



1290003395



FE

1CC/UNICAMP Ar15p



UNICAMP

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**IGEANY OLÍMPIA DE ARAÚJO**

**PEDAGOGIA HOSPITALAR:**

novos desafios para a atuação do pedagogo

CAMPINAS  
2007

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**UNICAMP - FE - BIBLIOTECA**

1290003395

**IGEANY OLÍMPIA DE ARAÚJO**

**PEDAGOGIA HOSPITALAR**

Novos desafios para a atuação do pedagogo

*Monografia apresentada à Faculdade de Educação da UNICAMP, para obtenção do título de Bacharel em Pedagogia, sob orientação do Prof. Dr. Silvío Ancisar Sánchez Gamboa.*

CAMPINAS  
2007

UNICAMP - FIC - BIBLIOTECA

© by Igeany Olímpia de Araújo, 2007.

|             |             |
|-------------|-------------|
| UNIDADE:    | FE          |
| Nº CHAMADA: | TCC/UNICAMP |
|             | Ar15p       |
| V:          | EX:         |
| TOMBO:      | 3395        |
| PROC.:      | 129/08      |
| C:          | 0: X        |
| PREÇO:      | 11,00       |
| DATA:       | 28,02,08    |
| Nº CTD:     | 426409      |

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca  
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

Araújo, Igeany Olímpia de  
Ar15p      Pedagogia hospitalar : novos desafios para a atuação do pedagogo /  
Igeany Olímpia de Araújo. -- Campinas, SP : [s.n.], 2007.

Orientadores : Sílvia Ancisar Sanchez Gamboa.  
Trabalho de conclusão de curso (graduação) – Universidade Estadual de  
Campinas, Faculdade de Educação.

1. Pedagogia hospitalar. 2. Educação como humanização. 3. Pedagogo. 4.  
Mercado de trabalho. 5. Saúde e educação. I. Sanchez Gamboa, Sílvia  
Ancisar. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III.  
Título.

07-568-BFE

***Página de aceitação***

*Nota:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Orientador: Dr. Sílvio Ancisar  
Sánchez Gamboa.*

\_\_\_\_\_  
*Segunda leitora: Dra. Márcia Chaves*

*Dedico este trabalho à todos que passaram em minha vida e de alguma forma contribuíram para o meu processo de constituição pessoal e profissional. Aos pacientes-alunos, às equipes de saúde, às pedagogas, especialmente a Sônia, a Juliana e a Célia.*

## ***Agradecimentos***

Agradeço de coração aos meus pais, já que sem eles eu não teria ingressado no curso de pedagogia e muito menos realizado este trabalho. À minha mãe Maria Olímpia pela persistência, pela seriedade e pelo amor incondicional que sempre dedicou à mim. Ao meu pai Ildeu pelos conselhos, pela amizade e pelas eternas caronas de idas e vindas à faculdade e aos hospitais visitados.

Aos meus irmãos, Isnary e Júnior, pelo exemplo de garra e empenho acadêmico. Aos meus amigos, especialmente à Nádia, que sempre me incentivou e tanto ajudou no início de minha vida acadêmica. Ao meu namorado Rodrigo, à quem tanto admiro pelo caráter e pela paciência que teve comigo ao longo desse ano tão conturbado em minha vida. Amo você!

Às pedagogas Sônia, Célia e Juliana que tanto me ensinaram e ajudaram durante esta pesquisa. Ao meu querido amigo e orientador Sílvio Gamboa, o qual tanto admiro pela sabedoria e empenho acadêmico. Obrigada professor! O senhor muito me ensinou. Agradeço também à professora Márcia Chaves pela prontidão com que aceitou ser minha segunda leitora e pela ajuda dispensada à mim.

Ao Ademilson do Laboratório de informática da Faculdade de Educação que muito me ajudou a revisar este trabalho e a elaborar o meu pôster de final de curso. Obrigada Adê! Você me ajudou muito!

Todos vocês foram e são especiais para mim. Carrego um pouco de cada um de vocês em mim!

*Entendo assim a tarefa primeira do educador: dar aos discípulos razões para viver. Tudo mais são complementos. Rubem Alves, 1994.*

## **Resumo**

A presente pesquisa visa diagnosticar a atuação do pedagogo no hospital a partir da inserção deste no contexto hospitalar, considerando dificuldades e desafios para seu exercício profissional. No primeiro momento foi feita uma investigação exploratória de quatro classes hospitalares de Campinas e uma da cidade de Paulínia de forma a detectar como se dá o trabalho com o paciente-aluno nestas, a organização de seu espaço físico e as relações que são estabelecidas dentro das mesmas.

No segundo momento da pesquisa foi feito um estudo mais focado em um dos hospitais visitados de forma a compreender a maneira pela qual se constitui uma classe hospitalar e o trabalho do pedagogo neste ambiente, além de tentarmos captar a forma como os sujeitos que compõe a equipe de saúde, os alunos-pacientes e seus respectivos familiares compreendem a atuação do profissional da educação no ambiente hospitalar.

### **Palavras-chave:**

Pedagogia hospitalar, campos de atuação do pedagogo, classe-hospitalar, trabalho coletivo.

## **I - Fazendo um breve reconhecimento do terreno onde estamos pisando:**

“Estou internado! E agora?” Essa é a pergunta de muitas crianças que ao se verem acometidas pelas mais diversas doenças são “obrigadas” a se confinarem dentro de hospitais, tendo assim de romperem com suas relações cotidianas e o mundo de fantasia e diversão próprios da sua faixa etária.

É justamente com o objetivo de tornar a estadia da criança menos traumática que o pedagogo contemporâneo adentra no universo hospitalar e passa a interferir no processo de recuperação da mesma. Desta forma, este novo campo de atuação para profissionais da pedagogia busca, além de estabelecer um elo entre a criança hospitalizada e sua escola, conceber as formas de resgatar os momentos significativos que relembram seu dia-a-dia. Esse novo campo de atuação situa-se no contexto da Classe Hospitalar.

“Classe hospitalar é a modalidade de ensino da Educação Especial que atende pedagógico-educacionalmente crianças e jovens hospitalizados” (MEC/SEESP, 1994).

As primeiras experiências com classe hospitalar, segundo MAZOTTA (2001) aparecem no atendimento especializado prestado a deficientes físicos com objetivos educacionais, desenvolvido pela Santa Casa de Misericórdia em São Paulo, em meados de 1931.

Este trabalho era realizado nas denominadas classes especiais estaduais e cada professora prestava atendimento individualizado aos alunos-pacientes do hospital. Devido ao tardio reconhecimento das classes hospitalares e da inexistência de iniciativas governamentais que visassem o desenvolvimento e aperfeiçoamento das mesmas, ainda hoje são poucas as pesquisas na área, o que acarreta no desconhecimento de muitos profissionais quanto a mais este campo de atuação dos pedagogos.

*A priori*, estes são indicadores da realidade brasileira que apresenta poucos estudos e a inexistência de um plano nacional de atuação do pedagogo nesse contexto específico dos alunos-pacientes, em contraponto a grande quantidade de pesquisas que passou a ser realizada em países como o Canadá, Estados Unidos e Inglaterra a partir do século XX, e que de forma genérica visavam confirmar que a inatividade da criança hospitalizada, como era suspeitado, e posteriormente observado, poderia acarretar em graves distúrbios comportamentais e que possibilitam hoje, nesses países, a existência de um sistema de educação hospitalar de qualidade.

Estes estudos realizados no exterior revelaram importantes pesquisadores e dentre os pioneiros podemos citar SPITZ (1993), que formula o conceito de hospitalismo para designar os distúrbios desenvolvidos por crianças hospitalizadas e privadas de laços afetivos, sendo necessário para a “cura” das mesmas, estímulos constantes e a presença de pessoas próximas e de profissionais especializados atentos para satisfazer suas necessidades.

Além das contribuições de SPITZ, contamos com os estudos de BEVERLY (1936) que segundo FONSECA e CECCIM (1999), desenvolveu a teoria do comportamento do apego, que consiste em uma resposta que se desencadeia a partir da necessidade de sobrevivência da espécie e se estabelece por meio de alguém que estimule e mantenha um laço afetivo com a criança hospitalizada para que esta se recupere mais facilmente.

Em âmbito nacional, contamos com os valiosos estudos de Eneida Fonseca e Ricardo Ceccim, que desde 1990 vêm contribuindo com seus artigos e pesquisas para que a estruturação e as propostas pedagógicas das classes hospitalares sejam reformuladas. Em sua mais recente pesquisa (feita em 2001), Fonseca detectou que

existem no Brasil setenta classes hospitalares (sendo que sete delas situam-se em casas de apoio mantidas por ONGS), mais do que o dobro detectado pela pesquisadora em uma outra pesquisa feita em 1998, onde ainda diagnosticou-se que as classes hospitalares brasileiras atendem crianças de 0 a 15 anos, e que estas, na maioria das vezes apresentam patologias como desnutrição, pneumonia, câncer, problemas congênitos e genéticos, AIDS ou foram transplantadas.

Nesta mesma pesquisa (feita em 2001) mapeou-se um total de oitenta professores lecionando em classes hospitalares, sendo que um ou no máximo nove atuam em hospitais com menos de dez anos de experiência, possuindo formação universitária ou de pós-graduação. Percebe-se assim a necessidade de uma qualificação mais específica do profissional de classe hospitalar para que este melhor se adapte e desenvolva sua prática neste ambiente tão diferente das escolas regulares.

“Mesmo que o atendimento pedagógico-educacional em hospitais não requeira formação específica, essa atividade requer profissionais com destreza e discernimento para atuar com planos e programas abertos, móveis, mutantes, constantemente reorientados pela situação especial e individual de cada criança sob atendimento.” (FONSECA, 1998, p.15).

- Ainda segundo a pesquisa de 2001, a região sudeste é a que apresenta maior número de classes hospitalares no Brasil e em Campinas, mais especificamente, contamos com quatro hospitais que mantêm em seu interior acompanhamento pedagógico para seus internados; são estes: Hospital Dr. Domingos Boldrini, Centro Médico de Campinas, o Hospital de clínicas da UNICAMP e o Hospital Municipal Dr. Mario Gatti.

A luz da teoria analisada e da realidade observada em campo pretende-se refletir acerca do tema pedagogia hospitalar e da participação ou não do profissional

da educação na equipe multiprofissional que assiste a criança em seu período de hospitalização.

Assim sendo, o trabalho de conclusão de curso a ser desenvolvido além de abordar a problemática da realidade da educação hospitalar brasileira, pretende identificar dificuldades e perspectivas em situações concretas, visando levantar propostas e sugestões criativas para qualificarem a prática do pedagogo no hospital, considerando as diversas relações que ele estabelece para atender as necessidades dos alunos-pacientes no período de internação.

