útil subsequente ao dia da hospitalização, para avaliar a possibilidade de frequentar a escola do hospital. Esta avaliação tem sido realizada pela Terapeuta Ocupacional – TO e leva em consideração principalmente a gravidade e a contagiosidade da doença.

As professoras, inicialmente não sabiam explicar o motivo pelo qual não realizavam ou mesmo participavam desta triagem. Posteriormente as mesmas disseram que esta atividade somava produtividade às atividades da TO e consideravam que a mesma estaria mais habilitada a avaliar o estado de saúde das crianças.

Após esta avaliação diária é feita pelo professor uma lista das crianças que desejam realizar as atividades didáticas. Para isso ele se dirige a cada criança ou adolescente, esclarecendo a eles e a seus familiares a existência do trabalho pedagógico-educacional no hospital e convida-os a participar. Incentivando a realização das atividades, sempre que possível, sem a presença dos pais na sala de aula.

O período de duração de cada aula é flexível, dependendo da disposição física da criança ou adolescente, da concretização das atividades propostas e da dinâmica das enfermarias (horário de medicação, exame clínico realizado pelo pediatra, intervenções da equipe multiprofissional e coleta de exames).

As atividades pedagógicas são propostas em cada aula na premissa de finalização diária. Normalmente o professor não passa tarefa para a aula seguinte, pois uma série de intercorrências relacionadas às crianças pode alterar a rotina da internação, impossibilitando o seu retorno à sala de aula.

Os menores com limitação de locomoção recebem atenção pedagógica do professor no leito, utilizando para isto material didático da sala de aula fornecido pela Escola Estadual anexa ao Hospital e eventualmente material de multimídia (Lap Top) como apoio pedagógico.

As professoras, além de desenvolver as atividades pedagógico-educacionais, procuram comemorar as datas festivas durante o ano, propondo a confecção de material áudio-visual adequado ao evento. Como exemplo pode-se citar o preparativo do dia das mães e festas juninas com cartazes, bandeiras, flores de papel, entre outros.

5.2 A Pesquisa

O presente estudo foi realizado durante o período de 17 de abril a 17 de junho de 2010 na Classe Hospitalar do Hospital Infantil Cândido Fontoura com 9 encontros na classe hospitalar e a participação de 24 alunos.

As aulas tiveram em média a duração de 105 minutos, com um intervalo de 15 minutos para o descanso das crianças.

Os alunos tinham em média 7 anos de idade, sendo a criança mais jovem de 4 anos de idade e o adolescente mais velho, 13 anos de idade (Gráfico 1).

Gráfico 1: Distribuição dos alunos segundo a idade

Quanto ao sexo dos alunos participantes do estudo, 15 eram do sexo masculino e 9 eram do sexo feminino (Gráfico 2).

Gráfico 2: Distribuição dos alunos de acordo com o sexo

Dos participantes, 17 cursavam o ensino fundamental e 7 cursavam a pré-escola (Gráfico 3).

Gráfico 3: Distribuição dos alunos de acordo com a escolaridade

Era previsto que cada aluno frequentasse somente uma vez a Classe Hospitalar. No entanto, atendendo ao pedido dos mesmos, dois alunos assistiram duas aulas durante esse período.

A maioria dos acompanhantes que participaram deste estudo era representada por mães (22). Quanto ao grau de instrução, 10 cursaram o ensino fundamental, 9 cursaram o ensino médio e apenas 3 tinham o curso superior incompleto. A maioria das mães exercia trabalho externo, além dos afazeres domésticos, somando seus ganhos à renda familiar. Os demais acompanhantes eram representados por um padrasto que cursou o ensino médio e uma tia materna com ensino fundamental completo (Gráficos 4 e 5).

Gráfico 4: Grau de parentesco dos acompanhantes entrevistados **Gráfico 5: Nível de instrução materna**

O roteiro utilizado para a entrevista dos pais foi pré-testado com acompanhantes de crianças hospitalizadas na mesma Instituição, em período anterior ao do estudo.

A partir do pré-teste foi descartada a 5ª. pergunta do roteiro de entrevistas “O que o Sr(a) acha que muda com o fato de seu filho(a) estar fazendo atividades na classe

hospitalar iguais as dos colegas da escola dele?”, uma vez que foi considerada não pertinente.

O tempo médio de hospitalização das crianças foi de 9,8 dias, sendo que o menor período foi de quatro dias e o tempo mais longo de internação foi de 32 dias, a maioria devido a doenças respiratórias (Gráfico 6).

Gráfico 6: Distribuição dos alunos de acordo com o tempo de hospitalização

As respostas obtidas nas entrevistas com os pais e/ou responsáveis pelas crianças hospitalizadas que participaram do estudo foram agrupados nas seguintes categorias: o significado da hospitalização; a importância da Classe Hospitalar; mudanças no cotidiano familiar; alterações na rotina da criança hospitalizada.

5.2.1. O significado da hospitalização

É inegável que o desenvolvimento da medicina, ocasionado principalmente pela descoberta e aprimoramento de novas técnicas de diagnóstico e tratamento, resultou em melhoria da qualidade de vida principalmente daqueles que estão enfermos. No entanto, o processo de adoecimento e hospitalização continua carregado de sentimentos tais como ansiedade, tristeza, depressão, dor e medo.

A maioria dos pais e/ou responsáveis revelou ter sido surpreendida com a proposta de internação na chegada ao hospital, pois, para eles, esta representava gravidade do caso, gerando ao mesmo tempo a esperança na resolução do problema e ansiedade em relação ao desfecho do tratamento, o que pode ser verificado pelos depoimentos a seguir:

“A notícia da internação da minha filha para mim foi o fim do mundo; não é possível a minha filha ser internada; não imaginava esta situação; eu me perguntava se era grave a doença” (mãe da aluna 1 de sete anos de idade).

“Dá aquele choque, pois se fosse uma coisa simples daria receita e trataria em casa” (mãe do aluno 5 de onze anos de idade).

“Fiquei desesperada com o risco de morte; ela (a criança) nunca ficou doente; acho que ela ficou doente devido a umidade e friagem do quarto onde dorme” (mãe da aluna 4 de treze anos de idade).

“A internação significa a melhora da doença dele; aqui é o local que ele sairá bom” (mãe do aluno 8 de seis anos de idade).

“Foi um impacto, mas era necessário para a melhora dele (a criança)” (mãe do aluno 17 de seis anos de idade).

“Significa (a internação) a sobrevivência dela; será que a minha filha vai ficar boa logo? Será que algo mais grave vai acontecer? A mãe chora durante o seu relato” (mãe da aluna 9 de cinco anos de idade).

A condição de doença e a hospitalização conduzem o doente e seus familiares a experimentar perturbações emocionais não só diante da indefinição diagnóstica quanto de potencial piora na evolução do quadro clínico.

A relação da mãe com sua criança tende a ser permeada de medos com relação ao futuro da criança, bem como culpa e sofrimento pela presença da doença e a possibilidade de internação (CASTRO & PICCININI, 2002).

MARRACH & KAHHLE (2003), investigando a percepção sobre saúde e doença de crianças hospitalizadas e suas mães acompanhantes concluiu que estes conceitos foram associados às condições físicas com enfoque na forma preservada ou alterada do corpo. A saúde esteve associada à boa forma física e à aptidão às atividades, enquanto a doença e a hospitalização à deformidade física, à idéia de restrição física, ao sentimento de tristeza, abandono e preocupação. Neste estudo, as mães relacionaram a saúde à qualidade do cuidar e estabeleceram associação entre esse cuidado e as suas conseqüências em relação à saúde e à doença de seus filhos.

Em entrevistas realizadas com pais de adolescentes hospitalizados, ARMOND & BOEMER (2004) detectaram o impacto da doença e da hospitalização para a família, afirmando o grande sofrimento dos pais frente a essa situação.

Os pais nos seus discursos enfatizam a importância da hospitalização no restabelecimento da saúde da criança e do adolescente. Isto se deve ao fato dos hospitais, na sua evolução, ter se institucionalizado como um instrumento terapêutico destinado ao tratamento das doenças. Assim, o hospital passa a ser reconhecido como campo fecundo de experiência, de ensino e pesquisa, traduzidos por avanço tecnológico e eficácia no tratamento.

É imprescindível o acolhimento hospitalar, a escuta do sofrimento exteriorizado ou velado tanto da criança como de seus acompanhantes, particularmente das mães na tentativa de amenizar a dor física e emocional, o medo e a insegurança. Trata-se de uma atitude de atenção integral durante a hospitalização; uma expressão verdadeiramente humanizadora!

5.2.2. A importância da classe hospitalar

Os pais foram unânimes em declarar nas entrevistas realizadas a importância das crianças frequentarem a escola durante a hospitalização, como relatados nas falas a seguir:

“Muito bom; distrai e enturma as crianças; ela chorou, pois não queria interromper a aula para receber a medicação; notei que ela ficou mais animada, comentando tudo o que fez na escola” (fala da mãe da aluna 1 de sete anos de idade).

“Achei muito bom para mim e para a criança. A internação confunde muito a cabeça da criança; a criança não fica preocupada só com a doença. A gente fica mais feliz em saber que a criança está mais contente. Ele comentou muito o que fez na escola, melhorou a tristeza pela falta dos irmãos” (fala da mãe do aluno 2 de onze anos de idade).

“É muito interessante, pois ficar no quarto sem se distrair é ruim; é bom ter contato com outras crianças” (fala do padrasto do aluno 6 de cinco anos de idade).

“Distrai e quebra um pouco a idéia de que o Hospital só serve para tratar a doença; a criança faz o que gosta e se distrai” (fala da mãe do aluno 8 de seis anos de idade).

“Muito importante; incentiva a criança a se interessar pela escola e ser algo no futuro; a escola tira o pensamento da internação; a criança fica mais animada” (fala da mãe da aluna 9 de cinco anos de idade).

“Achei um espetáculo, amenizou a minha agonia; o meu filho estava estressado, pedia sempre para ir embora do Hospital; após ter participado da escola ele ficou mais calmo. Parece que a escola amenizou a sensação do hospital ser uma coisa ruim” (fala da mãe do aluno 14 de seis anos de idade).

“Muito bom; eles têm uma rotina e quando internam ficam parados. A escola distrai as crianças” (fala da mãe do aluno 20 de seis anos de idade).

“Acho muito bom para o desenvolvimento dele; é uma coisa diferente; ele sai um pouco da Enfermaria” (fala da mãe do aluno 22 de seis anos de idade).

Com o passar do tempo, o sofrimento dos pais frente à doença e a hospitalização é amenizado vendo o filho se restabelecer fisicamente, se familiarizando com o hospital, interagindo com os profissionais da saúde e com as demais crianças internadas.

A importância do acesso às atividades de lazer e pedagógicas durante a hospitalização reveladas em entrevistas com pais de crianças internadas, foi demonstrada por ARMOND & BOEMER (2004). Neste estudo, os pais destacaram a importância destas iniciativas no extravasamento de sentimentos como medo e ansiedade, abrindo possibilidades de convívio com a angústia.

Para CECCIM (1999, p.42) *“(...) se o relacionamento com a doença infantil, ou mesmo com a criança enferma, é mediado pela emergência de atenção às demandas biológica e psicológica da criança, outra dimensão destaca-se à escuta pedagógica do desenvolvimento infantil: a dimensão vivencial. Essa dimensão conta-nos das expectativas de cura, sobrevida e qualidade de vida afetiva, de retorno às atividades anteriores e de continuidade dos laços com o cotidiano. (...) o acompanhamento pedagógico e escolar da criança hospitalizada favorece a construção subjetiva de uma estabilidade de vida não apenas como elaboração psíquica da enfermidade e da hospitalização, mas principalmente como continuidade e segurança diante dos laços sociais de aprendizagem (relação com os colegas e relações de aprendizagens mediadas pelo professor)”.*

A prática escolar na rotina do ambiente hospitalar, parte da premissa de que a dor, o medo, o mal-estar e a desconfiança são minimizados quando a criança tem a oportunidade de vivenciar a sala de aula. Além de assegurar a continuidade do desenvolvimento cognitivo ameniza a sensação de restrição e as sensações indesejáveis que a internação impõe (FONSECA, 2003).

Do ponto de vista de atenção integral em saúde, sentir-se cuidado, permitindo que um desejo de cura aflore na criança, implica entre outras coisas, em dispor do atendimento às suas necessidades de relacionamento social e de aprendizagem durante a hospitalização.

A possibilidade de saída do leito, a proposta de atividades motivadoras de aprendizagem e o convívio com outras crianças que também estão vivenciando a mesma experiência contribuem para a aceleração da recuperação da saúde.

O reconhecimento de pensar a criança com todas as suas necessidades e não só na recomposição do seu corpo doente, fortalece a importância da organização de atividades que visam o desenvolvimento cognitivo, afetivo, psicológico e social, além do biológico.

Desse modo, a atuação pedagógica pode contribuir para que a internação não se configure como um hiato na vida destas crianças, mas sim parte de sua experiência de vida, com construção de conhecimento e elaboração de uma vivência positiva deste período.

5.2.3. Mudanças no cotidiano familiar

A doença, com constantes visitas ao médico, o uso de medicações e hospitalizações é um fator de estresse que pode comprometer o desenvolvimento emocional e comportamental da criança e também as relações sociais dentro do sistema familiar atingindo todas as pessoas que convivem com a criança. Os recursos psicológicos dos genitores, da própria criança ou adolescente hospitalizado e a estrutura familiar interagem e podem contribuir para a adaptação à situação de doença e internação.

A família, ao prover condições adequadas de cuidado para com as crianças, é vista como o primeiro grupo social de um ser humano, é a condição fundamental para um desenvolvimento psicológico saudável.

A doença e a possibilidade de uma internação fazem com que os pais, após um período de surpresa e inércia, assumam a postura de enfrentamento da nova situação, incorporando o sentido da doença em suas vidas. Sentem a perda momentânea de controle e de liberdade em suas vidas.

As falas a seguir, em resposta ao questionamento se a internação está mudando o dia a dia da família, exemplificam de que forma a internação desestrutura a rotina familiar e o esforço que os pais e familiares fazem para manter a criança ou adolescente acompanhado durante a hospitalização apesar do prejuízo emocional e financeiro para os demais membros da família:

“A internação mudou a nossa rotina, pois não posso trabalhar; sou diarista e se não trabalho, eu não ganho; não posso acompanhar os filhos que deixei em casa” (mãe do aluno 2 de onze anos de idade).

“Deixei o trabalho, porém, agora a prioridade é da criança;...sem contar o prejuízo financeiro” (mãe da aluna 3 de oito anos de idade).

“Quase perdi o emprego devido as minhas faltas; fui despejada da casa que alugava por não ter pagado o aluguel” (mãe da aluna 4 de treze anos de idade).

“Sim, deixei o filho mais novo com a tia; os meus familiares têm que revezar comigo e com a minha mulher para acompanhar a criança na internação, eles não gostam muito disto; a família deixou de ficar unida; causou também prejuízo financeiro, pois tenho perdido dias de trabalho” (padrasto do aluno 6 de cinco anos de idade).

“Sim, pois não ficou ninguém em casa; o pai não está trabalhando, ele reveza comigo no acompanhamento da criança; o prejuízo é financeiro e sentimental; agora a casa ficou vazia, sem alegria” (mãe do aluno 8 de seis anos de idade).

“Deixei os outros filhos com os vizinhos; é longe o Hospital da minha casa” (mãe do aluno 20 de seis anos de idade).

“Deixei o meu pai que está doente e os outros dois filhos trancados em casa” (mãe do aluno 23 de oito anos de idade).

Os familiares, dispostos a todo custo a proporcionar um conforto emocional aos seus filhos, acompanhando-os continuamente na hospitalização, enfatizam a interrupção do curso de suas vidas, bem como a desestruturação do modo de viver, afastando-os de uma estabilidade, muitas vezes arduamente conseguida.

A ocorrência da doença e a hospitalização de um filho fazem com que os pais vivam os mais conflitantes sentimentos além da preocupação e do sofrimento. A preocupação não se restringe somente à necessidade de atenção constante ao filho doente, mas também pela atitude de ausência para com os filhos saudáveis que deixaram para trás (ARMOND & BOEMER, 2004).

Vivemos um fenômeno social no qual as mulheres têm que dispor do trabalho exclusivamente doméstico e de cuidado da família e incorporar na sua rotina o trabalho externo como forma de complemento da renda familiar. Portanto, é inevitável o acúmulo de tarefas e o prejuízo profissional das mães no acompanhamento de seus filhos durante a hospitalização. A situação se agrava quando o trabalho materno é a única fonte de renda familiar.

A importância do contexto familiar na vivência de situações de sofrimento físico e emocional da criança é evidenciada por SILVA (2007). Para este autor a doença na infância reforça os vínculos de dependência e de necessidade de proteção entre a criança e seus cuidadores, favorecedoras da recuperação do estado de saúde.

A necessidade de priorizar a manutenção destes vínculos, amenizando a dor, o sofrimento e a sensação de abandono, fez com que os hospitais, a partir da década de 1980, encorajassem a permanência das mães durante a hospitalização de crianças e adolescentes.

CASTRO & PICCININI (2002) em revisão literária mostraram que as relações familiares são fundamentais para o adequado enfrentamento da doença. A família pode servir como moderadora na atenuação dos efeitos negativos da hospitalização, promovendo para a criança um ambiente facilitador à melhoria da qualidade de

interação neste novo contexto e também ao próprio tratamento da doença, por meio de respostas mais positivas da criança às demandas clínicas da doença.

Esses autores destacam além da importância do suporte social recebido pelos familiares e amigos, as propostas de intervenções dos profissionais de saúde objetivando minimizar os eventuais problemas emocionais, fundamentais para o bem estar da criança e de seus genitores.

É importante que haja uma abordagem multiprofissional para o enfrentamento não só dos aspectos clínicos da doença, mas de suas repercussões psicológicas e sociais tanto para a criança como para a família.

A equipe de saúde deve estar atenta aos aspectos que transcendem o tratamento médico, pois sem uma visão abrangente, o êxito do tratamento pode ficar comprometido. A boa relação entre a criança, a família e os profissionais de saúde facilita o entendimento do agravo que aflige a criança garantindo assim, a aderência às condutas diagnósticas e terapêuticas.

5.2.4. Alterações na rotina da criança hospitalizada

A hospitalização afasta a criança da sua vida cotidiana, de seus familiares, da escola e dos amigos, promovendo um confronto com a dor, a limitação física e a passividade, externando sentimentos de culpa, punição e medo da morte, podendo assim tornar-se uma experiência traumática na vida da criança e do adolescente. Ocasiona rupturas na vida do indivíduo hospitalizado bem como leva à adaptação a uma nova situação: a de paciente, obrigado a aceitar novas normas e rotinas sem nunca ter sido consultado.

Os relatos dos pais quando questionados sobre o que achavam dos seus filhos estarem faltando na escola devido à hospitalização ilustram a preocupação sobre a quebra da rotina das crianças:

“Está perdendo aulas, ficará atrasado em relação aos colegas” (mãe do aluno 2 de onze anos de idade).

“A criança pode ter prejuízo no aprendizado por faltar na escola; ela gosta muito de estudar” (mãe da aluna 4 de treze anos de idade).

“Preocupa (a criança faltar à escola)...está perdendo a oportunidade de desenvolvimento; ele já é um pouco devagar...” (mãe do aluno 20 de seis anos de idade).

“Preocupa a falta às aulas, ele estava no início da alfabetização” (mãe do aluno 17 de seis anos de idade).

“A criança gosta da escola; reclama que deixou os ensaios da festa junina” (mãe do aluno 14 seis anos de idade).

A doença e a hospitalização podem modificar a autonomia e a independência da criança, alterando o seu funcionamento físico e mental, bem como a sua interação com o ambiente.

O afastamento da criança e do adolescente do convívio escolar decorrente da hospitalização pode levar a uma desestruturação do seu mundo. O hospital é revelado como um mundo transitório e distante da sua realidade. Alguns trechos das falas acima demonstram a ruptura com o mundo externo: *“...deixou os ensaios da festa junina”; “...ficará atrasado em relação aos colegas”*.

Segundo CECCIM (1999), a hospitalização impõe limites à socialização e às interações, ao passo que a escola é um espaço no qual a criança, além de aprender habilidades escolares, desenvolve e estabelece elos sociais com os colegas e os professores.

A Classe Hospitalar além de proteger o desenvolvimento infantil, favorece as relações sociais. Portanto, ficar à margem desse espaço de vivência pode ser mais penoso para a criança ou adolescente hospitalizado.

OLIVEIRA (1993), realizando entrevistas com crianças hospitalizadas e observando o comportamento das mesmas durante esse período, procurou conhecer as representações sociais da enfermidade. As crianças neste estudo relataram a quebra do seu cotidiano, como dormir em berço e se alimentar com mamadeiras quando já dormiam em camas e faziam o uso de copos em suas casas, citaram também a falta de oportunidade para brincar. Ao lado da separação do mundo externo, a hospitalização foi relatada como punição, castigo, algo estreitamente relacionado à culpa. A autora enfatiza a importância do desenvolvimento de atividades pedagógicas e lúdicas na humanização do atendimento médico à criança doente, na tentativa de tornar menos ríspido o ambiente hospitalar.

Como já foi dito, o atendimento pedagógico no ambiente hospitalar é um instrumento contra a exclusão escolar da criança doente, além de favorecer a sua reintegração ao currículo e aos colegas na escola de origem, amenizando assim os prejuízos causados pelo afastamento temporário.

5.3 O trabalho de educação e promoção em saúde desenvolvido na classe hospitalar

No período em que foi realizado o estudo, as crianças e os adolescentes assistiram a dois filmes e participaram dos jogos de multimídia. A seguir foram direcionados à mesa de trabalho para realizarem desenhos e/ou redações sobre o tema exposto e brincarem com o jogo do Tabuleiro, jogo de caça palavras e jogos de cartas (anexos 11, 12, 13,14).

Na sala de aula, os educadores explicavam aos alunos as tarefas propostas, procurando detectar com estes o conhecimento prévio sobre os assuntos abordados. Ao final das atividades uma nova atividade foi realizada para verificar o grau de conhecimento adquirido a partir de redações e desenhos elaborados pelos alunos (anexo 11).

Para LIBÂNEO (2005), os educadores devem ajudar os alunos a construírem seus valores a partir do contexto de suas próprias culturas. Neste sentido, não há valores com sentido universal. Os valores a serem cultivados dentro dos grupos particulares são a diversidade, a tolerância, a liberdade, a criatividade, as emoções e a intuição.

Durante a realização dessa atividade, as crianças eram estimuladas a relacionar os conteúdos dos filmes e dos jogos com a realidade do seu cotidiano, como exemplificados abaixo:

“O lixo jogado vai para o bueiro e dá enchente” (aluno 22, de seis anos de idade, após assistir o filme do meio ambiente).

“Isto não está certo, faz mal não só ao planeta como também a quem jogou a lata na rua” (aluno 2, de onze anos de idade, após assistir o filme do meio ambiente).

“Tem muitas pessoas que joga lixo na rua, isto causa enchente nos bairros” (aluna 4, de treze anos de idade, após assistir o filme do meio ambiente).