Como estudante do curso de pedagogia, justifico a realização deste trabalho visando um maior debate acerca do tema pedagogia hospitalar, para que a partir das reflexões propiciadas pelo mesmo os profissionais da educação passem a rever o papel que desempenham no ambiente hospitalar e a importância da construção de um projeto pedagógico crítico-progressista para esse ramo da educação especial. Pretendo assim, provocar reflexões sobre os processos de formação dos professores e examinar o quanto este campo de atuação tem sido enfatizado como possibilidade de singular importância para a pedagogia.

## **1.1-Objetivos:**

### **Geral**

- Conhecer a percepção do pedagogo hospitalar acerca de seu trabalho bem como analisar a visão da equipe de saúde com relação à atuação deste profissional.

### **Específicos**

- Descrever a atuação do pedagogo no ambiente hospitalar na condução do processo ensino- aprendizagem ;
- Analisar os processos de formação do pedagogo atuante em hospitais;
- Examinar e refletir sobre os processos relacionais travados entre o pedagogo que atua em classes hospitalares e demais profissionais integrantes da equipe de saúde.

## **1.2- METODOLOGIA:**

Como procedimentos metodológicos foram feitas leituras e ampla revisão de literatura sobre o tema e suas interfaces: Educação hospitalar, a formação do pedagogo e a função social da escola. Tal revisão bibliográfica se fez essencial para o embasamento teórico para as visitas à campo que foram feitas no decorrer do processo de pesquisa.

Vale ressaltar que apesar da atualidade do tema Pedagogia Hospitalar ser bastante evidente, ainda são relativamente poucas as iniciativas de pesquisa referentes a mais este campo de atuação do pedagogo. Tal situação não seria um impedimento para a realização deste trabalho de conclusão de curso, mas sim um motivo a mais para que o mesmo seja realizado, visando propiciar uma maior reflexão na comunidade educacional acerca da inserção do pedagogo no ambiente hospitalar.

No primeiro momento da pesquisa, que consistiu em uma fase exploratória, foi feito um levantamento dos hospitais das cidades de Campinas e Paulínia que

possuíam em sua equipe de trabalho um pedagogo atuante. Para tal, entrei em contato com a Secretaria de Educação de Campinas através de telefone sendo que me foi informado que quem cuidava deste setor era a Secretaria da Saúde. Ao ligar então na Secretaria da Saúde me deparei com uma situação um tanto quanto curiosa: lá também não havia registros de profissionais da educação atuando em hospitais.

Através de uma lista telefônica então, entrei em contato com cinco hospitais renomados (Hospitais A, B, C, D e E) e após um contato prévio com estes, demonstrei meu interesse em visitá-los para a realização de breves entrevistas com os pedagogo que lá trabalhavam a partir de um esquema de perguntas previamente elaborado. (vide anexos na página 71).

Para a realização destas entrevistas foi feito uso de um gravador, o que possibilitou a transcrição das informações colhidas para um posterior trabalho com estas já que acredito que

“A grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos (...) Parece-nos claro que o tipo de entrevista mais adequado para o trabalho de pesquisa que se faz atualmente em educação aproxima-se mais dos esquemas livres, menos estruturados.” (LÜDKE, 1986.)

No hospital A, nosso primeiro hospital visitado, que é privado e atende as mais variadas patologias e possui um renomado pronto-socorro, não obtivemos autorização para gravarmos a entrevista, então através de uma conversa informal descobrimos que o trabalho pedagógico desenvolvido naquele local é baseado em atividades recreativas e relacionadas à datas comemorativas; tal trabalho é coordenado por uma psicóloga com habilitação em psicopedagogia e docente em cursos superiores de psicologia.

Segundo a psicóloga responsável, o acompanhamento escolar quase não ocorre devido ao curto período de tempo das internações dos pacientes. Ainda segundo esta profissional *“Não há grandes dificuldades em sua prática na pediatria*

*do hospital, sendo que seu trabalho é bem aceito pelos demais membros da equipe de saúde; o único inconveniente é a inexistência de um espaço maior para o desenvolvimento de suas atividades”.*

Já no Hospital B, que atende pacientes com deformidades crânio-faciais, também não obtivemos autorização para uma entrevista formal e então por meio de uma conversa fomos informados de que o trabalho pedagógico deste hospital também é desenvolvido por psicólogas; são três no total, que contam com o auxílio de duas voluntárias e treze estagiárias de psicologia; lá é feita uma média de cinquenta atendimentos psicopedagógicos ao mês, todos a partir do contato com a escola regular do aluno paciente.

Neste hospital, o período de internação do paciente é curto mas o tempo em que este necessita de tratamento é longo; assim, as psicólogas fazem um acompanhamento dos indivíduos desde a infância até quase a idade adulta, sendo este acompanhamento muito importante para que o paciente saiba lidar com as exclusões que sofre ,até mesmo na escola, ao longo de sua vida, para que saiba lidar com o conceito de “diferente” e até mesmo para que na idade certa escolha uma profissão.

Segundo a psicóloga entrevistada, ainda hoje muitos profissionais da educação acreditam que pelo fato de a criança apresentar alguma deformidade ela conseqüentemente será portadora de “deficiência mental”; essa inverdade acaba por marginalizar os pacientes daquele hospital e muitas vezes desestimula-os a estudarem e adquirirem novos conhecimentos.

As psicólogas deste hospital buscam então capacitar o profissional da escola regular de seus pacientes a saberem lidar com as particularidades destes e auxiliá-los em seus estudos de forma a elevar sua auto-estima e seu rendimento escolar.

Ao visitarmos o Hospital C fomos prontamente acolhidos por uma pedagoga que atua em hospitais há mais de vinte anos e que desenvolve um trabalho com crianças com dificuldades visuais e algumas vezes psico-motoras em um ambulatório de um conceituado hospital público. Segundo esta profissional, *existem muitas dificuldades para a atuação do pedagogo no ambiente hospitalar “mas principalmente a desinformação e o desconhecimento por parte das equipes médicas sobre a importância desse trabalho. Também encontrei e encontro dificuldades por parte de equipes de educação que não vêem o pedagogo senão dentro de uma sala de aula...”*

Foram feitas duas visitas à este hospital para que acompanhássemos o atendimento da pedagoga à casos de crianças com paralisias e outros problemas neurológicos. Por falta de tempo e compatibilidade de agendas, a entrevista com a pedagoga responsável por este ambulatório foi realizada de forma escrita através de roteiro de perguntas encaminhado via e-mail.

Ainda segundo esta profissional, para que este campo de atuação do pedagogo se expanda *“Precisamos de pessoas que acreditem em nossa competência profissional e para isso é necessário estarmos preparados e conscientes do nosso papel como pedagogo dentro de um hospital”*.

Partimos então para o hospital D, uma referência no tratamento de crianças com câncer e com um setor pedagógico muito bem estruturado. Naquele local foi possível perceber como de fato se estrutura uma classe-hospitalar, já que dos hospitais visitados este foi o que mais evidentemente presta atendimento educacional-pedagógico aos pacientes que atende.

Entrevistamos naquela instituição uma pedagoga que apesar de jovem, já atua no hospital há cerca de três anos auxiliando seus alunos-pacientes na realização de tarefas escolares regulares e quando estão com dificuldades nos estudos. Para frequentar a sala pedagógica deste hospital a criança tem de estar matriculada em uma escola regular com a qual a pedagoga entra em contato solicitando o encaminhamento de tarefas para o aluno-paciente.

Segundo a profissional, quando a sala começou a funcionar os profissionais da saúde quase não a respeitavam; então ela e a outra pedagoga do hospital começaram a participar das reuniões multiprofissionais para divulgarem o trabalho que faziam com as crianças e como ele poderia ajudar no tratamento destas. Após algum tempo e muitas reuniões depois, o setor pedagógico do hospital passou a ser respeitado e visto com outros olhos pelos médicos, que hoje encaminham seus pacientes para os estudos na sala pedagógica.

Por último, visitamos então o hospital E, um hospital municipal com grande quantidade diária de atendimentos; neste hospital podemos conhecer a “salinha de

recreação” como a chamam os profissionais de lá e as três pedagogas que ali atuam. Durante a entrevista as mesmas nos informaram que são poucos os atendimentos pedagógicos realizados por elas, já que o período de internação das crianças é relativamente curto, o que faz com que elas realizem mais atividades recreativas com as crianças e confeccionem trabalhos manuais com as mesmas, do que façam acompanhamento escolar.

Neste hospital encontramos, segundo as entrevistadas, um paradoxo: elas nunca enfrentaram estranhamento por parte da equipe de saúde e sempre tiveram seu trabalho reconhecido por esta, porém quando necessitam de materiais para trabalharem com as crianças sempre ficam em segundo plano já que a diretoria do hospital alega que os materiais da saúde são mais importantes. Ainda assim, as pedagogas afirmam que se sentem parte da equipe multiprofissional da pediatria deste hospital.

A realização de tais entrevistas cumpriu a missão de colher dados iniciais sobre a atuação do profissional da educação no ambiente hospitalar, além de propiciar um primeiro contato com o espaço físico e o contexto de trabalho deste profissional.

Paralelamente a estas visitas e entrevistas informais, foram realizadas entrevistas com especialistas no assunto Pedagogia hospitalar, tanto da área da educação como da saúde, a fim de colher informações acerca do campo teórico relacionado ao tema abordado pela pesquisa a partir da experiência de tais profissionais. (vide anexos na página 72)

A primeira entrevistada foi uma professora que leciona na Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e também é pedagoga. Ao entrevistarmos a professora ficamos a par de um projeto em parceria com a

fundação Abrinq com a PUC, que cedeu espaço em seu campus para a implementação de uma brinquedoteca que posteriormente deu origem à classe hospitalar do Hospital Mario Gatti e à sala de recreação do Hospital da PUC; a entrevistada participou do processo de criação e implementação de tal projeto.

A entrevistada também ministrou juntamente a uma enfermeira uma disciplina em um curso de extensão na PUC sobre pedagogia hospitalar e participou de congressos sobre o tema; com toda a sua experiência ela nos afirma que *“Há um estranhamento dos profissionais da saúde quanto à profissionais de outras áreas num espaço tradicionalmente da saúde; você vai ao hospital porque está doente e precisa tratar a sua patologia. Pensa-se assim apenas no tratamento apenas da doença e não da pessoa como um todo. Quando a humanização começa a trabalhar com questão do tratamento da pessoa, ela começa ficar mais sensível quanto à outras formas de trabalho no hospital do que puramente ao ambiente medicinal. Então, a gente percebe que a entrada de outros profissionais no hospital vai se ampliando, psicólogos, terapeutas e por último o pedagogo”*, opinião que coincide com a grande maioria dos sujeitos entrevistados nessa pesquisa.

Ainda segundo ela, o pedagogo no hospital sofre menos estranhamento por parte da equipe de enfermagem, que é aquela que mais tempo passa com a criança em tratamento e assim providencia todo o seu cuidar.