Antes da apresentação do filme sobre saúde ocular a professora perguntou para as crianças se haviam tido conjuntivite. Uma das crianças respondeu que sim. A professora perguntou quais os cuidados para não se pegar conjuntivite. A criança respondeu não ficar em lugar empoeirado, lavar as mãos e comer direitinho (aluna 9, de cinco anos de idade). Outra criança comentou: eu já tive conjuntivite e a minha tia pingou água com limão nos meus olhos para melhorar (aluna 1, de sete anos de idade, após assistir o filme das estruturas oculares).

Segundo FREIRE (2009 p. 63), “(...) a Educação tem a responsabilidade de criar críticas, e esta responsabilidade se manifesta quando o educador estimula ao mesmo tempo a curiosidade do estudante e a sua criatividade”.

A discussão sobre questões cotidianas de saúde precisa fazer parte do currículo das escolas, pois não é responsabilidade exclusiva do setor Saúde. A prática de ações em saúde na escola exige de todos os envolvidos a interação, a participação, o diálogo e a reflexão para subsidiar os reais problemas e necessidades, com propostas de

soluções consistentes e relevantes. Sendo assim, estaria contribuindo para o desenvolvimento pleno do indivíduo e da comunidade.

É importante investigar quais são os melhores canais de expressão e comunicação para a população envolvida, pois a habilidade discursiva, como único recurso, pode tornar-se cansativa e desmotivante provocando o desinteresse e dificultando a participação do grupo envolvido. Neste sentido, as práticas educativas devem contar com recursos dinâmicos e recreativos que despertem o interesse e estimulem a participação ativa. É importante que as abordagens educativas em saúde possam contar com o apoio de atividades concretas, como recursos facilitadores à compreensão do que está sendo trabalhado com a criança (PENTEADO & COL., 1996).

A utilização de jogos e outros materiais construídos no processo educativo, além de propiciar ricas interações sociais, fundamentais para a formação do sujeito, fazem com que as crianças manejem suas emoções e controlem seus impulsos. As atividades envolvidas no jogo além de favorecer o desenvolvimento cognitivo, oferecem uma possibilidade de expressão dos sentimentos. São meios de digerir conflitos, de lidar com o imprevisto e com vivências desagradáveis e ameaçadoras (SANT'ANA, 2003).

O brincar como recurso pedagógico promove a mediação entre o mundo familiar e as situações novas que se apresentam. Desta forma surge como uma possibilidade de modificar o cotidiano da internação, transpondo as barreiras do adoecimento e os limites de tempo e espaço (MITRE & GOMES, 2004).

O uso de recursos audiovisuais, livros e filmes como material didático de apoio ao desenvolvimento das atividades no hospital possibilitam que os assuntos a serem discutidos venham emergindo, tornando-os pertinentes à discussão, facilitando a elaboração dos sentimentos que estão sendo vivenciados pela criança.

A Organização Mundial de Saúde preconiza o uso de algumas estratégias de educação que favoreçam a chamada alfabetização em saúde. As intervenções de alfabetização em saúde também precisam ser concebidas com base nas necessidades e prioridades de saúde das comunidades, respeitando seu contexto social, político e cultural, incluindo os recursos e as redes comunitárias existentes, com ampla participação dos indivíduos, garantindo com isto a sustentabilidade de todo o processo.

É necessária neste processo de alfabetização a garantia do acesso aos recursos tecnológicos facilitadores da propagação e compartilhamento de informações básicas em saúde, de forma clara e compreensível para a população, empoderando-a para a tomada de decisões frente às demandas de diferentes contextos de saúde, a fim de promover e manter a boa saúde durante a vida (WHO, 2009).

Durante a realização das atividades os educadores atendiam prontamente as dúvidas dos educandos e quando os mesmos não entendiam ou não se estimulavam a fazer um determinado trabalho procuravam explicações alternativas como por exemplo, exibindo as estruturas do próprio olho para que o aluno pudesse colorir com maior propriedade o desenho na tela do computador (aluna 1 de sete anos de idade); ou mostrando com o auxílio de um espelho a imagem das estruturas do olho da criança e solicitando para que a mesma as colorisse na tela do computador (aluno 12 de seis anos de idade); apoiando a criança no colo e direcionando a sua mão com o mouse para a realização do jogo na tela do computador (aluna 11 de 4 anos de idade).

Foto 24: Facilitando o aprendizado

A maioria dos alunos participou efetivamente das atividades propostas, interpretando o que assistiu nos filmes e descrevendo o significado dos seus desenhos.

As educadoras procuravam valorizar as atividades executadas por meio de aplausos e palavras de reforço positivo.

MEDEIROS & GABARDO (2004), analisando os aspectos da relação professor-aluno em sala de aula de um hospital, também, verificou um índice elevado de comportamentos acadêmicos, no sentido de cumprir as tarefas propostas pelo professor e responder perguntas elaboradas por ele. Os autores destacam a importância da consequência positiva realizada pelo professor, instigando a solucionar problemas e concluir as tarefas propostas. Para estes autores (p.73),

“(...) caminhar próximo aos alunos, perguntar se existe dúvida em relação à atividade ou até mesmo apresentar um consequente verbal (“Parabéns!” “Você compreendeu o que deve ser feito!” ou “Você está indo muito bem!”, por exemplo) podem ser meios de a professora interagir com seus alunos, instalando e mantendo comportamentos de prosseguir com suas tarefas, esclarecendo possíveis dúvidas ou trocando idéias relacionadas à atividade em questão”.

Nas raras situações em que o aluno não se interessava pela atividade foi sugerida outra em substituição, como por exemplo, o aluno 2, de onze anos de idade, que na mesa de atividades recusou-se a desenhar referindo que preferia voltar ao computador nos jogos de multimídia. Em outro momento, o aluno 24, de quatro anos de idade, que não se estimulava com as atividades, demonstrou desinteresse e lentidão nas suas reações, pedindo constantemente a mamadeira, alegando estar cansado. Abandonou a sala de aula 30 minutos depois. Posteriormente soube-se que esta criança era diabética e encontrava-se em hipoglicemia.

É necessário não dissociar o educar do “cuidado” durante todo o processo pedagógico. O professor da classe hospitalar deverá possuir conhecimentos básicos em saúde e algum conhecimento sobre as diferentes patologias e seus sintomas, para que tenha a sensibilidade de reconhecer quando a criança não está bem, evitando exigir atividades que estejam acima de seus limites físicos. Desta forma estaria garantido a atenção integral às crianças durante as ações pedagógicas na hospitalização.

O cuidado e a educação estão intrinsecamente interligados na atenção à criança. O educador além de contribuir para o desenvolvimento de seus alunos, num processo de interação contínua em determinado contexto social, compartilha com os familiares a responsabilidade do cuidar. Assim, o processo pedagógico envolve a disposição para cuidar e educar na mesma medida (BRESSANI & COL, 2007).

Sempre que possível, faz-se necessário, respeitar a vontade e o tempo das crianças na realização de qualquer atividade, inclusive nas intervenções pedagógicas.

Nas diversas situações é importante valorizar as diferenças sócio-histórico-culturais da comunidade em que a criança estava inserida, o conteúdo de conhecimento que ela traz consigo e o caminho que a mesma quer seguir. A partir de então, o professor, elaborará o plano de intervenção mais adequado à demanda presente neste local.

O professor deve ter a destreza e discernimento para atuar com planos e programas abertos, constantemente reorientados pela situação especial e individual de cada criança ou adolescente que se encontra sob atendimento (MEDEIROS & GABARDO, 2004).

Algumas crianças chegavam retraídas na sala de aula, com olhar de curiosidade e desconfiança. No desenrolar das atividades e na convivência com os demais colegas de turma demonstravam estar mais adaptadas ao ambiente, como observado no comportamento respectivamente da aluna 3, de oito anos de idade e da aluna 16, de nove anos de idade, descritos abaixo:

Ao chegar na sala de aula, demonstrou estar infeliz, intranquã (parecia meio assustada). Prestou muita atenção na exibição do 1º. Filme, sobre o meio ambiente; manteve as mãos cruzadas, os ombros anteriorizados, o tronco discretamente encurvado e não se mexia na cadeira. Respondia aos questionamentos do educador com movimento de cabeça (não falava). Durante a exibição do 2º. filme (o filme das estruturas oculares), descruzou as mãos e passou a balançar as pernas suspensas na cadeira. A professora perguntou se a criança gostaria de assistir novamente o 1º. filme e a criança acenou com a cabeça que sim. Ao final do filme a criança exibiu um discreto sorriso quando viu a lata escorrer juntamente com a água pela torneira.

Parecia entender o que a professora solicitava, mas continuava a responder acenando com movimentos de cabeça. Sentiu-se mais à vontade na mesa de atividades perguntando em voz baixa à professora como fazer a redação. Pensava, escrevia, apagava, escrevia, apagava. Observava o que a colega de sala realizava. Fez a leitura do que conseguiu escrever e concluiu “o lixo não podia ser jogado na rua porque polui o ar”. Exibiu um largo sorriso quando recebeu o elogio da professora. Ao final da aula, disse o que gostou mais gostou foi o filme do meio ambiente, de pintar as estruturas do olho e do caça palavras.

A aluna chegou à sala de aula com um olhar triste; realizou as tarefas propostas; quase não falou, respondeu com poucos comentários aos questionamentos da professora. Realizou o jogo do tabuleiro auxiliando um colega de seis anos de idade que não sabia ler; sorriu durante uma passagem do jogo (aquele foi o primeiro sorriso até então). Comentava com o colega de turma a forma adequada de jogar. Ao ser anunciado o término da aula os alunos reclamaram que gostariam de continuar os jogos.

As crianças brasileiras utilizam em sua maioria, as estratégias de interação social e brincadeira, como forma de lidar com suas emoções. Isto se deve, provavelmente, ao fato destas crianças, principalmente nos extratos menos favorecidos da sociedade, viverem e se constituírem muito mais coletivamente que individualmente (VIKAN & DIAS, 1996).

A mudança no comportamento dos alunos durante os trabalhos na Classe Hospitalar é coberta de sentimentos e emoções que às vezes são difíceis de serem descritas, porém, detectáveis e observáveis por alguém que se misture a este ambiente. Os relatos a seguir, ditos pelas professoras, exemplifica esta situação:

“As alterações na atitude da criança antes e após frequentar a Classe Hospitalar não são quantificáveis, somente quem observa as atividades é que pode nota-las” (professora AF).

“É por isso que gosto do que faço; são coisas que não dá para explicar...” (professora MA)

Em três das aulas realizadas, os educadores tiveram a oportunidade de detectar problemas sociais e no comportamento e desenvolvimento de alguns alunos:

“O aluno é inquieto; ele não fica atento ao exercício; quer a todo o momento trocar de atividade; leu muito bem, mas teve dificuldade na escrita; escrevia em espelho; não respeitava as margens do desenho ao colorir; era impulsivo e não aguardava o colega de turma responder aos questionamentos feitos pelo professor, sempre tentando responder antes” (comentário sobre o aluno 8 que tinha seis anos de idade).

“O aluno tinha dificuldade na fala, trocava letras e não pronunciava a letra R, embora já tivesse idade para isso” (aluno 10 que tinha oito anos de idade).

“A aluna 4, de treze anos de idade, dizia estar triste pois além de sua tia materna, que morava junto com ela e a mãe, ter falecido há 1 mês com problema no pulmão, ela não tinha onde morar, pois sua mãe perdeu a casa por falta de pagamento do aluguel”.

É importante ressaltar que não é raro o professor, por meio da observação em sala de aula, detectar problemas no desenvolvimento do aluno que passou despercebido pelos pais e eventualmente pelos profissionais de saúde. Os pais tendem a dialogar mais à vontade com os professores do que com os profissionais de saúde, principalmente com os médicos, pois estes ainda são vistos como autoridades, inibindo a verbalização por parte destes de dificuldades emocionais e socioeconômicas da família.

Segundo FONSECA (2003), o professor por estar diluído no ambiente da sala de aula do hospital leva vantagem na observação de padrões de comportamentos ou situações, a partir dos quais poderá elaborar, preferencialmente com a equipe multiprofissional, um planejamento das intervenções calcado nas reais necessidades e interesses do aluno e de seus familiares.

Para algumas crianças, talvez o trabalho do pedagogo no hospital seja a oportunidade ímpar de receber atendimento pedagógico com regularidade e intensidade, uma vez que parte das classes iniciais da rede de ensino conta com professores com pequena formação pedagógica, facilitando diversos tipos de exclusão escolar (CECCIM & COL, 1997).

Algumas aulas foram interrompidas devido à necessidade de administração de medicação à criança ou devido à visita de familiares, como exemplificado abaixo:

A criança chegou tarde à escola, pois estava recebendo a visita da tia materna e do irmão de 10 anos. A professora apresentou a nova aluna aos colegas de sala de aula e explicou à criança a atividade que estava sendo realizada (aluna 3 que tinha oito anos de idade).

Chegou com atraso de 30 minutos à sala, devido estar recebendo medicação na veia (aluno 7 que tinha quatro anos de idade).

Tinha um acesso venoso na mão direita o que atrapalhava a realização das atividades. No entanto, a criança se esforçava para realizar desenhos e manipular o mouse do computador com a mão esquerda. Tossia muito durante a aula. Interrompeu a aula para fazer inalação. Retomou as atividades após 20 minutos (aluna 9 de cinco anos de idade).

O pai veio para visita do menor; a criança recebeu o pai na sala de aula. Após um forte abraço e poucas palavras, a professora deu a opção da criança interromper a aula para a visita, porém, a criança disse que gostaria de continuar as atividades. A professora então, acordou com a enfermagem o prolongamento do horário da visita para após o término da aula (aluno 12 de seis anos de idade).

A atuação multidisciplinar na saúde contribui para o enfrentamento da complexidade de problemas que se depara na atenção integral à saúde do indivíduo hospitalizado. No entanto, não basta apenas congregarmos múltiplos profissionais. É necessário haver um nível de interação entre profissionais envolvidos no processo, a

fim de proporcionar reciprocidade e enriquecimento coletivo na troca de informações (SILVA, 2007).

O sucesso do trabalho pedagógico no ambiente hospitalar deve-se à busca do atendimento das necessidades e interesses das crianças o mais adequadamente possível. Para tanto se faz necessária a cooperação entre os professores, alunos, familiares e os profissionais da saúde no que diz respeito aos ajustes na rotina e horários para facilitar o dia-a-dia de aulas na escola do hospital (FONSECA, 2003).

É preciso a flexibilização das regras hospitalares assegurando a criação de ambientes que contemplem a singularidade de ser criança.

As situações descritas acima exemplificam a importância da multidiversidade na atenção à saúde infantil durante a hospitalização. O fato da equipe de enfermagem ter prolongado o horário de visitas foi favorecedor de uma prática que propicia a melhora da qualidade de vida durante a hospitalização. Ao passo que a presença de um acesso venoso na mão direita de uma criança destra certamente dificulta muito a realização das tarefas propostas nesta iniciativa.

Foto 25: Alunos em atividade escolar

É imprescindível que na formação dos profissionais de saúde, seja incentivada o trabalho em equipe multiprofissional para a identificação de problemas tais como

realmente se apresentam e são enfrentados pelos pacientes. É necessária também a criação de um espaço de discussão para os conflitos, característicos de profissionais de formação e egos distintos, que surgem na equipe.

Durante o estudo foi observado pelo pesquisador e relatado por alguns familiares, mudanças no comportamento das crianças nas Enfermarias. Estas ficaram mais sociáveis, estendendo os laços de amizade dos colegas de turma da escola para a Enfermaria independente do quarto em que se encontravam. Houve também melhora perceptível na relação com a equipe de saúde, passando a tolerar melhor os procedimentos que eram submetidos. A seguir, estão descritos alguns depoimentos que mostram essas referidas mudanças:

A aluna 13, de seis anos de idade, se mostrava muito arredia na Enfermaria; não tolerava ser examinada e não conversava com a equipe de saúde. Quando convidada pela professora para ir à escola, a primeira resposta foi não; porém, após a insistência da professora e com o reforço da mãe, a criança aceitou o convite. Na escola mostrou-se interessada em participar de todas as atividades sendo amigável com a professora e os colegas de turma. No dia seguinte, durante a visita médica a criança respondeu aos questionamentos do médico que a assistia, agora de forma mais afável e espontânea.

O aluno 7, de quatro anos de idade, após ter participado da Classe Hospitalar e estabelecido uma boa relação com as professoras e o pesquisador precisou ser submetido a uma punção pleural (retirada de líquido que se acumula entre duas membranas que recobrem os pulmões). O médico que por coincidência era o próprio pesquisador, explicou como seria feito o exame. A princípio, pensou-se que a criança reagiria de forma rebelde ao procedimento e talvez necessitasse, além do anestésico local, de algum anestésico por via endovenosa. No entanto, apesar de ter sido utilizado apenas um anestésico tópico, a criança mostrou-se confiante e colaborativa no exame.

Provavelmente a mudança de comportamento foi motivada pela relação estabelecida anteriormente em sala de aula com o mesmo médico.

As intervenções biológicas e psicossociais são fatores importantes que visam à minimização do desconforto da dor, favorecendo a adaptação da criança no ambiente hospitalar.

O desenvolvimento de atividades lúdicas e educativas durante a hospitalização, além de ser um exercício físico e mental, constitui-se num elemento facilitador para amenizar a ansiedade e o medo, favorecendo ainda a aceitação de situações de desconforto e estranheza.

As implicações do lúdico como estratégia de regulação das emoções em crianças hospitalizadas foram ressaltadas por OLIVEIRA & col (2003). Estes autores demonstraram que por meio de um processo de intervenção em crianças hospitalizadas, na qual se utilizaram brinquedos e jogos dirigidos, estas atividades ajudaram as crianças hospitalizadas a elaborar os diversos significados dos conteúdos que emergem na situação de hospitalização, conseguindo obter melhorias na forma de lidar com suas emoções. O estudo mostrou o poder dos recursos lúdicos, principalmente como forma de permitir um acesso a uma das formas de cessar a raiva e tristeza diante da condição de internamento, possibilitando auxiliar a criança a atravessar este momento de sua vida com mais benefícios que malefícios.

Promover saúde não se restringe às intervenções bio-psico-sociais e histórico-culturais durante o tempo em que a criança ou adolescente permanece na instituição hospitalar. É necessário que se pense no momento posterior, na volta para a casa e no retorno à escola de origem, para que o trabalho que tenha sido desenvolvido seja útil também para um maior entendimento e significação das situações vivenciadas no decorrer da sua vida e nas suas relações com o meio.

Ao lado do uso de fármacos e procedimentos para o alívio do agravo físico é importante o engajamento de atividades que desfocalizem a sensação de hospitalização, como por exemplo: o compartilhamento de experiências entre pares no exercício de brincar nas Brinquedotecas e nas atividades pedagógico-educacionais nas classes hospitalares.

Para SILVA et al (2007) a falta de informação ou entendimento sobre os procedimentos a serem realizados durante o tratamento, gera ansiedade e insegurança, potencializando com isso a dor física e emocional da criança. Isto poderia favorecer o

surgimento de comportamentos como o apego exagerado ao cuidador, diminuição da auto-estima, a recusa ou falta de adesão ao tratamento e o mau rendimento escolar.

O hospital é, em geral, um ambiente muito impessoal. É quase rotineiro para o indivíduo que se interna sentir-se ter perdido a sua própria identidade. Soma-se a isso o contato com diferentes profissionais o que confunde e contribui para o aumento da desconfiança e insegurança, além de dificultar a familiarização e a integração com o meio hospitalar (FONSECA, 2003).

A atenção à saúde infantil na hospitalização não pode restringir-se apenas ao modelo de atuação calcado na patologização e medicalização dos problemas, bem como na hierarquização da relação profissional-paciente. É necessária a participação da criança e dos familiares no enfrentamento de situações-problema, visando a autonomia e empoderamento do saber em saúde.

5.4 A atividade do professor na classe hospitalar

No início das atividades a classe hospitalar estava sob a responsabilidade de apenas uma das professoras envolvidas neste estudo. A professora, com formação em Pedagogia, pertencia ao quadro de funcionários da Secretaria Estadual da Educação de São Paulo com escolha de sala de aula na escola do hospital deste estudo e referiu que no começo teve muita dificuldade no desenvolvimento de seu trabalho por desconhecer o projeto. Isso motivou a fazer rapidamente um curso de pós-graduação em Pedagogia Hospitalar financiado na época pela direção do hospital. O curso e o contato com outros professores que desempenhavam a mesma função em outros serviços a capacitou para a realização das atividades na Classe Hospitalar.

As exigências da realidade da Classe Hospitalar impulsionam os professores ao aperfeiçoamento. A busca independente de formação complementar àquela básica exigida pela sua profissão certamente confere à estes profissionais a capacidade de exercerem suas funções de forma mais crítica, com fundamentação científica,

afastando a possibilidade de serem caracterizados como profissionais que se valem apenas da sua intuição e do senso comum na sua atuação diária junto às crianças e jovens hospitalizados (FONSECA, 1999b).

CECCIM & COL (1997), refere-se ao hospital como um ambiente estranho à atuação habitual de um pedagogo. O ambiente de trabalho difere do costumeiro ambiente escolar. São muitas as especificidades do atendimento pedagógico às crianças que estão hospitalizadas. O hospital não é o local usual de trabalho de um profissional da pedagogia. Portanto, tanto o profissional como a instituição necessitam de um período de adaptação e reconhecimento para o engrenamento das atividades.

Segundo este autor, é necessário que se conheça as dependências e os funcionários do hospital para que, no caso de alguma criança sentir-se mal durante a aula, o professor saiba aonde e a quem recorrer.

A professora disse que por determinação da Diretoria do Hospital, a sua atividade ficou ligada ao Serviço de Saúde Mental que já existia. Houve grandes problemas no seu exercício profissional devido à dificuldade na integração com os funcionários, pois os membros da equipe de saúde mental não admitiam que uma professora funcionária da Secretaria da Educação ocupasse este cargo, uma vez que no quadro de funcionários da Saúde existiam profissionais com formação em Pedagogia. Havia, também falta de material pedagógico. Entretanto, a professora contou com a colaboração de amigos na doação de materiais, pois a Secretaria da Educação não os disponibilizava para a classe hospitalar.

Após um ano de início das atividades da Classe Hospitalar, chegou uma segunda professora, esta pertencente ao quadro de funcionários da Secretaria Estadual da Saúde. A professora disse não ter tido dificuldade no trabalho, pois além de ter formação em pedagogia hospitalar, já atuava no Departamento de Recursos Humanos do Hospital e, portanto, já conhecia a maioria dos funcionários e do ambiente de trabalho. Além disto, encontrou o trabalho já estruturado pela primeira professora. A sua principal dificuldade foi conter as suas emoções frente às crianças doentes o que foi superada no trabalho do dia a dia. No entanto, ainda sofre, principalmente quando uma criança tem uma evolução desfavorável.

Segundo MARTINS (2009), o professor vivencia sensações e emoções de forma intensa, lidando com elas no seu limite na tentativa de assistir o aluno hospitalizado da melhor forma possível. O convívio diário com esses sentimentos proporciona ao professor um aprendizado que irá repercutir em sua prática de ensino-aprendizagem, muito diferente dos processos tradicionais de educação. Por outro lado, o contato com esta nova forma de ensinar e aprender faz com que a criança hospitalizada crie forças para reagir ao tratamento, renovando o seu fôlego e recompondo a sua saúde.