Nossa segunda especialista entrevistada também partilha dessa opinião. Ela é enfermeira e professora do curso de enfermagem da PUC e nos afirmou que com certeza o pedagogo faz parte da equipe de saúde, em que cada profissional com seus diferentes saberes contribui para a recuperação do paciente. Para a enfermeira, a atuação do pedagogo no hospital não se restringe apenas ao brincar já que este também tem uma função social muito importante: alfabetizar pacientes que

ainda não saibam ler e orienta-los quanto ao horário das medicações, tornar meios de comunicação como revistas e jornais acessíveis aos pacientes que aguardam para serem atendidos. A prática do pedagogo hospitalar não pode restringir-se à pediatria!

Ao entrevistarmos outra professora doutora, que também participou do projeto que em parceria com a fundação Abrinq que instaurou a brinquedoteca da PUC, fomos informados de que há sim um estranhamento da equipe de saúde quanto à atuação do pedagogo no hospital.

Segundo a entrevistada, o projeto da brinquedoteca visava capacitar estagiárias para trabalharem com o brincar na enfermaria de pediatria do Hospital Mário Gatti, posto que naquele momento tornavam-se mais fortes as discussões acerca da humanização do atendimento hospitalar; no começo de tal projeto, a estagiária foi vista com maus olhos pelos funcionários daquele hospital que diziam que ali não era lugar de brincar e raramente a cumprimentavam. Para consolidar a implementação do projeto na pediatria, a professora teve de recorrer (mesmo sem desejar) à relações de amizade com pessoas conhecidas no hospital e que autorizaram a presença da estagiária naquele ambiente.

Durante seis meses, ela ia hospital mesmo que com muita dificuldade, de ônibus, com um saco cheio de brinquedos e sem poder usar nenhuma prateleira no hospital para guardar tais pertences; após esse período, ao anunciar sua partida, vários funcionários, dentre eles médicos e enfermeiros se mobilizaram e requisitaram a volta do projeto e da estagiária que “brincava” com os pacientes. A professora então entrou em contato com a prefeitura que assumiu e passou a coordenar a classe hospitalar do Hospital Mário Gatti.

Além deste habitual estranhamento pela equipe de saúde já narrado pelos outros entrevistados, a professora Kátia nos narra um outro tipo de conflito bastante interessante: *“A mãe tem um contato com a professora muito próximo na escola, então quando chegava ao hospital, começava a procurar a professora, a pedagoga, ao invés de procurar a psicóloga. Com a psicóloga ela tinha uma distância que com nós não existia”*. Podemos afirmar que o estranhamento quanto às outras profissões deve-se ao fato da forma como estas se configuram no mercado de trabalho que atualmente é muito concorrido e incita o individualismo entre as pessoas não as permitindo saberem trabalhar em equipe.

Após a fase exploratória da pesquisa, elencamos um dos hospitais visitados para a realização da segunda parte do trabalho. Tal seleção foi feita a partir dos seguintes critérios previamente elencados:

1. A freqüência de alunos a serem atendidos pelo pedagogo (entendendo aqui o aluno-paciente como sujeito essencial para a efetuação do processo educativo no hospital);
2. A experiência do profissional da educação no ambiente hospitalar, posto que, quanto maior o seu tempo de trabalho nesse setor maior será o seu envolvimento com a equipe de saúde e as experiências por ele vivenciadas;
3. O período de oferecimento de atividades pedagógicas desenvolvidas com os alunos-pacientes, considerando a importância de se observar como se dá a atuação do pedagogo nesse momento, e por fim,
4. O consentimento do hospital em questão e do pedagogo do qual se pretende acompanhar o trabalho.

A partir da utilização destes critérios, selecionamos o hospital E, para aprofundarmos nossas observações e assim melhor analisar a realidade da atuação do pedagogo a partir de um estudo de caso.

É necessário destacarmos que utilizamo-nos do método de pesquisa de terreno, que pressupõe a existência de uma análise intensiva do objeto de estudo e por seguinte de um método de análise qualitativo do mesmo; método qualitativo este que recolhe sua fonte no próprio ambiente pesquisado, sendo que esta fonte deve ser estritamente descritiva para que o processo se torne tão importante quanto o resultado final da pesquisa.

"Nesses estudos há sempre uma tentativa de capturar a perspectiva dos participantes, isto é, a maneira como os informantes encaram as questões que estão sendo focalizadas" (LÜDKE, 1986).

O tempo de permanência no hospital selecionado compreendeu aproximadamente dois meses, com duas visitas semanais, durante duas horas cada dia, totalizando em torno de trinta horas, no período da manhã e da tarde de forma a analisar as especificidades de cada período na rotina de trabalho do pedagogo, já que o estudo de caso

"(...) supõe genericamente presença prolongada do investigador nos contextos sociais em estudo e contacto direto com as pessoas e as situações". (SILVA e PINTO, 1986).

Pretendeu-se aqui, através da análise fenomenológica da atuação do pedagogo hospitalar, compreender livre de pressupostos e preconceitos, como se dá o dia-a-dia desse profissional e as relações estabelecidas por esse em seu ambiente de trabalho.

"A fenomenologia não privilegia o sujeito nem o objeto, mas sim, a relação entre ambos, pois entende que um é determinante do outro, é a relação entre o mundo do vivido e a descrição direta de nossa experiência. O que a fenomenologia enfatiza é o relato do componente subjetivo do comportamento das pessoas." (MEDINA, p.44. 2001)

As observações foram registradas em um diário de campo (vide anexos na página 75 ), acerca da rotina da classe hospitalar, da atuação do pedagogo e de seu relacionamento com a equipe de saúde, os alunos-pacientes e seus familiares e serão melhor analisadas a luz do referencial teórico no nosso próximo capítulo.

Apoiado em bases fenomenológicas, este trabalho de conclusão de curso se propôs a não analisar fatos observados nos hospitais de forma isolada, mas sim compreendê-los como fenômenos subjetivos a partir de um estudo hermenêutico da realidade a que tivemos acesso.

## **Capítulo II – A pedagogia hospitalar em seu contexto.**

### **2.1 – Alguns conceitos históricos.**

Atualmente, com as discussões acerca da humanização hospitalar a concepção de doença já não é mais a mesma daquela existente no início da história da medicina.

É indiscutível a idéia de que a doença sempre esteve relacionada à sociedade, já que no séc. V a.C. os escravos eram renegados aos cuidados médicos, enquanto os pobres não dispunham de tempo para serem cuidados e não possuíam nenhuma noção de zelo com seu próprio corpo.

Já na Era Medieval, a doença passou a ser relacionada aos cuidados com o ambiente porque os homens passaram a ter consciência de que em grandes cidades a existência de detritos era maior, facilitando assim, a proliferação de pestes e epidemias.

Em meados dos séculos XVII e XVIII, os próprios profissionais da saúde começam a repensar o papel social da medicina e passam a defender a idéia de uma “medicina social” já que a posição social do indivíduo seria um fator determinante para o seu estado de saúde.

No contexto econômico da época, em que, o mercantilismo incitava o enobrecimento do Estado através da exploração da mão de obra dos indivíduos, a doença era considerada um grande empecilho para o cofre dos nobres. Assim, naquela época, os estudos na área da medicina e o atendimento às camadas pobres cresceram bastante com vistas a garantir a mão de obra e conseqüentemente o lucro que estas geravam.

Nesse contexto histórico, em que tanto se necessitava manter a saúde dos indivíduos surge a expressão "Policia Médica" que consistia na garantia e na expansão do bem estar da sociedade a fim de zelar pela boa conservação física de seus indivíduos.

O expoente da Policia Médica, segundo MATOS e MUGIATTI, (2006, p.53), foi Johan Peter Frank com obras de caráter humanizador e publicadas em diversos países como França, Alemanha, Itália, Rússia e Estados Unidos, dentre os anos de 1779 à 1817.

Nos Estados Unidos, a medicina social passou a ter maior destaque com a fundação da Section on Sociology, em 1921, quando passou a ser divulgada a idéia de que a Medicina deveria contar com a contribuição das ciências sociais e de profissionais da pedagogia. Era também o início do trabalho com equipes multiprofissionais, o qual abordaremos mais adiante.

Com a medicina social, passou-se a pensar nas condições de vida do paciente e na maneira pela qual esse seria (re)-inserido no meio do qual foi retirado devido a sua doença. A anamnese passaria então a ser um importante procedimento para se detectar as possíveis causas (físicas, biológicas ou sociais) que acabaram por adoecer o indivíduo e conseqüentemente, os procedimentos a serem tomados para que ele seja curado.

Podemos afirmar que a assistência prestada à criança hospitalizada vem sofrendo transformações, principalmente a partir do século XIX e relacionadas ao modo de produção das sociedades, ao aprimoramento das práticas médicas e ao valor e significado que a sociedade dá à criança.

Registros nos apontam que até meados da década de 30, ao necessitar de cuidados médicos a criança era completamente isolada de forma a prevenir a

infecção de outros indivíduos. Tal procedimento acabou por acarretar em um grande afastamento do paciente com seus familiares e o seu meio habitual.

Não se pensava nas possíveis conseqüências de tal afastamento e da ruptura abrupta do cotidiano da criança, que ficava abalada tanto fisicamente (em decorrência da doença) como emocionalmente ao ser privada dos vínculos afetivos dos quais estava tão habituada.

Segundo LIMA, ROCHA e SCOCHI (1999, p.33), só na década de 40 é que começaram a ocorrer nos Estados Unidos alterações no modo de se prestar assistência á criança hospitalizada. Tais alterações só foram possíveis devido aos avanços na prática médica originados pela Segunda Guerra Mundial com vistas a atender às necessidades da sociedade.

Os estudos de LIMA e ROCHA (1999) nos apontam que os antibióticos e as novas tecnologias científicas foram os propulsores para que a sociedade passasse a pensar no afastamento da criança de sua família enquanto estava internada e principalmente, passasse a vê-la como um sujeito integral que possui não apenas necessidades físicas,mas também psicológicas,emocionais e sociais, além de estar em constante desenvolvimento.

Já os estudos de SPITZ, de 1993, de BOWLBY, 1969, e AJURIAGUERRA em 1975 muito contribuíram para que os profissionais da saúde, da educação e que de uma forma ou de outra relacionavam-se com crianças que ficavam internadas, refletissem acerca das conseqüências do processo de internação para a criança bem como acerca do rompimento dos laços de apego que esta estabelecia antes de adoecer.

SIMONTON (1990) também desenvolveu estudos acerca da criança hospitalizada, bastante focados no processo de enfrentamento da doença por parte

do indivíduo e na percepção que este tem acerca da sua doença. Os autores em questão desenvolveram um programa de ajuda psicológica aos pacientes que acompanhavam de forma a estimulá-los a terem esperança e a compreenderem melhor a sua enfermidade.