Ambas as professoras evidenciaram a dificuldade de se realizar um trabalho integrado à equipe de saúde, particularmente com a equipe médica, pois segundo as mesmas eles não se interessavam e não favoreciam as suas atividades. Os membros da equipe de saúde que mais favoreciam suas atividades pertenciam à terapia ocupacional, enfermagem e psicologia, seja na indicação das crianças aptas a participarem das aulas, seja no fornecimento de informações sobre o estado de saúde e o planejamento da internação da criança.

As professoras verbalizaram gostar da sua atividade; acentuaram a importância do apoio da Direção do Hospital no desenvolvimento e divulgação do projeto aos demais funcionários; da necessidade de investir na capacitação dos educadores; da criação de uma diretriz única a todas as classes hospitalares, uma vez que cada educador desenvolve uma atividade curricular própria, além da grade curricular específica de cada série escolar; da elaboração de legislação própria à Classe Hospitalar como existe para as Brinquedotecas e do desenvolvimento de atividades de educação em saúde voltadas para as crianças durante o período em que se encontram hospitalizadas. Sugeriram a criação de espaço físico adequado em tamanho, iluminação e aeração para a realização das aulas e a ampliação de materiais de multimídia, particularmente notebooks para o desenvolvimento de atividades à beira dos leitos das crianças impossibilitadas de se deslocarem até a escola do hospital.

É preciso haver consciência por parte dos gestores para a implantação de estratégias de inclusão que facilitem a instalação e a sustentabilidade desta atividade nos hospitais, de modo que as crianças e adolescentes possam permanecer inseridos ao sistema educacional mesmo durante a hospitalização.

Segundo FONSECA (1999b), cabe aos hospitais a alocação de espaço físico adequado para a atuação dos professores na classe hospitalar. No entanto, uma porção considerável destas classes não conta com espaço delimitado para tal, o que dificulta a realização desta atividade.

A importância da realização de um trabalho de educação em saúde com crianças foi relatada por FOCESI (1993)¹. Para esta autora o processo educativo em saúde deve ser iniciado com a criança sob a responsabilidade da família, assessorada pela equipe de profissionais da saúde e educação.

O educador não é apenas um disseminador de conhecimentos, ele contribui para o desenvolvimento dos seus alunos, num processo de interação contínua, dentro de um contexto social em que os personagens envolvidos têm necessidades próprias, histórias e cultura específicas.

O processo educativo em saúde, de forma participativa, a partir de problemas concretos, deve permitir à criança de uma forma bastante lúdica refletir sobre sua realidade de vida. A utilização de materiais de apoio educacional como filmes, jogos e brinquedos relacionados às temáticas discutidas são recursos facilitadores da comunicação entre profissionais da educação e saúde e as crianças (PENTEADO & COL, 1996).

Foto 26: Jogo de cartas

---

¹ Focesi, E. Saúde escolar: promoção e educação em saúde. Conferência: III Congresso Médico de Campinas, São Paulo, 9/8/1993

Após a realização da primeira aula no projeto, as professoras propuseram um jogo de cartas com as principais passagens dos filmes exibidos, para que a criança elaborasse uma sequência lógica sobre o que havia assistido e um caça palavras com os termos pertinentes aos assuntos abordados. As idéias foram acatadas pelo pesquisador e estes materiais pedagógicos foram introduzidos nas atividades da Classe Hospitalar.

Foto 27: jogo de caça palavras

No quinto encontro, as professoras começaram a incentivar as crianças a realizar também um trabalho de pintura e colagem de resíduos.

Foto 28: Pintura e colagem de resíduos

O brincar além de promover a continuidade do desenvolvimento infantil possibilita o afloramento de sentimentos. É um mediador entre o que é familiar e as situações novas contribuindo na elaboração de experiências desconhecidas e desagradáveis. Surge como uma possibilidade de modificar a realidade da internação fazendo com que a criança transponha as barreiras do adoecimento e os limites de tempo e espaço (MITRE & GOMES, 2004).

A promoção do brincar pode criar canais de comunicação entre criança-profissional da saúde-acompanhante favorecendo a participação da criança como agente ativo do seu próprio tratamento.

O jogo como recurso pedagógico propicia ricas interações sociais, importantes para o desenvolvimento da criança. Esta atividade faz com que as crianças aprendam a manejar emoções e controlar os seus impulsos, compreendendo as diferentes lógicas que perpassam as interações sociais.

As atividades envolvidas no jogo não são puramente cognitivas; oferecem vazão para sentimentos, meios para digerir conflitos e possibilidades de lidar com vivências desagradáveis e ameaçadoras.

O espaço de aprender, na situação hospitalar, deve ter uma preocupação com o lúdico maior que na situação escolar devido às imposições da doença, do hospital e do próprio tratamento (CECCIM & COL, 1997).

Ao final de cada aula o pesquisador fazia contato telefônico com os diretores ou coordenadores pedagógicos da escola de origem dos alunos envolvidos, relatando que os mesmos encontravam-se internados e participavam do projeto; esclarecendo sempre que necessário o que são as classes hospitalares.

Nas 19 escolas em que foi possível fazer o contato telefônico, a maioria (12) dos informantes nestas instituições relatou que desconhecia a atividade das classes hospitalares. Em uma das escolas que já conhecia esta atividade, a coordenadora responsável referiu que nunca alguém de classe hospitalar havia feito contato com a mesma para dar informações sobre o aluno hospitalizado (Gráfico 7).

Gráfico 7: Distribuição das escolas de acordo com o conhecimento do programa Classes Hospitalares

Apenas 3 dos informantes, nos contatos telefônicos, perguntaram como se encontrava o aluno hospitalizado. Indagavam sobre o diagnóstico, se a doença era transmissível ou não e lembravam a importância de enviar um atestado médico para o abono das faltas do aluno para que este não perdesse o direito de receber o leite em pó, distribuído mensalmente (Gráfico 8).

Gráfico 8: Distribuição das escolas de acordo com o interesse em saber notícias do aluno hospitalizado

O desinteresse por informações do aluno hospitalizado por parte da escola foi relatado por uma das professoras da Classe Hospitalar:

“Fui até a escola, no bairro de Guaianazes, de uma criança hospitalizada em fase terminal de AIDS. Expliquei a importância da escola não se desvincular da criança durante a internação. No entanto, ninguém veio visitar ou telefonou para saber notícias da criança, que veio a falecer”.

A falta de atenção aos alunos com necessidades especiais, permanente ou temporária, é relatado por SILVA (1997). Para esta autora as escolas, em sua maioria, estão organizadas para atender os alunos sãos de maneira igual, dentro da sua rotina, sem qualquer possibilidade de se reorganizar para o trabalho a partir das diferenças. Mostram-se intolerantes às faltas recorrentes e têm dificuldades em lidar com situações como a doença e as incapacidades físicas e mentais.

A escola defende-se alegando a falta de recursos materiais e humanos, para a adaptação de espaços físicos e uma atenção mais individualizada a estes alunos. O professor por sua vez, enxerga isto como uma atividade a mais dentro da sua carga horária já excessiva.

A incapacidade em lidar com tais situações leva algumas escolas à triste atitude de aconselhar os pais a cancelarem a matrícula do filho com necessidade especial. Isto para a criança debilitada funciona como um passaporte para o desterro.

O desinteresse da escola, diante da circunstância do aluno doente hospitalizado e de sua família fragilizada, demonstra a falta de solidariedade, o não entendimento da singularidade humana e o desconhecimento da importância do acolhimento no conforto da dor alheia.

A energia investida na modernização e o progresso fomentaram o aspecto materialista e mercantilista da sociedade, com o predomínio da racionalização, da mecanização e da burocratização excessiva do trabalho. Tais características tornaram os indivíduos cada vez mais frios, objetivos, individualistas e calculistas, deixando de lado as relações de bom convívio social, essenciais à existência humana.

Na tentativa de desmistificar a hospitalização e facilitar a reinserção dos alunos à turma da escola de origem, foi enviado a estas instituições, por meio das crianças em alta hospitalar, um folder explicativo sobre a Classe Hospitalar e um jogo de Lodo com as passagens do filme sobre saúde ocular, utilizado nas atividades pedagógicas durante a hospitalização. Estes materiais destinavam-se a divulgar a iniciativa das classes hospitalares aos funcionários e demais alunos da escola.

Foto 29: Folder Classe Hospitalar

Foto 30: Jogo Lodo

6. CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

A Classe Hospitalar objeto desse estudo, foi implantada há oito anos e se mantém em atividade graças ao apoio do gestor local, ao incentivo do grupo de humanização existente no hospital e ao esforço das professoras que lá atuam.

A partir das entrevistas realizadas foi possível traçar o perfil sócio-demográfico dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

A maioria das crianças e jovens escolares cursava o ensino fundamental e teve sua mãe como acompanhante no período da hospitalização. Grande parte delas havia concluído o ensino fundamental e acumulava além dos afazeres domésticos, o trabalho fora do lar, somando seus ganhos à renda familiar.

O tempo médio de internação das crianças e jovens envolvidos foi de aproximadamente dez dias. Neste período, foi possível verificar os efeitos positivos da escolarização durante a hospitalização, relatados pelos acompanhantes.

Vale ressaltar que as atividades de educação em saúde foram desenvolvidas em um único encontro com os alunos para evitar que algum acontecimento inerente à hospitalização pudesse interferir na continuidade da tarefa. Este curto período entretanto, não se mostrou limitante na realização do trabalho proposto.

O Manual de Saúde Ocular demonstrou-se eficaz como apoio pedagógico aos professores. Além de servir para esclarecer alguns conceitos, nomes e funções de estruturas oculares, permitiu que o educador relacionasse a saúde ocular à saúde global do indivíduo em desenvolvimento e ao seu meio ambiente. A compreensão desta relação foi facilitadora no desenvolvimento das atividades propostas na pesquisa, bem como despertou para a criação de novos materiais educativos (caça palavras, sequência lógica de cartas, colagem de resíduos e palavras cruzadas) por parte dos professores.

Os filmes e os jogos de multimídia elaborados foram importantes ferramentas na intermediação da informação entre professor e aluno, mesmo para os não alfabetizados.

Nas entrevistas ficou evidente a preocupação dos pais diante da hospitalização do filho. Esta situação representava a gravidade do caso; e em alguns casos, a falta do cuidado ao filho mas era vista como a única solução para o restabelecimento do estado de saúde da criança.

A importância da manutenção da escolarização durante a hospitalização foi relatada pelos pais dos menores envolvidos neste estudo.

O contato com a escola do hospital, as professoras e demais alunos, serviu como elementos amenizadores do sofrimento dos pais frente à doença e a internação. Estes passaram a sentir-se mais felizes e seguros vendo a recuperação da saúde dos seus filhos e a continuidade da sua escolarização. Por outro lado, neste ambiente externo às enfermarias, foi possível observar que as crianças e jovens tiveram a possibilidade de elaborar a nova situação vivenciada, com extravasamento e amenização tanto de sentimentos indesejáveis quanto da sensação de restrição que o ambiente hospitalar impõe.

A escola neste novo ambiente favoreceu as relações sociais, com estreitamento da amizade entre os alunos e os pais. Tal fato se estendeu às enfermarias, independente do leito em que a criança encontrava-se internada.

A hospitalização foi indicada como causa de desestruturação momentânea da rotina familiar. Apesar dos benefícios psicológicos proporcionados pelos pais no acompanhamento de seus filhos durante a hospitalização, esta situação implicava necessariamente no abandono dos demais familiares e no prejuízo financeiro devido à impossibilidade de trabalhar e aumento de gastos na locomoção diária ao hospital.

Uma das preocupações dos pais durante a hospitalização era a perda de dias de aula na escola onde a criança estava matriculada. A possibilidade de frequentar a Classe Hospitalar e o contato com a escola de origem na manutenção da escolarização da criança, de certa forma deixavam os pais mais confortados em relação a este problema.

Na sala de aula do hospital, a maioria dos alunos participou efetivamente de todas as atividades propostas. A elaboração de redações e desenhos a partir dos assuntos abordados expressa a importância do trabalho desenvolvido na construção de conhecimento dos alunos.

O professor no seu dia a dia acumula a função de educador e cuidador, particularmente junto aos alunos mais jovens. Na atuação em classe hospitalar, mais que em qualquer outro espaço, faz-se necessária a sua disposição para o cuidar, além da preocupação no aprendizado. Necessariamente tem que possuir a sensibilidade de saber o quanto pode exigir de cada aluno e detectar sinais e sintomas de alterações em sua situação de saúde durante as aulas.

Prover o aprimoramento dos profissionais da saúde e da educação é necessário para a melhoria na atenção às crianças e adolescentes hospitalizados. A capacitação confere a confiança necessária à realização das atividades e ameniza os conflitos que surgem no dia a dia do trabalho.

Neste estudo, na atenção integral do cuidar, os docentes foram capazes de detectar problemas no comportamento dos alunos, orientando os pais sobre as possibilidades de encaminhamento e possíveis soluções.

O trabalho em equipe multiprofissional contribuiu para que as aulas transcorressem de forma ininterrupta, favorecendo o aprendizado das crianças. Segundo as educadoras, isso facilitou o contato com os demais profissionais em busca de informações sobre as crianças ou para que pudessem relatar algo importante a respeito das suas observações em sala de aula, colaborando para o restabelecimento da criança/adolescente.

Percebeu-se um desinteresse da escola em que os doentes estavam matriculados antes da internação. Não procuravam saber qualquer notícia sobre seu aluno hospitalizado, talvez em decorrência da burocracia excessiva no trabalho acarretando sobrecarga, ou mesmo da racionalização das emoções ou do cunho materialista e mercantil das relações sociais nos grandes centros urbanos. Qualquer que seja o motivo, tal fato coloca em risco as políticas de inclusão propagadas.

Finalmente, neste estudo ficou evidente a importância da Classe Hospitalar em amenizar os efeitos negativos da hospitalização, fazendo com que esta situação se torne uma experiência positiva na vida destas crianças. Este espaço é favorável ao desenvolvimento de atividades de educação em saúde durante a hospitalização contribuindo para o empoderamento necessário para vencer as barreiras que se impõem à uma participação mais efetiva em prol de um bom nível de saúde e de qualidade de vida.

7. RECOMENDAÇÕES

7. RECOMENDAÇÕES

É necessária a expansão e a melhoria da educação na iniciativa das classes hospitalares. A saúde e a educação são direitos fundamentais imprescindíveis ao fortalecimento da cidadania. O direito à saúde deve passar obrigatoriamente pelo reconhecimento do direito ao atendimento das necessidades intelectuais e sócio-interativas das crianças e dos jovens durante a hospitalização.

Apesar do modelo hegemônico biomédico e hierarquizado existente nos hospitais, faz-se necessário a individualização e o suprimento das diversas necessidades que se impõem aos indivíduos hospitalizados, momento da vida tão conflitante tanto para o doente e seus familiares.

Apesar das Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica ressaltarem a importância de prover atividades pedagógico-educacionais às crianças durante a hospitalização, não existe ainda uma lei que torne obrigatória a implantação da Classe Hospitalar nos hospitais que se destinam a internação de crianças e adolescentes. A legislação além de ampliar o número de escolas nos hospitais garantindo o acesso à educação, possibilitaria que não houvesse extinção das já existentes.

Cabe aos gestores a criação nos hospitais de espaço físico adequado e equipado de materiais necessários ao desenvolvimento de atividades pedagógicas a todos as crianças e jovens internados, permitindo a inclusão escolar, independente da limitação física. A divulgação do projeto aos demais funcionários é facilitador do trabalho das educadoras, contribuindo assim para a continuidade da escolarização mesmo durante a internação.

Na formação dos profissionais de saúde, é imprescindível que seja incentivado o trabalho em equipe multiprofissional para a identificação de problemas tais como realmente se apresentam e são enfrentados cotidianamente pelos pacientes. Isto amplifica o saber para agir sobre os determinantes e condicionantes da saúde de modo que se tornem favoráveis à melhoria da qualidade de vida durante a hospitalização.

A garantia de um local destinado a reuniões periódicas para discutir os conflitos que eventualmente possam emergir do trabalho em equipe com diferentes profissionais ajuda na estabilidade e fortalecimento do grupo, padronizando as deliberações.

A normatização de um currículo básico nas classes hospitalares, além de uniformizar as atividades, impediria que este ambiente se distanciasse do seu propósito pedagógico-educacional, restringindo-se apenas às atividades lúdicas.

Dentro deste propósito é importante o desenvolvimento de atividades educativas em saúde, pois além de favorecer a elaboração mental do impacto provocado pela internação, amenizando os sentimentos negativos que dela decorrem, contribuiriam na construção de conhecimentos necessários para a compreensão dos mecanismos de instalação da doença e de participação no processo de cura.

Esta ação promove o desenvolvimento humano como um todo, ampliando a experiência de vida e empodera os indivíduos preparando-os para a tomada de decisões frente às adversidades impostas no decorrer de suas vidas.

8. REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

- Andrade JC. Educação: um direito interrompido?. In: Matos ELM. Escolarização hospitalar. Petrópolis: Vozes; 2009. p. 118-131.
- Antunes JLF. Hospital. Instituição e história social. São Paulo: Letras & Letras; 1991.
- Áries P. História social da criança e da família. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC; 2006.
- Armond LC, Boemer MR. Convivendo com a hospitalização do filho adolescente. Rev Lat Am Enfermagem. 2004;12(6):924-932.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa : Edições 70; 2008.
- Barros ASS. Contribuições da educação profissional em saúde à formação para o trabalho em classes hospitalares. Cad Cedes. 2007; 27(73): 257-278.
- Behrens MA. Caminhos da escolarização hospitalar para uma visão de complexidade. In: Matos ELM. Escolarização hospitalar. Petrópolis: Vozes; 2009. p. 9-20.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União. 5 out 1988.
- Brasil. Lei nº 8.069/90, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União. 16 jul 1990.
- Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial. Brasília, DF; 1994 [acesso em 16 jul 2009]. Disponível em:
<http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/informativos-pfdc/edicoes-2007/docs-outubro/Anexo%20Inf%2080%20Nota%20Tecnica.pdf>
- Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília, DF; 1995. [acesso em 11 jul 2009]. Disponível em:
<http://www.ufrgs.br/bioetica/conanda.htm>
- Brasil. Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União. 23 dez 1996.

Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental/Departamento de Política da Educação Fundamental/Coordenação Geral de Educação Infantil. Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil. Brasília, DF; 1998 [acesso em 26 jul 2009]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/volume2.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, DF; 2001a. [acesso em 14 set 2008]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>

Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CEB N. 2, de 11 de setembro de 2001. Institui as diretrizes nacionais para a educação especial na educação básica. Brasília, DF; 2001b [acesso em 19 jul 2009]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília, DF; 2002a [acesso em 03 out 2008]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartaspromocao.pdf>

Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações. Brasília, DF; 2002b [acesso em 14 set 2008]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/livro9.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização – PNH: Humanização da atenção e da gestão em saúde do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF; 2003 [acesso em 03 out 2008]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus2004.pdf>

Bressani MCL, Bosa CA, Lopes RS. A responsividade educadora-bebê em um berçário: um estudo exploratório. Rev Bras Crescim Desenvol Hum. 2007;17(3): 21-36.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.15-37.

- Casate JC, Côrrea AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13(1):105-11.
- Castro EK, Piccinini CA. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicol Reflex Crít*. 2002;15(3): 625-635.
- Ceccim RB. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: Ceccim RB, Carvalho PRA. *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre: UFRGS; 1997. p.27-41.
- Ceccim RB, Crisfófoli L, Kulpa S, Modesto RC. Escuta pedagógica à criança hospitalizada. In: Ceccim RB, Carvalho PRA, organizadores. *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre: UFRGS; 1997. p. 76-84.
- Ceccim RB. Classe hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar. *Pátio*. 1999;3(10):41-44.
- Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.39-53.
- De Paula EMAT, Matos ELM. Educação da criança hospitalizada: as várias faces da pedagogia no contexto hospitalar. *Cad Cedes*. 2007; 27(73): 253-255.
- De Paula EMAT. Crianças e adolescentes que voam em jaulas: a tecnologia promovendo a liberdade no hospital. *Cad Cedes*. 2007; 27(73): 319-334.
- Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Cienc Saude Coletiva* 2004;9(1):7-14.
- Fernandez JCA, Sacardo DP. Abordagem qualitativa para a avaliação de políticas públicas: implicações teóricas, éticas e políticas. In: Campos M, Cazzuni DH. *Avaliar para compreender: uma experiência na gestão de programa social com jovens em Osasco, SP*. São Paulo: Hucitec; 2008. p.59-95.
- Fonseca ES, Ceccim RB. Atendimento pedagógico-educacional hospitalar: promoção do desenvolvimento psíquico e cognitivo da criança hospitalizada. *Temas Desenvolv*. 1999; 7(42): 24-36.

- Fonseca ES. A situação brasileira do atendimento pedagógico-educacional hospitalar. *Educ Pesq.* 1999a; 25(1): 117-129.
- Fonseca ES. Classe hospitalar: ação sistemática na atenção às necessidades pedagógico-educacionais de crianças e adolescentes hospitalizados. *Temas Desenvolv.* 1999b; 8(44): 32-37.
- Fonseca ES. Atendimento escolar no ambiente hospitalar. São Paulo: Memmom; 2003.
- Fontana MI, Salamunes NLC. Atendimento ao escolar hospitalizado –SMEC. In: Matos ELM. *Escolarização hospitalar*. Petrópolis: Vozes; 2009. p.52-60.
- Fontes RS, Vasconcellos VMR. O papel da educação no hospital: uma reflexão com base nos estudos de Wallon e Vigotski. *Cad Cedes.* 2007; 27(73): 279-303.
- Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saude Soc.* 2004;13(3):30-5.
- Foucault M. *Microfísica do poder*. 26. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
- França Jr I. Abuso sexual na infância: compreensão a partir da epidemiologia dos direitos humanos. *Interface Comun Saúde Educ.* 2003; 7(12): 23-38.
- Freire P. *Pedagogia da solidariedade*. Indaiatuba: Villa das Letras; 2009.
- Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas; 2008.
- Iervolino AS, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enfermagem USP.* 2001;35(2):115-21.
- Jesus VBG. Atuação do pedagogo em hospitais. In: Matos ELM. *Escolarização hospitalar*. Petrópolis: Vozes; 2009. p. 81-91.
- Kovács MJ. A criança e a morte. In: Viegas D. *Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização*. Rio de Janeiro: Walk; 2007. p.21-25.
- Libâneo JC. *Pedagogia e pedagogos, para que?*. São Paulo: Cortez; 2002.
- Libâneo JC. As teorias pedagógicas modernas revisitadas pelo debate contemporâneo na educação. In: Libâneo JC, Santos A. *Educação na era do conhecimento em rede e transdisciplinaridade*. Campinas: Alínea; 2005. p19-62.