Até então ainda se pensava na saúde como um estado de ausência de doenças. Com os avanços tecnológicos e os diversos estudos idealizados a saúde passa a ser compreendida como um estado de completo bem estar físico, mental e social, segundo a Organização Mundial da Saúde em 1940.

Para CECCIM (1997) o estado de bem estar bio-psicosocial é impossível de ser alcançado individualmente, já que ele depende não só do indivíduo mas também da coletividade em que este vive. As ciências da saúde passam assim a serem responsáveis por desvendarem os mistérios do corpo humano, que torna-se um "Deus" a ser louvacionado pela sociedade.

## **2.2 - Leis. Solução ou apenas idealismo?**

A preocupação com o corpo e a manutenção do bem estar da criança passam a ser ainda mais evidentes a partir do relatório da Organização Mundial da Saúde publicado em 1951 acerca da privação materna como fator etiológico de perturbações mentais na criança-paciente.

Já em 1959, foi publicado na Inglaterra o relatório PLATT, que evidenciou ainda mais a preocupação com o bem estar da criança hospitalizada, levando pais e profissionais a discutirem formas de tornar o processo de internação menos traumático.

A partir da década de 60 a medicina vem se articulando cada vez mais à sociedade e às formas pelas quais esta influencia no bem estar dos pacientes. Muitas discussões passam a ser feitas acerca da criança hospitalizada, a importância de seu vínculo com o cotidiano e o apoio da família durante o tratamento. Eis a dita medicina social.

No contexto nacional, políticas públicas foram criadas a favor da criança hospitalizada. Em 12 de outubro de 1988 no Estado de São Paulo, foi oficializado o direito da criança a ter um acompanhante em tempo integral durante seu período de internação.

Em 13 de junho de 1990 foi promulgada a Lei Federal nº. 8069/1990 que regulamentou o Estatuto da criança e do adolescente (Brasil, 1990) Seu 12º artigo afirmava que

(...) Os estabelecimentos de saúde devem proporcionar condições para a permanência em tempo integral, de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de crianças ou adolescentes (BRASIL, 1991, p. 16).

Versando ainda acerca do Estatuto, podemos afirmar que, em linhas gerais, esse visa proteger os direitos fundamentais dos referidos em questão, como o direito à vida à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, a liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de protegê-los de qualquer tipo de discriminação, negligência, exploração e opressão.

Sabemos que no que tange ao nosso país nem sempre tais direitos são garantidos, ainda mais quando se trata de vida e saúde. Segundo as leis, a criança deve ser amparada por um sistema de saúde de qualidade desde o momento em que está no útero de sua mãe. Na realidade não é o que podemos observar.

Principalmente nas pequenas e mais pobres cidades as gestantes não são assistidas de maneira suficiente a garantir a saúde de seus filhos por meio de exames de prognóstico que detectem e apontem má formações genéticas, embora este processo esteja assegurado como um direito no Estatuto da criança e do adolescente.

Nos grandes centros a realidade não é tão dura assim em função dos hospitais que algumas vezes são conveniados com Universidades, otimizando assim seu atendimento, mas ainda assim as filas de espera são grandes, o que muitas vezes prejudica o tratamento do paciente.

Nosso país promove sim grandes campanhas de vacinação em massa, contudo a população mais carente da sociedade não é conscientizada quanto a hábitos de higiene, medidas profiláticas e a administração de medicamentos em casos de precisão. Não bastando tal descaso, muitas vezes uma criança nem mesmo consegue dar entrada em um hospital por falta de leitos disponíveis neste, ou quando consegue, acaba perdendo seu direito de contar com um acompanhante.

Com vistas a garantir o direito à vida e a saúde da criança, foi criado em 1995 o Estatuto das crianças e dos adolescentes hospitalizados (BRASIL, 1995), elaborado pela sociedade brasileira de Pediatria a (SBP) e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o CONANDA.

Tal lei, chancelada pelo Ministério da Justiça, contém vinte artigos que versam sobre a qualidade do atendimento hospitalar prestado às crianças e adolescentes, conforme vemos a seguir, na íntegra:

1. Direito a proteção à vida e à saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação;

2. Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa;
3. Direito a não ser ou não permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento de sua enfermidade;
4. Direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas;
5. Direito de não ser separado de sua mãe ao nascer;
6. Direito de receber aleitamento materno sem restrições;
7. Direito a não sentir dor quando existem meios para evitá-la;
8. Direito a ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico, quando se fizer necessário;
9. Direito a desfrutar de alguma recreação, programas de educação para saúde, acompanhamento do currículo escolar, durante sua permanência hospitalar;
10. Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente de seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetido;
11. Direito a receber apoio espiritual e religioso conforme prática de sua família;

12. Direito a não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal;
13. Direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para sua cura, reabilitação e ou/prevenção secundária e terciária;
14. Direito à proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos;
15. Direito ao respeito a sua integridade física, psíquica e moral;
16. Direito à preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais;
17. Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis, ou a sua própria vontade, resguardando-se à ética;
18. Direito a confidência dos seus dados clínicos, bem como direito de tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na instituição, pelo prazo estipulado por lei;
19. Direito a ter seus direitos constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente respeitados pelos hospitais integralmente,
20. Direito a ter uma morte digna, junto aos seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis (1995, Sociedade Brasileira de Pediatria-Departamento de Cuidados a Hospitalares).

De forma geral, segundo CECCIM e CARVALHO (1997, p. 188) podemos perceber que tais direitos objetivam garantir ao adolescente e à criança hospitalizados prioridade no atendimento sem discriminações, o direito de não

permanecerem internados desnecessariamente, de terem um acompanhante constantemente, de não serem separados de suas mães ao nascerem, de receberem leite materno, de não sentirem dor quando existirem meios de evitá-la, serem informados e acompanhados psicologicamente com relação a sua doença e o tratamento para a mesma, de respeito a sua integridade e a sua identidade, de serem preservados confidencialmente seus dados clínicos e de garantia dos princípios do Estatuto da criança e do adolescente.

A nível internacional também existem iniciativas em políticas públicas que visam amparar as crianças hospitalizadas. Em 1986, o parlamento Europeu aprovou a Carta Européia da criança hospitalizada com vistas a incentivar a humanização nos hospitais, assegurar o bem estar dos seus pacientes e garantir apoio pedagógico aos mesmos.

Com objetivos semelhantes aos da carta Européia, em 2000, Portugal aprovou a carta da criança hospitalizada. Tal carta, em seu 7º princípio afirma que

O hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no de pessoal e da segurança (MOTA, 2000 p. 58 in PAULA, 2004 p. 4).

Ainda quanto a carta de Portugal, é claro que há uma intenção em garantir a continuidade da escolarização do paciente de forma a mantê-lo vinculado à realidade exterior ao hospital e otimizar o seu retorno à escola após o tratamento criança.

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

fosse aprazível, ajardinado, onde pássaros povoassem as árvores e a natureza fosse o prolongamento natural das salas de aulas. (OLIVEIRA, 2000 p.6).

Ercília Maria Angeli Teixeira de Paula, docente da Universidade Estadual do Paraná, além de nos apresentar a realidade da atenção à criança hospitalizada de Portugal também investigou como se dá a educação hospitalizada na Espanha.

Segundo a autora, naquele país desde a década de 80 vêm se investindo na qualificação da educação nos hospitais e muitos estudiosos como Gonzáles-Simancas e Polaino Torrente (1990) se dedicaram a escrever sobre o tema e a defender a pedagogia hospitalar enfatizando a importância do papel do professor no hospital para garantir às crianças seu direito à educação.

Percebe-se que a preocupação com a hospitalização vem crescendo em todo mundo; porém, podemos afirmar que os níveis de preocupação que se dão variam em cada país. Em alguns, preocupa-se em garantir a escolarização da criança internada, em outros em proporcionar momentos alegres à esta, em outros ainda, vincular o paciente ao mundo externo ao hospital e na maioria deles há um misto de todas essas práticas. Se há um ponto comum entre todas essas propostas podemos afirmar que é pelo menos o desejo (não que ele se concretize) de tratar a criança como um todo, deixando-a a par de seu tratamento e garantindo a esta suporte psicológico.

Concordo com PAULA (2004, p.6) quando esta nos atenta ao fato de que em nosso país o apoio pedagógico à criança hospitalizada muitas vezes fica apenas no papel; como já dito anteriormente, poucos são os hospitais que valorizam e possuem um pedagogo atuante em sua equipe. Além do mais, não são só as crianças que necessitam de apoio de tal profissional. Muitos pacientes, jovens e adultos que

passam por longos períodos de internação deveriam contar com o trabalho do educador.

Segundo o parecer do MEC, (MEC / SEESP,1994) a classe hospitalar deve atender pedagógico educacionalmente as necessidades psíquicas e cognitivas de crianças e jovens que estejam impossibilitados de darem continuidade a sua rotina diária. A LDB (MEC, 1996) também afirma que aos jovens e adultos devem ser concedidos os mais diversos meios para que o seu desenvolvimento cognitivo e sua aprendizagem não sejam interrompidos de veras a qualquer motivo. Outro documento referente à classe hospitalar foi publicado juntamente as Diretrizes Nacionais para a educação especial (Resolução 02, de 11/09/2001), mais especificamente no artigo 13.

Tais Diretrizes afirmam ainda que as crianças hospitalizadas devem ser conduzidas por professores de educação especial que atuem com os alunos internados ou ainda, façam atendimentos domiciliares. Após a publicação de tais diretrizes o MEC vem promovendo a revisão de documentos da secretaria da educação especial acerca da classe hospitalar.

FONSECA (2003) faz uso dos princípios do programa da MULTIEDUCAÇÃO (Secretaria Municipal de Educação, 1996), da cidade do Rio de Janeiro para mostrar – nos alguns preceitos que o profissional da educação atuante em hospital deve ter claros para si:

- O tempo de aprender é o tempo do aluno;
- A interação entre as crianças é tão importante quanto a mediação do professor nas atividades desenvolvidas, e;

- A sala de aula tem o tamanho do mundo e, no caso da sala de aula da escola hospitalar, serve de mediadora à possibilidade da criança de plugar-se com o mundo fora do hospital (FONSECA, 2003, p. 13).

Podemos perceber que documentos e iniciativas não faltam acerca deste novo campo de atuação do pedagogo; mas por que será que nem mesmo dentre os profissionais da educação e ainda mais pela sociedade em geral ele é (re) conhecido? O que afinal faz o pedagogo no hospital, enquanto poderia estar em uma escola em posse de seu tradicional giz e apagador?

### **2.3 – Mas afinal, o que é pedagogia hospitalar?**

Ainda que existam esforços na expansão do campo de atuação do pedagogo, este se reduz muito às instituições escolares. Até mesmo na grade curricular dos cursos de pedagogia não se vê disciplinas que capacitem seus alunos a atuarem em outros ambientes diferentes da escola.

✦ Atualmente, podemos encontrar alguns poucos pedagogos atuando no setor de recursos humanos de empresas, treinando e recrutando profissionais juntamente à psicólogos e menos profissionais ainda, em hospitais. Mas afinal, o que um pedagogo faz em um hospital.

Utilizando-nos novamente da pesquisa feita por FONSECA no ano de 1999, podemos diagnosticar que no final da década de 90 havia apenas 80 professores no Brasil inteiro que atuavam em hospitais para atenderem cerca de 1500 crianças por mês.

Se o objetivo da atenção pedagógica no hospital segundo o MEC é o de manter o aluno atualizado com referência ao currículo desenvolvido pela escola em que estava matriculado (BRASIL, 2001, p. 35), podemos inferir que a quantidade de professores atuantes no ambiente hospitalar não era suficiente para garantir o acompanhamento escolar de tantos jovens e crianças hospitalizados.

Apesar de uma notável expansão do setor pedagógico em hospitais, observamos que ainda restam resquícios do caráter de voluntariado que deu origem as primeiras classes hospitalares no Brasil. Pouco se investe na formação dos profissionais que irão atuar ou que já atuam nessa área. Apesar de algumas leis e estudos científicos desenvolvidos por poucos pesquisadores, a pedagogia hospitalar ainda não se definiu de forma muito clara.

As concepções de pedagogia hospitalar, como já dito, variam muito conforme o hospital e o pedagogo que atua nesse. Uns acreditam que o pedagogo deva fazer um trabalho estritamente de acompanhamento escolar, já outros defendem o papel do profissional da educação como um recreacionista, que visa alegrar a criança durante seu período de internação. É importante que, apesar da concepção que o hospital e pedagogo têm do que é a pedagogia hospitalar estes visualizem claramente a criança e seu desenvolvimento como um todo indissociável e em constante desenvolvimento, partindo para isso, de certos pressupostos teóricos.

São vários os estudiosos que se dedicaram a compreender mais a fundo o desenvolvimento infantil. Dentre eles, Watson (1924) e Skinner (1938) que consideravam as crianças como meros resultados dos estímulos e reforços aplicados por alguém mais experiente.

Já o renomado pedagogo Jean Piaget (1970) defendeu a idéia de que todas as crianças passariam por estágios de desenvolvimento semelhantes. As

experiências sensoriais seriam as propulsoras para o desenvolvimento do indivíduo, que se daria sempre de “dentro para fora”, acabaria por gerar um certo desequilíbrio nas estruturas mentais e em seguida, uma assimilação dos novos conhecimentos. Dessa forma, ocorreria o processo de desenvolvimento infantil, que segundo Jean Piaget, seria o propulsor da aprendizagem na criança.

Já para Lev Semionovitch Vygotsky (1984), o conhecimento só se constrói ao longo de um processo histórico social e se dá a partir das situações de interação que estabelecemos com outros indivíduos e com o meio em que vivemos. Sendo assim, quanto mais ricas as experiências e as interações que estabelecemos ao longo de nossas vidas, mais alto será nosso nível de desenvolvimento. Ao mesmo tempo em que se desenvolve a criança aprende, tornando-se capaz de ensinar e aprender concomitantemente.

Baseada nos preceitos de VYGOTSKY (1984), apud Oliveira (1995), e BRONFENBRENNER (1979), FONSECA(2003) defende a idéia de uma ecologia da educação hospitalar. Expliquemos. Para desenvolver a teoria ecológica do desenvolvimento, Bronfenbrenner apropriou-se do termo ecologia (da biologia) que designa as relações estabelecidas entre os organismos vivos e o meio ambiente.

Segundo Bronfenbrenner (1979, p.21) in Fonseca (2003),

A ecologia do desenvolvimento humano envolve o estudo científico da acomodação progressiva e mútua entre um ser humano ativo e em crescimento e as mudanças do ambiente em que vive, ou seja, a criança muda (se desenvolve) para interagir e interage para mudar (se desenvolver), fazendo-nos perceber então que o desenvolvimento psicológico, social e emocional co-relaciona-se com o desenvolvimento biológico da criança.

Os espaços onde ocorrem o desenvolvimento da criança seriam importantíssimos, segundo BRONFENBRENNER(1979).

Segundo Fonseca (2003) a teoria ecológica seria importante para a pedagogia hospitalar à medida que nos faz pensar no desenvolvimento psicológico, social e emocional indissociado do desenvolvimento biológico e completamente

influenciado pelo meio em que vivemos, seja este a escola, o lar e ainda o hospital. Tal teoria condiz com os pressupostos da teoria do desenvolvimento de Vygotsky (1935), que afirma que as construções cognitivas dos indivíduos só se dão a partir de atualizações de afetos e da elaboração de aprendizagens significativas realizadas através de interações com outros sujeitos e meios.

É bastante evidente a preocupação dos pais a até mesmo da própria criança quanto ao seu desempenho na escola regular em que está matriculada e quanto à sua estadia no novo ambiente do qual passa a pertencer. Já a preocupação da pedagogia hospitalar deve ir além. Esta tem de visar integrar o paciente doente ao seu novo modo de vida no hospital, de forma acolhedora e que mantenha os seus vínculos com o mundo exterior ao hospitalar e fortaleça os laços familiares.

O estresse da hospitalização composto pela angústia da definição diagnóstica, evolução prognóstica, ansiedade pela resposta do organismo à terapêutica empreendida e o afastamento do lar são eventos disruptivos. Nestas condições, exigências acadêmicas formais, com programas curriculares de cursos a cumprir, associados à demanda, geralmente familiar, para que o jovem não sofra reprovação no ano letivo cursado, podem se somar aquele estresse já estabelecido pela hospitalização. Desse modo, uma proposta de atuação escolarizante deverá ser empreendida de modo a não se tornar incompatível com as necessidades de atenuação e superação de estados emocionais negativos (BARROS, p.12, 1999).

Como nos aponta BARROS (1999), a criança hospitalizada encontra-se fragilizada devido a uma série de fatores. Obrigá-la a estudar pode ser mais um motivo para que essa se entristeça. Eis então a necessidade de uma rotina pedagógico hospitalar que seja flexível e leve em conta as particularidades de cada aluno-paciente e do ambiente em que é desenvolvida.

Alguns profissionais da educação que atuam em hospitais acabam em muitas vezes tentando transpor a escola regular para o hospital. Contudo cabe à estes

repensarem a realidade educacional atual e como nos propõe Fonseca (1998,p.22) perceberem que

“A classe hospitalar denota estar além da escola que temos e certamente mais próxima da escola que queremos”.

Assim a pedagogia hospitalar além de ser uma constante forma de contato com as escolas regulares de seus alunos, seria também um espaço de ressignificação do novo ambiente que estas crianças passariam a viver, interagir e construir conhecimentos.

Apesar de ser evidente a necessidade do atendimento pedagógico em hospitais, ainda hoje existem impasses quanto a atuação de pedagogo em tal ambiente que não é claramente pertencente à modalidade da Educação especial ou da Educação básica.

No caso das classes hospitalares, considerando-se que a natureza das ações que nelas se desenvolvem são de cunho pedagógico educacional, penso que devam realmente constar de documentos de políticas educacionais. (...) Se já tivéssemos - os que pensamos ou que decidimos a educação escolar - internalizado a proposta inclusiva como melhoria da qualidade de oferta educativa para qualquer aluno, esteja ele onde estiver, então não precisaríamos colocar as classes hospitalares como modalidade de atendimento educacional escolar da educação especial, ainda entendida como sub-sistema paralelo a educação regular (CARVALHO, 2000, p.21 apud PAULA, 2004, p. 8).

Ao enquadrarmos a Pedagogia hospitalar como um “ramo” da Educação especial estamos segregando os alunos – pacientes atendidos por ela e indo contra às políticas de inclusão social. Nós profissionais, da educação temos de assumir o ponto de vista acima defendido por CARVALHO (2000) e garantirmos a qualidade da educação oferecida aos nossos alunos, estejam eles onde estiverem.

### **III Capítulo – A relação entre o pedagogo e a equipe multiprofissional.**

#### **3.1 – Ser humano, ser cheio de necessidades.**

Com o aumento nas discussões acerca da humanização hospitalar e da concepção de criança, a sociedade de forma geral, vem procurando prestar assistência integral aos pequenos. Alguns profissionais da saúde consideram a assistência integral como a junção de práticas preventivas e curativas no tratamento da criança, outros como um tratamento que envolva a doença do paciente e de seus aspectos psicológicos e ainda outros que concebem a assistência integral como o trabalho conjunto entre diferentes tipos de profissionais (multiprofissionais) com vistas à melhora da criança.

Trabalho em equipe, trabalho multidisciplinar, equipe multiprofissional dentre muitas outras denominações são usadas como sinônimo possuindo um mesmo fim: atender a criança doente de forma global em sua esfera bio – psicosocial.

É evidente que mesmo quando adoentada a criança continua se desenvolvendo, não deixando de ter necessidades que precisam ser supridas. MASLOW (1970) desenvolveu a teoria das necessidades humanas (bastante aplicada no ramo de Recursos Humanos mas aqui adaptadas para a situação de internação de crianças) que seriam motivadoras do desenvolvimento humano e se apresentam de forma hierárquica. Para o autor, são de cinco tipos as necessidades humanas:

#### **\*Necessidades Fisiológicas:**

Muitas vezes não nos damos conta dessas necessidades, a não ser quando somos privados delas. Nossas principais necessidades fisiológicas como comer,

respirar e descansar são essenciais para que consigamos satisfazer outras necessidades como amar, ser reconhecido, etc.

Enquanto está hospitalizada, muitas vezes a criança tem suas capacidades fisiológicas abaladas; perde o apetite, sente dificuldade em respirar, seu corpo não funciona bem. A equipe multiprofissional deve atuar de forma a fazer com suas necessidades fisiológicas sejam supridas e que seu corpo volte a atuar como antes.

**\*Necessidades de Segurança:**

Quando a criança passa por uma situação de hospitalização se sente ameaçada e amedrontada devido ao seu abalo físico e ao novo ambiente em que passa a habitar. É importante que a equipe multiprofissional atue de forma a acolher e passar confiança à criança hospitalizada, tornando o seu processo de hospitalização o menos traumático possível.

**\*Necessidades Sociais:**

Nós, humanos, constantemente, sentimos necessidade de interagir com outras pessoas de forma a estabelecermos vínculos, trocarmos experiências e nos desenvolvermos. Ao ser internada, a criança se vê privada de todos os vínculos sociais que cotidianamente estabelecia. Para que se sinta motivada a mesma deve ter oportunidade de estabelecer novos vínculos no hospital e de entrar em contato com pessoas de sua família, escola e demais lugares pelos quais se interesse. Remetendo-nos novamente à VIGOTSKY (1984), percebemos que tal movimento é bastante importante com vistas à capacidade de interação e conseqüentemente de desenvolvimento e aprendizagem que o contato com outras pessoas nos traz.