- Marrach LAF, Kahhle EMP. Saúde e doença: o que pensam e sentem as crianças hospitalizadas e suas mães acompanhantes. *Rev Bras Crescim Desenvolv Hum.* 2003;13(2):73-84.
- Martins MCFN, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde Soc.* 2004;13(3):44-57.
- Martins SPF. Hospitalização escolarizada em busca da humanização social. In: Matos ELM. *Escolarização hospitalar*. Petrópolis: Vozes; 2009.p.92-108.
- Matos ELM, Mugiatti MMTF. *Pedagogia hospitalar*. Curitiba: Champagnat; 2001.
- Matos W. Educação nacional: pobreza do direito e (não) direito dos pobres. In Valla W, Stotz EM, Algebaile EB. *Para compreender a pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: Contraponto / Escola Nacional de Saúde Pública; 2005.
- Mauad AM. A vida das crianças de elite durante o Império. In: Priore MD. *História das crianças no Brasil*. 6.ed. São Paulo: Contexto; 2008. p.137-176.
- Medeiros JG, Gabardo AA. Classe hospitalar: aspectos da relação professor-aluno em sala de aula de um hospital. *Interação Psicol.* 2004;8(1):65-77.
- Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. *Cad Saude Publica.* 1993; 9(3): 239-262.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec; 2004.
- Minayo MCS, Deslandes SF. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes; 2008.
- Mitre RMA, Gomes R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Cienc Saude Coletiva.* 2004; 9(1): 147-154.
- Oliveira H. A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. *Cad Saude Publica.* 1993; 9(3): 326-332.
- Oliveira SSG, Dias MGBB, Roazzi A. O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicol Reflex Crít.* 2003; 16(1): 1-13.

- OPAS - Organização Panamericana de Saúde. Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Carta de Ottawa. Ottawa; 1986. [acesso em 28 set 2008]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadarq/ottawa.pdf>
- Ortiz LCM, Freitas SN. Classe hospitalar: caminhos pedagógicos entre saúde e educação. Santa Maria: Editora UFSM; 2005. p.23-48.
- Pelicioni MCF. Promoção da saúde e meio ambiente: uma trajetória técnico-política. In: Philippi Jr A, Pelicioni MCF. Educação ambiental e sustentabilidade. São Paulo: Manole; 2005. p. 413-420.
- Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. Mundo da Saude. 2007; 31(3): 320-328.
- Pelicioni MCF, Pelicioni AF, Toledo RF. A Educação e a comunicação para a promoção da saúde. In: Rocha AA, Cesar CLG. Saúde pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 165-177.
- Penteado RZ, Seabra MN, Bicudo-Pereira IMT. Ações educativas em saúde da criança: o brincar enquanto recurso para participação da família. Rev Bras Crescim Desenvol Hum. 1996; 6(1/2): 49-56.
- Ramos FP. A história trágico-marítima das crianças nas embarcações portuguesas do século XVI. In: Priore MD. História das crianças no Brasil. 6. ed. São Paulo: Contexto; 2008. p.19-54.
- Restrepo HE. Conceptos y definiciones. In: Restrepo HE, Málaga H. Promoción de la salud: como construir vida saludable. 2.ed. Bogotá: Panamericana; 2002. p.24-32.
- Rodacoski GC, Forte LT. Prática pedagógica em complexo hospitalar. In: Matos ELMM. Escolarização hospitalar. Petrópolis: Vozes; 2009. p. 61-78.
- Sant' Ana RB. A experimentação, o jogo e a brincadeira como experiências formativas na teoria social de MEAD. Rev Bras Crescim Desenvol Hum. 2003; 13(2): 44-52.
- Santos CB, Souza MR. Ambiente hospitalar e o escolar. In: Matos ELM. Escolarização hospitalar. Petrópolis: Vozes; 2009. p. 109-117.
- SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria. Os 10 passos para a atenção humanizada à criança e ao adolescente. Rio de Janeiro; 2001/2003.

- Scarano J. Criança esquecida das Minas Gerais. In: Priore MD. História das crianças no Brasil. 6.ed. São Paulo: Contexto; 2008. p.107-136.
- Scliar M. A paixão transformadora: história da medicina na literatura. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
- Selltis C et al. Métodos de pesquisa nas relações sociais. São Paulo: Herder; 1971.
- Silva CT. Câncer infantil e educação: a escuta da criança e da família. In: Ceccim RB, Carvalho PRA, organizadores. Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: UFRGS; 1997. 105-10.
- Silva EA, Correa Neto JL, Figueiredo MC, Branco AB. Práticas e condutas que aliviam a dor e o sofrimento em crianças hospitalizadas. *Comum Ciênc Saúde*. 2007; 18(2): 157-166.
- Sousa DV, Zioni F. Novas perspectivas de análise em investigações sobre meio ambiente: a teoria das representações sociais e a técnica qualitativa da triangulação de dados. *Saúde Soc*. 2003; 12(2):76-85.
- Sousa WA, Vilas Boas OMGC. Orientação sobre o uso de vitamina A na saúde escolar: comparação de técnicas pedagógicas. *Cienc Saude Coletiva*. 2004; 9(1): 183-190.
- Spínola AWP. Metodologia de pesquisa. São Paulo: Resenha Tributária; 1973.
- Spínola AWP. Metodologia do trabalho científico em ciências ambientais. In: Philippi Jr A, Alves AC. Curso interdisciplinar de direito ambiental. Barueri: Manole; 2005. p. 915-42.
- UNICEF. Situação mundial da infância. Brasília (DF); 2008. [acesso em 26 jul 2009]. (Caderno Brasil 2008). Disponível em: [HTTP://www.unicef.org/brazil/pt/cadernobrasil2008.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/cadernobrasil2008.pdf).
- Viegas D. Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização. Rio de Janeiro: Wak; 2007.
- Viegas D. Em busca da humanização. Rio de Janeiro: Wak; 2010.
- Vikan A, Dias MGBB. Estratégias para o controle de emoções: um estudo transcultural entre crianças. *Arq Bras Psicol* 1996; 48(3): 80-95.

WHO - World Health Organization. Health literacy and health promotion. 7th
Global Conference on Health Promotion; 2009 oct 26-30; Nairóbi, Kenya.

[acesso em 20 jun 2010]. Disponível em:

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7qchp/documents/en/index.html>

9. ANEXOS

9. ANEXOS

Anexo 1 - Relação de classes hospitalares segundo sua localização

Região Norte: 06 hospitais com escolas

Estado do Acre (03)

Hospital de Saúde Mental do Acre

Fundação Hospitalar do Acre

Hospital Infantil Yolanda Costa e Silva

Estado do Pará (01)

Hospital Ophir Loyola

Estado de Roraima (01)

Hospital da Criança Santo Antonio

Estado de Tocantins (01)

Hospital de Referência de Gurupi

Região Nordeste: 20 hospitais com escolas

Estado da Bahia (13)

Hospital Sarah de Salvador

Hospital da Criança (Obras assistenciais Irmã Dulce)

Hospital de Clínicas Edgard Santos

Hospital Infantil Martagão Gesteira

Hospital Roberto Santos

Centro Pediátrico Hosanah de Oliveira

Hospital Couto Maia

Hospital Erik Loeff

Hospital Santa Isabel

Hospital João Batista Caribe

Hospital Eládio Lassferre

Hospital Ana Nery

Hospital Manuel Novaes

Estado do Ceará (03)

Hospital Infantil Albert Sabin

Hospital do Rim

Hospital do Coração

Estado do Maranhão (01)

Hospital Sarah São Luis

Estado do Rio Grande do Norte (01)

Hospital de Pediatria UFRN

Estado do Sergipe (02)

Hospital João Alves Filho

Hospital Universitário de Aracajú

Região Centro-Oeste: 21 hospitais com escolas

Distrito Federal (09)

Hospital de Base de Brasília

Hospital Regional Materno Infantil Asa Sul

Hospital de Reabilitação Asa Norte

Hospital de Apoio

Hospital Regional de Brasilândia

Hospital Regional do Gama

Hospital Regional de Ceilândia

Hospital da Cidade de Taguatinga

Hospital Sarah de Brasília

Estado de Goiás (05)

Hospital Materno-Infantil de Goiânia

Hospital das Clínicas da UFG

Hospital Araújo Jorge

Hospital de Doenças Tropicais

Centro Integrado de Saúde Mental Emanuel

Estado de Mato Grosso (01)

Hospital Universitário Júlio Müller UFMT

Estado de Mato Grosso do Sul (06)

Hospital Santa Casa da Cidade de Campo Grande

Hospital Universitário de Campo Grande

Hospital Regional Rosa Petrossian

Hospital São Julião

Hospital Evangélico de Dourados

Hospital de Jaraguari

Região Sudeste: 47 hospitais com escolas

Estado do Espírito Santo (01)

Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

Estado de Minas Gerais (07)

Hospital Sarah de Belo Horizonte

Hospital Universitário de Juiz de Fora

Hospital Municipal de Governador Valadares

Hospital Vital Brasil

Hospital Márcio Cunha

Santa Casa de Montes Claros

Hospital Universitário Clemente de Faria

Estado do Rio de Janeiro (14)

Hospital Municipal Jesus

Hospital São Zacharias

Hospital Marcílio Dias

Hospital Cardoso Fontes

Hospital dos Servidores do Estado

Instituto Nacional do Câncer

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti

Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira

Hospital Universitário Pedro Ernesto

Hospital Universitário Antonio Pedro

Hospital Getúlio Vargas Filho

Hospital Municipal Desembargador Leal Júnior

Hospital Alcides Carneiro

Hospital Infantil Ismélia da Silveira

Estado de São Paulo (25)

Hospital da Santa Casa de Misericórdia

Hospital São Paulo UNIFESP

Hospital do Câncer A.C. Camargo

Centro de Atenção Integral à Saúde Clemente Ferreira (Lins)

Hospital das Clínicas FMUSP

Instituto da Criança FMUSP

Instituto do Coração FMUSP

Instituto de Traumato-Ortopedia FMUSP

Instituto de Psiquiatria FMUSP

Hospital Emílio Ribas

Hospital Estadual Infantil Darcy Vargas

Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto

Hospital da SOBRAPAR (anomalias crânio-faciais)

Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo

Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

Hospital de Clínicas de Campinas

Centro Infantil Boldrini (Campinas)

Hospital Mário Gatti (Campinas)

Hospital de Clínicas e Hemocentro de Marília

Hospital de Base de São José do Rio Preto

Hospital Municipal de Paulínia

Hospital do Câncer de Barretos

Hospital GRENDAC (Jundiaí)

Hospital Municipal Vereador José Storópoli -Vila Maria

Região Sul: 19 hospitais com escolas

Estado do Paraná (06)

Hospital Infantil Pequeno Príncipe

Hospital Erasto Gaetner

Hospital Universitário Evangélico de Curitiba

Hospital das Clínicas de Curitiba UFPR

Fundação Criança Renal

Hospital Santa Casa (Cornélio Procópio)

Estado de Santa Catarina (09)

Hospital Infantil Joana de Gusmão

Hospital Hélio Anjos Ortiz

Hospital Regional Lenoir Vargas Ferreira

Hospital Nossa Senhora da Conceição

Hospital Bom Jesus

Hospital Santa Terezinha - Joaçaba

Hospital São Francisco

Hospital Regional São Paulo

Hospital Santo Antonio

Estado do Rio Grande do Sul (04)

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Hospital da Criança Santo Antonio

Hospital Universitário de Santa Maria

Hospital Santa Terezinha – Erechin

Anexo 2 - Roteiro para observação da criança em classe hospitalar

Data:

Horário:

Nome da criança: _____

1. A criança cumpre as tarefas solicitadas?

SIM ( )   NÃO ( )

Comentários:

2. Responde as perguntas formuladas pelo professor?

SIM ( )   NÃO ( )

Comentários:

3. Mostra-se:

a) Interessada?   SIM ( )   NÃO ( )

b) Tranquila?   SIM ( )   NÃO ( )

c) Feliz?   SIM ( )   NÃO ( )

d) Adaptada?   SIM ( )   NÃO ( )

e) Alegre?   SIM ( )   NÃO ( )

f) Participativa?   SIM ( )   NÃO ( )

g) Outro. Qual? _____

Comentários:

4. Demonstra querer saber mais?

SIM ( )   NÃO ( )

Comentários

5. Pede informações a respeito das atividades que estão sendo ou que serão realizadas?

SIM ( )   NÃO ( )

Comentários

6. Comenta as respostas e/ou atividades dos outros colegas da classe hospitalar?

SIM ( )   NÃO ( )

Comentários

7. Relata como executou a atividade proposta?

SIM ( )   NÃO ( )

Comentários

8. Distrai-se durante as atividades?

SIM ( )   NÃO ( )

Comentários

9. Tira a atenção dos colegas durante as atividades?

SIM ( )   NÃO ( )

Comentários

10. Apresenta movimentos de auto manipulação: coça-se; mexe as pernas, mãos, braços, dedos; muda de posição com frequência; apóia-se ou debruça-se sobre a carteira?