### **\*Necessidades do ego:**

Ao se ver internada, muitas vezes a criança passa a se sentir inferior as demais pessoas. Sua auto-estima cai abruptamente, ela deixa de confiar em si própria e se inferioriza constantemente. É importante que se faça um trabalho de regate da auto-estima desse paciente para que ele passe a confiar em si próprio e acredite no seu potencial, ainda que esteja com sua saúde debilitada.

### **\*Necessidade de auto-realização:**

A criança/paciente necessita ser encorajada a produzir, se expressar e demonstrar que é capaz de realizar tarefas; É importante que os profissionais que atuem com essas crianças tenham consciência de que ainda que adoentadas elas continuam se desenvolvendo e necessitam ser integralmente assistidas.

Como podemos perceber a partir da teoria das necessidades humanas de MASLOW, a criança e o ser humano de maneira geral têm necessidades a serem supridas; tais necessidades tornam-se ainda mais visíveis quando passamos por situações traumáticas como perda de entes queridos, derrotas pessoais e moléstias de nosso corpo.

Cabe à equipe multiprofissional se especializar, interagir e atuar de forma a suprir as necessidades de seus pacientes que por tratarem-se de crianças, nem sempre sabem expressar o que estão sentindo. Nessa hora é preciso escutar (e auscultar) o silêncio.

## **3.2 - Pequenas reflexões acerca da história e de alguns termos do trabalho multiprofissional.**

### **3.2.1 – A história do trabalho multiprofissional.**

Como já discutido anteriormente, a criança nem sempre teve os cuidados e atenção necessária para seu completo desenvolvimento. Só a partir dos avanços tecnológicos e da transformação da concepção de criança nas sociedades medievais é que estas deixaram de ser consideradas adultos em miniatura e receberam a devida valorização que antes não possuíam.

Em meados do século XX o tratamento à doença da criança passou a ser realizado especificamente pela pediatria, área que cresceu cada vez mais devido à modernização dos hospitais e à conseqüente fragmentação do trabalho dos profissionais da saúde.

Foi um período em que o hospital tornou-se o centro do conhecimento médico, resultando na implantação de inúmeras unidades pediátricas caracterizadas por forte rigidez às normas de higiene e segurança "(DYTZ et al, p.76,1997).

Nesse momento em que o médico detinha total poder sobre a cura da criança, atuando como detentor de todo conhecimento responsável pela terapêutica do paciente (considerado apenas em sua patologia), o trabalho em saúde era desempenhado única e exclusivamente pela figura do médico que apenas posteriormente, viria a ser auxiliado pelos profissionais da enfermagem na parte prática do tratamento dos enfermos.

Se até a década de 30 a doença era considerada apenas em suas origens biológicas, em meados da década de 40, com o observado nível de desigualdade de saúde entre classes sociais, ela passa a ser vista também com causas sociais como

a fome, a renda, etc. Ainda assim a figura do médico era compreendida como total detentora do poder de cura do paciente.

Esse quadro só começou a ser modificado, ainda que timidamente, por alguns profissionais preocupados com os aspectos psicológico e emocional da criança doente e por estudiosos que analisavam os impactos da hospitalização e da separação dos pais em pequenos pacientes.

Ainda que na década de 40 tenham surgido alguns projetos de trabalhos multiprofissionais que objetivavam por meio de dinâmicas de grupos transferir para todos os membros da equipe a responsabilidade pela terapêutica do paciente, persistiam práticas centralizadas na figura do médico e um tanto quanto frias. Esse primeiro e tímido movimento humanizador da medicina originou a psiquiatria social.

Em meados da década de 60 mais mudanças acontecem. O número de profissionais da saúde cresce, a tecnologia aplicada a essa área se aperfeiçoa e a expectativa de vida se torna mais alta o que propulsiona a divulgação da medicina preventiva.

A medicina preventiva passa a ser a base dos trabalhos multiprofissionais realizados nas décadas de 60 e 70 na área da pediatria. Profissionais como fisioterapeutas e fonoaudiólogos atuam então como reabilitadores, junto aos médicos, da integridade física das crianças, que deixam de ser consideradas apenas em suas patologias e começam a serem vistas como um todo bio-psicosocial.

As primeiras iniciativas advindas do trabalho multiprofissional em hospitais no Brasil se deram através de programas que possibilitavam ao paciente a companhia de sua mãe enquanto estivesse internado; tal mãe quando necessário, também era atendida por profissionais, como o psicólogo ou o terapeuta ocupacional. (O projeto

pioneiro no Brasil foi realizado no Instituto da Criança, em São Paulo no ano de 1976).

Também surgiram programas que levavam os multiprofissionais dos hospitais às regiões rurais e mais pobres das cidades com vistas a atender toda a população. Passa a ser evidente a idéia de que o profissional de apenas uma determinada área não seria capaz de deter todos os conhecimentos e técnicas presentes no trabalho de uma equipe multiprofissional.

Com a mudança na concepção de saúde ocasionada pelo desenvolvimento da filosofia holística (que compreende o ser humano como um todo harmonioso), chegamos hoje ao que configura (ou deveria configurar) o sistema de saúde nacional: trabalho conjunto de profissionais de diversas áreas com vistas a zelar pelo sistema corpo/mente do cidadão brasileiro.

### **3.2.2- Inter, trans, multidisciplinaridade. Sinônimos?**

É evidente na literatura acerca da educação hospitalar a diversidade de termos utilizados para caracterizar a forma como se dá (ou deveria acontecer) o trabalho em equipe nos hospitais.

Em DYTZ et al (1997) encontramos a seguinte colocação de Weil in FERREIRA FILHA (1994):

A interdisciplinaridade significa a interação entre duas ou mais disciplinas, indo desde uma simples comunicação de idéias até a integração mútua de conceitos-chave, da epistemologia, da metodologia, dos processamentos de dados e da organização da pesquisa e do ensino inserindo-se no domínio do conhecimento, enquanto que a multidisciplinaridade é a justaposição de disciplinas diversas, às vezes sem relação aparente entre elas e se refere ao âmbito das práticas profissionais.

Há autores que defendem a idéia de que ambos conceitos são completamente independentes um do outro, enquanto outros estudiosos afirmam

que tais definições só existem a partir da relação que estabelecem entre si através de um movimento dialético, como defende Campos (1992).

Tal movimento dialético consiste no constante (re) pensar, (re) formular da nossa prática ao dialogarmos com nossas produções e no respeito e ressignificação da prática do outro como forma de constituição de uma prática única que vise o bem estar da criança-paciente.

Já a transdisciplinaridade, segundo MATOS e MUGIATTI (2006, p.91).

É fruto de uma adiantada instância da interdisciplinaridade, é algo além do espaço e temporalidade (...) é a transcendência do saber, de um saber não fragmentado, liberado de suas limitações, em busca do homem em sua totalidade, em favor e expansão a todos os homens.

É importante salientarmos que nem sempre a concepção um tanto quanto “romântica” abordada por MATOS e MUGIATTI (2006) acerca da transdisciplinaridade, condiz com a realidade dos hospitais brasileiros.

O que pudemos observar ao longo das visitas de campo feitas em decorrência desta pesquisa é que o trabalho em equipe em hospitais, geralmente se dá como uma mera justaposição das atividades desenvolvidas por vários profissionais que visam racionalizar recursos e não definem em conjunto uma prática que objetive a cura do paciente. Segundo DYTZ et al (1997, p.95):

Cada profissional atua de acordo com o seu saber especializado, que de uma maneira geral, fundamenta-se em concepções reducionistas do processo saúde-doença.

Prosseguindo, podemos perceber que a forma como o trabalho em equipe (seja multi/inter ou transdisciplinar) se configura em um hospital, deve-se às concepções epistemológicas que circulam por este; Ainda citando DYTZ et al (1997), são quatro maneiras pelas quais se configura o trabalho multiprofissional:

- a) O trabalho multiprofissional como uma técnica que valoriza o saber, a cura do biológico e funciona como uma somatória de saberes dos diversos profissionais;

- b) Trabalho multifuncional como uma terapia, que objetiva o tratamento dos aspectos psicológicos e mentais do paciente e de sua família;
- c) Trabalho multiprofissional como uma mentalidade, que visa por meio da comunicação e da relação tratar do paciente como um todo;
- d) Trabalho multiprofissional como prática social que pressupõe uma concepção histórico-social da realidade. Para DYTZ et al (1997) o trabalho seria uma forma de garantir a hegemonia social onde a distinção de classes é bastante evidente decorrendo assim em uma intensa fragmentação dos processos de trabalho;

Uma alternativa a tal processo de fragmentação seria a compreensão da forma pela qual se dá a complementaridade das diversas profissões existentes em um hospital, não com vistas a formar uma prática homogênea mas sim, agregar saberes com vistas ao tratamento do paciente.

Agora que já discutimos a conceitualização dos termos multi/inter e transdisciplinar, podemos adentrarmo-nos em algumas reflexões mais profundas acerca do fazer em saúde.

### **3.3 - Mais algumas reflexões, desta vez, acerca do fazer em saúde.**

Como já discutido anteriormente, a tecnologia da nova era colaborou para uma acentuada especialização dos fazeres em saúde. Cada profissional cuida de uma determinada parte do corpo, o que leva o paciente a ser visto e considerado não como um todo e sim em partes que funcionam indistintamente umas das outras. Esse processo de especialização do trabalho médico e a concepção do corpo humano como uma máquina são originários da falta de sensibilidade que permeia a

relação enfermo-equipe de saúde e de forma mais geral, a sociedade capitalista em que habitamos.

Ao invés de tratar o paciente como um todo, a medicina passou a considerá-lo apenas em sua doença, tida como um mau funcionamento do organismo; deixou-se de considerar que o estar saudável depende, antes de tudo, do

Reconhecimento de que a saúde dos seres humanos é determinada (...) por seu comportamento, sua alimentação e a natureza do seu meio ambiente (CAPRA, 1985 p.326, apud, MEDINA, 2001, p.41)

A doença no indivíduo surge não apenas devido a fatores internos mas também a fatores externos como a desigualdade social e a má qualidade de vida. Para lidar com estes problemas boas drogas apenas, não bastam. É preciso sensibilidade, calor humano e preocupação com o outro.

O trabalho humanizado de uma equipe de saúde em um hospital visa unir os saberes, a competência e a sensibilidade dos diversos profissionais que atuam naquele ambiente com vistas a “curar” o paciente como um todo.

O fazer em saúde se dá em três dimensões básicas: a primeira, que diz respeito à formação dos profissionais, a segunda, referente ao gerenciamento dos fazeres e a terceira das ações em si (ações preventivas, de cura e gerenciamento da saúde da população).

O produto gerado pelo trabalho em saúde não é passível a comercialização, mas é gerado no ato do encontro entre quem o produz e quem o recebe (seres significantes e não apenas técnico/ patologia). O paciente atua como fornecedor de importantes informações de seu estado, um co-participante em seu processo de cura.

O trabalho em saúde para MERHY (1995), deve objetivar o cuidado com o outro, partindo de uma natureza dialógica e dependente, constituindo-se assim como um processo recíproco de ensino e aprendizagem.

É através do cuidado que o trabalhador da saúde consegue alcançar a cura e a saúde de seu paciente, visto como um indivíduo em seu todo bio-psicosocial e carente de cuidados advindos do trabalho da equipe de saúde. O médico deve se dar conta de que está defronte a um indivíduo doente e não a uma doença.

Se o hospital muitas vezes se apresenta como um ambiente sem vida, frio e impessoal para nós adultos, para a criança ele é pior ainda. Esta, é retirada de sua rotina e de seu meio social para dormir em uma cama diferente, alimentar-se de forma diferente e ainda ter de lidar com a grande rotatividade dos profissionais da saúde (sendo privada, muitas vezes, de laços afetivos significativos). Tal situação leva o paciente ao estresse, e se houver ainda procedimentos invasivos e traumáticos a criança pode desenvolver uma certa antipatia pelos profissionais de branco.

À medida que tal profissional se demonstra receptivo, conversa com a criança e informa dos processos dos quais está participando, ela se sentirá mais segura e confiante sendo valorizada como pessoa. Comunicação e interação nesse âmbito, segundo Fonseca (2003, p. 22) geram a cura.

Nos estudos realizados pela mesma autora, fica evidente que para a criança não é o uniforme branco do profissional da saúde que lhe impressiona mas sim a forma como este se relaciona com ela; a atitude de tal profissional pode lhe dar o conforto mas também uma certa insegurança.

O trabalhador da saúde deve ter claro também para si a importância de um linguajar mais simples ao conversar com o paciente e sua família de forma a facilitar

a compreensão do processo de tratamento e da doença em geral, transmitindo assim segurança para os envolvidos nesse processo.

Atualmente são grandes os debates acerca da inserção ou não do pedagogo na equipe de saúde ou multiprofissional; alguns acreditam que este profissional deva apenas brincar com as crianças, enquanto outros ainda defendem a idéia de que ele deve sim fazer parte da equipe que discute os casos e busca uma terapêutica para estes.

Devemos ter em mente que o trabalho em equipe deve compor uma individualidade (imbuída de sensibilidade e compromisso dos profissionais) advinda de outros saberes e técnicas (dentre estas as pedagógicas), com vistas a um único objetivo: o cuidar e a escuta do paciente-criança hospitalizado.

Resgatando a teoria ecológica de BROFENBRENNER (1979), percebemos que o pedagogo hospitalar deve atuar lado-a-lado, dos demais profissionais do hospital, participando assim efetivamente das decisões que estes venham a tomar com relação á criança e sua terapêutica.

O papel do pedagogo no ambiente hospitalar . Eis a nossa discussão central no próximo capítulo.

## **IV – Mas afinal, o que faz um pedagogo dentro de um hospital?**

### **4.1 – Resgatando a classe hospitalar e sua(s) função (cões).**

É indiscutível a premissa de que a atuação do pedagogo de forma sensível e com vistas a escutar a criança auxilia no processo de cura da mesma. O trabalho do pedagogo em hospitais acontece de forma a fortalecer o elo entre a criança, sua família e o mundo além do qual passam a habitar, facilitando assim o tratamento do paciente e amenizando os traumas da hospitalização.

As discussões acerca da atuação do pedagogo em hospitais são recentes mas bastante polêmicas; existem duas correntes teóricas que discutem a maneira pela qual deve se dar este trabalho.

A primeira delas, condizente com a Política Nacional de Educação Especial (Brasil, 1994) e defendida por Fonseca e Ceccim (1999), propõe a atuação do pedagogo hospitalar como um professor que deve garantir a escolarização do paciente enquanto este está com a saúde debilitada. Essa é a maneira mais difundida (desde 1950, com o surgimento da primeira classe hospitalar) pela qual o pedagogo desenvolve seu trabalho em hospitais.

Ao se configurar dessa forma a classe hospitalar assume o papel de sala de aula fora da escola o que exige uma série de procedimentos a serem seguidos. Para funcionar legalmente, a classe hospitalar tem de ser aprovada pelo MEC, contar com profissionais devidamente capacitados e oferecer apoio pedagógico de qualidade aos alunos-pacientes que vier a atender.

Algumas classes hospitalares, como a do hospital Boldrine em Campinas onde o período de internação e acompanhamento do paciente é bastante longo, o

apoio pedagógico prestado pelas pedagogas consiste em algumas vezes auxiliar nas tarefas enviadas pela escola regular da criança e em outras, na elaboração de atividades condizentes com a faixa etária das mesmas.

Como podemos levantar por meio da entrevista com a responsável pela sala pedagógica do Boldrine, assim que a criança dá entrada em hospitais que contam com esse trabalho a pedagoga responsável entra em contato com a escola regular do paciente que deverá encarregar-se de enviar as mesmas atividades que estão sendo trabalhadas na sala de aula que freqüentava o aluno internado.

Em seguida a pedagoga acompanha o aluno-paciente em suas tarefas, oferecendo todos os recursos pedagógicos que possua, de forma a auxiliá-lo e encorajá-lo a aprender. É muito importante nesse momento que tal profissional disponha de sensibilidade para compreender a fragilidade emocional da criança de forma a não obrigá-la jamais a fazer tarefas quando esta se encontra indisposta.

O trabalho em classe hospitalar não se resume a uma mera transposição de uma sala de aula regular para o hospital. Aprender e ensinar em um hospital possuem peculiaridades de tempo espaço e condições físicas, cognitivas e emocionais tanto de quem ensina como de quem aprende.

Em consenso com esta concepção encontramos a segunda corrente de pensamento, defendida pela professora da Universidade Estadual de Maringá, Regina Taam. Para Regina (1997) que se baseia nos pressupostos de Wallon (1879-1962), deve haver uma "pedagogia clínica" preocupada em trabalhar com as crianças hospitalizadas a partir dos vínculos afetivos, conhecimentos não necessariamente escolares mas que estimulem na recuperação da sua saúde.

Mais do que limitar-se a uma dessas duas correntes de pensamento ou maneiras de organizar o trabalho pedagógico em hospitais, o pedagogo deve ter

claro para si que é possível sim uma prática a partir da integração de ambas as formas descritas acima, sempre adequadas as especialidades do ambiente hospitalar.

A partir dessa perspectiva podemos considerar a diversidade de nomes pelos quais o trabalho pedagógico em hospitais é designado, como uma questão técnica. Classe hospitalar, sala de recreação, setor pedagógico, dentre outros nomes, pouco importam. O que importa na realidade é a prática que é desenvolvida nesses ambientes, sendo que a prática não pode preocupar-se em tão somente prestar apoio pedagógico mas sim em restaurar os vínculos afetivos da criança-paciente de forma a estimular a sua cura.

A pedagogia hospitalar, de forma abrangente, engloba todos os termos descritos acima, envolvendo a escolarização da criança que fica muito tempo internada e a adaptação desta a sua nova rotina e ao ambiente que passa a freqüentar. Dessa forma, o hospital não deixa de ser um espaço educativo em nenhum momento, sendo rico em situações de aprendizagem constantemente.

Segundo Fonseca (2001), muitas pessoas acreditam que quando o período de internação da criança é curto, o trabalho pedagógico no hospital não seria válido devido a sua brevidade. Tal premissa é falsa, posto que para a referida autora, estamos aprendendo constantemente em diversas situações de nossas vidas.

Outra função da classe hospitalar seria a de coibir a evasão escolar ao preparar a criança em seu período de internação para que retorne a rotina escolar sem grandes dificuldades quando deixar o hospital ou também para que seja matriculada no sistema regular de ensino caso ainda não o tenha feito.

Pra que a atuação pedagógica em hospitais ocorra de fato, é necessário que sejam revistas algumas questões, como por exemplo, a definição do campo educacional ao qual a educação hospitalar pertence.

Ainda não é bem definida a questão de a pedagogia hospitalar pertencer à educação especial ou à educação regular. Segundo Fonseca (2001) quando necessita desse tipo de atendimento devido à alguma patologia, a criança é portadora de necessidades especiais ( de acordo também com o documento de MEC/SEEP,1994); mas ao deixar o hospital volta a sua rotina de vida. É preciso que haja uma discussão entre a Secretaria de educação especial e a Secretaria de ensino regular quanto a tal questão com vistas a garantir novas políticas e diretrizes que realmente se adéquem a tal modalidade de ensino.

Outra questão a ser repensada é a disponibilização do espaço físico em hospitais para a execução do trabalho pedagógico. Sabemos que alguns hospitais (por serem mais antigos) foram planejados sem se pensar na necessidade de uma classe hospitalar ou uma sala de recreação/trabalho pedagógico.

Contudo, é de extrema importância que tais ambientes cedam espaços suficientes para o desenvolvimento de atividades pedagógicas com seus pacientes, sendo que essa cessão muitas vezes só surge a partir do convênio com secretarias e prefeituras.

O material pedagógico utilizado em classes hospitalares é fruto em sua maioria, de doações, como podemos observar em nosso trabalho de campo ao visitarmos os cinco hospitais descritos nessa pesquisa. A atuação comprometida do pedagogo demanda que ele esteja constantemente em busca de materiais diversificados e de qualidade para os pacientes-alunos.

Uma questão prática a ser observada é que os materiais utilizados nesse ambiente têm de ser diariamente higienizados com vistas a coibir a proliferação de bactérias que possam vir a contaminar os pacientes. As classes hospitalares / salas de recreação devem ser arejadas, espaçosas e de fácil acesso para aquelas crianças que, por exemplo, ficam constantemente com a veia puncionada ou que precisam ficar em macas ou cadeiras-de-rodas.

Nem sempre é possível, como constatamos na realidade observada em campo, mas as salas pedagógicas devem ser confortáveis e aconchegantes para seus freqüentadores de forma a tornar o período de internação menos traumático o possível; um espaço de rememoração do ambiente fora do hospital, assim deve se configurar uma classe hospitalar.

Adiante, falaremos mais especificamente sobre aquele que conduz o trabalho pedagógico em hospitais: o pedagogo.

#### **4.2 - Quem é o profissional da educação que se “atreve” a atuar em hospitais?**

Como explicitado anteriormente, o profissional da educação pode oferecer dois tipos de atendimentos em hospitais, segundo MATOS e MUGIATTI (2006), tanto a hospitalização escolarizada, que consiste no acompanhamento individualizado de cada paciente no que tange não somente sua escolarização, bem como todo seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além da classe hospitalar que atenta-se mais para a garantia da escolarização da criança durante seu período de internação.