SIM ( )   NÃO ( )

Comentários

11. Não quer saber de participar das atividades:

SIM ( )   NÃO ( )

Comentários

12. Demonstra:

a) Cansada?   SIM ( )   NÃO ( )

b) Apática?   SIM ( )   NÃO ( )

c) Baixa estima?   SIM ( )   NÃO ( )

d) Agressiva?   SIM ( )   NÃO ( )

e) Tristeza?   SIM ( )   NÃO ( )

f) Saudade?   SIM ( )   NÃO ( )

g) Outro. Qual? _____

Comentários:

13. Observações complementares.

Anexo 3 - Roteiro de observação do educador

Data:

Horário:

Nome da educador: _____

A) O educador:

1. Explica aos educandos as tarefas propostas?
2. Atende prontamente as solicitações dos educandos?
3. Valoriza as atividades executadas pelos educandos?
4. Estimula os educandos à participação?

B) Verificar de que maneira o educador:

1. Se conduz frente ao aluno que não se estimula com as atividades propostas.
2. Reage frente à agressividade da criança hospitalizada
3. Demonstra suas habilidades no tratamento de temas relacionados à educação e promoção em saúde das crianças

Anexo 4 - Roteiro para entrevista de pais e/ou responsáveis das crianças**Data:****Horário:****Nome da criança:** _____

1. O que significa para o Sr(a) a hospitalização do seu/sua filho(a)?
2. Na sua opinião o que foi que causou a doença do seu filho (a)?
3. O Sr(a) já tinha ouvido falar que em alguns hospitais havia atividades escolares para a criança hospitalizada?
4. O que o Sr(a) acha do seu filho(a) estar freqüentando a classe hospitalar?
5. O que o Sr(a) acha que muda com o fato de seu filho(a) estar fazendo atividades na classe hospitalar iguais as dos colegas da escola dele?
6. A internação de seu filho (a) está mudando o dia a dia da família?
SIM ( ) Como? NÃO ( ) Por que?
7. A escola de seu filho(a) fez contato com a família para ter notícias dele/dela?
8. O que o Sr(a). acha de seu filho(a) faltar na escola devido a hospitalização?
9. O que seu filho(a) está achando de participar das atividades da classe hospitalar?
10. O seu filho(a) já havia participado desta atividade em outros hospitais?
SIM ( ) NÃO ( )
11. E o Sr (a). já teve essa experiência com outros filhos?
SIM ( ) E o que achou?
NÃO ( )

Anexo 5 - Roteiro para entrevista dos educadores especializados**Data:****Horário:****Nome do educador:** _____

1. Por favor, explique qual o seu papel na classe hospitalar?
2. Na sua opinião, qual seria o papel da Equipe de Saúde nas classes hospitalares?
Explique.
3. A equipe de saúde tem sido facilitadora das atividades da classe hospitalar?
SIM ( ) Como? NÃO ( ) Por que?
4. A equipe de saúde tem possibilitado ao educador obter informações quanto:
  - a. Ao estado de saúde da criança?
SIM ( ) NÃO ( )
  - b. Ao planejamento da internação da criança?
SIM ( ) NÃO ( )
  - c. A outras informações importantes?
SIM ( ) Como?
NÃO ( ) Por que?
5. Você considera que sua formação atendeu a todas as necessidades decorrentes do trabalho em uma classe hospitalar?
SIM ( ) Como?
NÃO ( ) Por que?
6. Que dificuldades você encontrou ao vir atuar nas classes hospitalares?
7. Quais os facilitadores que você encontrou ao vir atuar nas classes hospitalares?
8. O que você acha que deveria mudar nas classes hospitalares?
9. Do que você mais gosta na sua atividade?
10. Do que você menos gosta na sua atividade?
11. Que sugestões você daria visando tornar as classes hospitalares ambientes cada vez mais saudáveis?

Anexo 6 - Manual instrucional para a capacitação dos educadores

Disponível em:

http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/vigilancia_saude/doenca_agravo/0073

Anexo 7 - Material instrucional de multimídia

Disponível em:

<http://www.dracco.com.br/>

Anexo 8 - Termo de consentimento livre e esclarecido para os educadores da classe hospitalar

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: Classe Hospitalar: Uma estratégia para a promoção da saúde da criança.

Pesquisador responsável: Edson Vanderlei Zombini

Orientadora do projeto: Profa. Dra. Maria Cecília Focesi Pelicioni (Fone: 3061-7751)

Este projeto tem o objetivo analisar as contribuições das atividades da classe hospitalar para a promoção e educação em saúde das crianças durante o período de hospitalização. Pretende contribuir para que a internação se torne uma experiência positiva na vida das crianças, favorecendo sua volta à escola após a alta hospitalar assim como colaborando para diminuir a preocupação dos pais em relação à ausência das crianças às aulas. Para tanto, serão utilizados os seguintes procedimentos:

- observação das atividades na classe hospitalar;
- entrevista, com duração estimada de 20 minutos, com o educador da classe hospitalar.

Os dados obtidos da entrevista serão anotados e gravados, para garantir a segurança do entendimento dos dados coletados.

Tais procedimentos visam caracterizar os educadores e identificar suas opiniões, interesses, representações sociais, suas interações, sentimentos e práticas em relação às atividades da classe hospitalar.

O projeto não interferirá nas atividades do educador e nem nos procedimentos de assistência às crianças hospitalizadas.

Não haverá qualquer despesa pessoal ou compensação financeira decorrente da sua participação.

A sua participação não é obrigatória e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Instituição.

Na divulgação das informações obtidas o seu nome não será citado. Esclarecemos que as anotações e as fitas de gravação permanecerão em poder do pesquisador durante 5 anos e após este período serão destruídas.

Declaração do participante

Após ler e receber as explicações sobre a pesquisa, e ter assegurados os direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;

4. Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, localizado à Av. Dr. Arnaldo 715 – Cerqueira César, São Paulo – SP fone: (11) 3061-7779, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro concordar com o exposto e em participar do projeto.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

São Paulo, _____ de _____ de _____

Eu, Edson Vanderlei Zombini, RG: 9.692.011-7, declaro que forneci ao participante todas as informações referentes ao projeto.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____ Fone: 2783-3341

Anexo 9 - Termo de consentimento livre e esclarecido para pais e/ou responsáveis.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: Classe Hospitalar: Uma estratégia para a promoção da saúde da criança.

Pesquisador responsável: Edson Vanderlei Zombini

Orientadora do projeto: Profa. Dra. Maria Cecília Focesi Pelicioni (Fone: 3061-7751)

Este projeto tem o objetivo analisar as contribuições das atividades da classe hospitalar para a promoção e educação em saúde das crianças durante o período de hospitalização. Pretende contribuir para que a internação torne-se uma experiência positiva na vida das crianças, favorecendo a volta à sua escola após a alta hospitalar assim como colaborando para diminuir a preocupação dos pais em relação à quebra da rotina das crianças. Para isto, será realizada uma entrevista, com duração aproximada de 20 minutos e os dados obtidos serão anotados e gravados.

O projeto não atrapalhará o atendimento que os profissionais do hospital darão ao seu/sua filho(a).

Não haverá qualquer despesa pessoal ou compensação financeira decorrente da sua participação.

O (A) Sr.(a) não é obrigado a participar. A sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Instituição assim como não acarretará qualquer prejuízo na assistência de seu filho(a).

Na divulgação das informações obtidas o seu nome não será citado. Esclarecemos que as anotações e as fitas de gravação permanecerão em poder do pesquisador durante 5 anos e após este período serão destruídas.

Declaração do participante

Após ler e receber as explicações sobre a pesquisa, e ter assegurados os direitos de:

1. Ter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Deixar de participar do estudo a qualquer momento;
3. Não ser identificado e ser mantido o sigilo das informações fornecidas;
4. Buscar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, localizado à Av. Dr. Arnaldo 715 – Cerqueira César, São Paulo – SP fone: (11) 3061-7779, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro que compreendi e aceito participar do projeto.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

São Paulo, _____ de _____ de _____

Eu, Edson Vanderlei Zombini, RG: 9.692.011-7, declaro que forneci ao participante todas as informações referentes ao projeto.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Fone: 2783-3341

Anexo 10 - Termo de consentimento livre e esclarecido para pais e/ou responsáveis autorizarem seu/sua filho(a) a participar do projeto.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: Classe Hospitalar: Uma estratégia para a promoção da saúde da criança.

Pesquisador responsável: Edson Vanderlei Zombini

Orientadora do projeto: Profa. Dra. Maria Cecília Focesi Pelicioni (Fone: 3061-7751)

Este projeto tem o objetivo analisar as contribuições das atividades da classe hospitalar para a promoção e educação em saúde das crianças durante o período de hospitalização. Pretende contribuir para que a internação torne-se uma experiência positiva na vida das crianças, favorecendo a volta à sua escola após a alta hospitalar assim como colaborando para diminuir a preocupação dos pais em relação à quebra da rotina das crianças. Para isto, será realizada observação das atividades realizadas pelo seu filho(a) na classe hospitalar. Os dados observados serão anotados.

O projeto não atrapalhará o atendimento que os profissionais do hospital darão ao seu/sua filho(a).

Não haverá qualquer despesa pessoal ou compensação financeira decorrente da sua participação.

O (A) Sr.(a) não é obrigado a permitir que o seu/sua filho(a) participe do projeto. A sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Instituição assim como não acarretará qualquer prejuízo na assistência de seu filho(a).

Na divulgação das informações obtidas o nome do seu/sua filho(a) não será citado. Esclarecemos que as anotações permanecerão em poder do pesquisador durante 5 anos e após este período serão destruídas.

Declaração do participante

Após ler e receber as explicações sobre a pesquisa, e ter assegurados os direitos de:

1. Ter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Deixar de participar do estudo a qualquer momento;
3. Não ser identificado e ser mantido o sigilo das informações fornecidas;
4. Buscar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, localizado à Av. Dr. Arnaldo 715 – Cerqueira César, São Paulo – SP fone: (11) 3061-7779, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro que compreendi e permito que meu filho (a) participe do projeto.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

São Paulo, _____ de _____ de _____

Eu, Edson Vanderlei Zombini, RG: 9.692.011-7, declaro que forneci ao participante todas as informações referentes ao projeto.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Fone: 2783-3341

Anexo 11 - Desenhos e redações elaborados pelos alunos

Neste anexo foram selecionados alguns trabalhos realizados pelos alunos envolvidos neste estudo durante as atividades desenvolvidas na Classe Hospitalar do Hospital Infantil Cândido Fontoura.

Anexo 12 - Jogo do tabuleiro

Anexo 13 - Jogo de caça palavras

Anexo 14 - Jogo de cartas

Anexo 15 - Folder da classe hospitalar