Para SOUZA (2000) a atuação do pedagogo em hospitais deve ir muito além dessas duas conceituações. A intervenção pedagógica em tal ambiente segundo a

autora, deve buscar o aprimoramento das capacidades cognitivas da criança, além de propiciar o desenvolvimento bio-psicoemocional da mesma, com vistas a garantir seu retorno à escola de forma menos traumática o possível.

Parece fácil? Não é nada fácil, já que como em tantas outras profissões, a pedagogia hospitalar também possui certas características que exigem do profissional atuante um determinado jogo de cintura em sua prática. Lidar com a doença, com a morte, com uma família desestruturada e ainda construir sua identidade profissional em meio a um ambiente em sua maioria, composto por profissionais da saúde. Eis algumas das adversidades com as quais o pedagogo convive em um hospital.

Segundo ORTIZ (2000, p. 98), o profissional da educação que atua em hospitais deve

Aventurar-se no provisório, no risco. É preciso, pois saber dialogar com o ministério e ousar a (re) significação das interfaces do binômio saúde- educação, sinalizando o conhecimento como uma construção social e compartilhada de saberes para colocá-los a serviço da cidadania.

Concordo com a afirmação da autora no que diz respeito a prática do pedagogo hospitalar, que ao atuar neste tipo de ambiente lida constantemente com o improvável sendo preciso desenvolver assim um trabalho flexível e que se alie tanto ao âmbito da saúde quanto ao educacional.

Ainda são poucas as discussões e os cursos específicos de formação de profissionais para atuarem em hospitais, aliás até mesmo os documentos que regulamentam essa profissão são confusos.

Segundo a política da educação especial (Brasil, 2001) a pedagogia hospitalar deve ser um trabalho desenvolvido por professores de educação especial, com alunos que estejam hospitalizados e atendimento domiciliar, ou seja, atendimento educacional prestado no âmbito familiar. (Brasil, 2001, p.35)

No ano de 2002, o MEC (Brasil 2002, p.21,22), publicou outro documento só que desta vez afirmando que o professor que atua em hospitais “deverá ter formação pedagógica preferencialmente em educação especial em cursos de pedagogia ou licenciaturas”. (Brasil,2002 p.22), ou seja ampliou-se o campo de formação dos professores em hospitais.

Em um dos hospitais visitados para consecução da presente pesquisa encontramos uma pedagoga habilitada em educação especial. Segundo esta, tal habilitação não foi uma exigência para sua atuação em hospitais mais sim uma escolha pessoal.

Muitos pedagogos hospitalares tem práticas tradicionais fazendo do hospital uma cópia das escolas enquanto outros possuem estratégias criativas e lidam de forma dinâmica com a diversidade do ambiente. Será que a escolha por uma dessas práticas se deve ao tipo de formação de tal profissional?

Já nos referimos anteriormente ao levantamento feito por FONSECA em 1997 e 1998 que detectou 30 classes hospitalares em nosso país, contando com o trabalho de 59 profissionais (em média 4 por hospital), sendo destes 25% formados no magistério 44% com terceiro grau , 19% com pós graduação,1% PHD e 7% que não responderam a esta questão.

No ano de 2000, a mesma autora realiza novamente a pesquisa descrita acima. Desta vez ela obteve os seguintes dados: número de classes hospitalares 74. Professores atuantes em classes hospitalares: 140. Profissionais com formação superior em diversas áreas 34%, pedagogos 27%, profissionais com pós-graduação 21%.

Podemos observar o rápido avanço na expansão das classes hospitalares e na qualificação dos profissionais que atuam nestes ambientes, já que os que possuíam alguma pós em 1998 eram 19%, já em 2000 eram 21%.

Apesar da formação acadêmica desses profissionais, sabemos que estes se constituem verdadeiramente a partir de suas práticas, já que não existem cursos específicos nessa área, ou graduações que exijam disciplinas relativas ao tema em sua grade curricular.

Desde as primeiras pesquisas realizadas por Fonseca, as discussões em torno da pedagogia hospitalar só se apuraram. A formação e principalmente a atuação do professor em hospitais passou a ser repensada. Se antes a função deste profissional restringia-se a recreação ou acompanhamento escolar, atualmente ela não possui fronteiras.

Para FONTES (2005), o professor em um hospital deve estar disponível constantemente com o outro e para o outro de forma a ouvi-lo e escutá-lo mesmo quando este encontra-se em silêncio. A autora faz um resgate do termo escuta pedagógica, de Ceccim (1997), como uma maneira de se aprender, compreender e acolher as angústias e expectativas do paciente – aluno. Quem pratica a escuta pedagógica, atenta-se à gestos, expressões, ações e capta a subjetividade de cada pacientzinho que acompanha.

A escuta pedagógica baseia-se na construção de conhecimentos por meio da interação e do diálogo com vistas a garantir o desenvolvimento ininterrupto do paciente que agora se encontra no hospital. Fontes (2005) buscou em Wallon (1971) e Vygotsky apud OLIVEIRA(1995) pressupostos para defender uma hospitalização que propicie desenvolvimento e equilíbrio emocional.

Para Wallon (1971) a inteligência no ser humano alicerça-se na emoção e só se desenvolve por meio de interações sociais e da atividade emocional. Evidentemente, em uma criança hospitalizada a emoção encontra-se abalada, o que acaba por interferir em seu processo de aprendizagem e de percepção do real.

Já em Vygotsky (1995) encontramos o brinquedo como elemento propiciador de símbolos que transcendem a realidade e que por meio do faz de conta fazem a criança ser criança de verdade. Passamos a compreender também a concepção de linguagem como propulsora de interação e conseqüentemente do desenvolvimento. Por meio dessa perspectiva, ao brincar e interagir seja com o professor ou com outras pessoas no hospital, a criança estaria se desenvolvendo, criando vínculos e permanecendo em sua condição de criança, mesmo tendo sido retirada do ambiente onde vivia.

Quando privadas da interação com seu grupo social, crianças portadoras, ainda que momentaneamente, de necessidades especiais (como é o caso das crianças hospitalizadas) são impedidas de ter acesso a construção de conhecimento e de constituir sua própria subjetividade. (Fontes, 2005 p.12)

Nessa perspectiva a atuação do pedagogo hospitalar deveria contribuir para o resgate da subjetividade do paciente, da resignificação do espaço físico do hospital e das interações afetivos que se pode propiciar dentro deste.

Ceccim et al (1997), propõe que o pedagogo em um hospital além de atuar de forma a escutar os pacientes/alunos, deve conhecer o espaço físico e os funcionários do local onde trabalha para que saiba como proceder caso alguma criança passe mal em sua presença. É preciso também que este profissional conheça algumas patologias de forma a compreender o quadro clínico de seu aluno.

Para Fontes (2005), conhecer as principais doenças que são atendidas em seu ambiente de trabalho, faz com que o pedagogo possa conversar com a criança

e sua família de forma a orientá-los quanto à profilaxia a ser seguida, muitas vezes esquecida, estabilizando-a e confortando-a emocionalmente.

Quando é informada sobre a sua doença, a criança passa a perceber a realidade de maneira diferente, delineando-se como responsável ativa por seu processo de cura e sentindo-se valorizada por ser ouvida e poder ouvir.

Além de participar a criança acerca de seu tratamento, o pedagogo deve contribuir para a constituição da subjetividade do indivíduo partindo de três formas de atuação:

- Auxiliando a criança na construção de conhecimentos a partir das informações que esta tem acerca do hospital, de sua doença e de seu tratamento.
- Propiciando situações de aprendizagem significativas por meio do brincar.
- Fazendo acompanhamentos pedagógicos individualizados das crianças em idade escolar, sejam eles relacionados a escola regular destas ou não. Para Fontes (2005), o professor em hospitais deve atuar como uma ponte entre o hospital e a escola regular da criança que é compreendida por esta como um mundo saudável.

Outras formas interessantes de intervenção pedagógica hospitalar vão além das alas pediátricas dos hospitais. O pedagogo neste ambiente pode promover campanhas de incentivo à leitura dentre os pacientes e seus familiares, incentivar a alfabetização daqueles que ainda não lêem e principalmente desenvolver maneiras de auxiliá-los no seu processo de tratamento, já que muitos deles não conseguem ler e interpretar uma receita de forma adequada.

Independentemente da forma pela qual vai se dar a prática do pedagogo, este precisa ter em mente um planejamento flexível já que cotidianamente terá de lidar

com pacientes com idades diversificadas advindos de meios culturais, rotinas, realidade econômica e de escolas diferentes.

O planejamento por nós aqui é compreendido não como somente conteúdos programáticos a serem trabalhados mas sim, como atitudes, atividades, projetos que imbuídos pelo “feeling” dos pedagogos hospitalares norteiem o dia a dia dos pequenos pacientes.

SAGATIO (2003), defende a idéia de que devido à alta rotatividade e ao estado emocional dos pacientes, as atividades pedagógicas em hospitais devem ser iniciadas e concluídas no mesmo dia, além de atenderem a diversas faixas etárias e não serem repetidas, se possível.

Mesmo com tantas especificidades o pedagogo vem desenvolvendo a sua prática dentro de hospitais. Para MATOS e MUGIATTI (2006, p.46), tal prática

É própria de um saber e de uma profissão específicos, numa ação pedagógica que não se opõe nem se confunde com a ação e a finalidade que são co-naturais à medicina e ao ato médico.

O pedagogo que trabalha em hospitais não visa ser o herói, o responsável pela cura da criança, mas sim, aliado aos demais profissionais desse ambiente, juntar esforços para na medida do possível amenizar a dor e o sofrimento dos pequenos pacientes.

Aos profissionais da educação que se interessam por este novo campo de atuação resta buscar por vontade própria informações sobre esta área já que nas universidades não existem disciplinas que obrigatoriamente abordem o tema.

Compromisso profissional e força de vontade. Duas exigências básicas para que o professor se atreve a atuar em hospitais não desista da escolha e volte correndo para uma sala regular de ensino.

## **V - Sobre a prática vivenciada e as relações observadas em um hospital**

Como descrito no início deste trabalho, foram visitados cinco hospitais com vistas à conhecermos melhor a rotina do pedagogo hospitalar; em seguida, apenas um deles foi elencado para um estudo de caso mais aprofundado.

Foram feitas seis visitas ao hospital escolhido ao longo de um mês. A princípio, pretendíamos entrevistar a equipe de saúde da pediatria e até foi elaborado um questionário para tal fim (vide anexos na página 73); contudo, a pedagoga do hospital que se ofereceu para a realização das entrevistas, ao interpelar os possíveis entrevistados, recebeu respostas do tipo: "Não tenho tempo", "Não pode ser um questionário de xzinho?", "Ela não pode me mandar as perguntas por e-mail?". Senti-me um tanto quanto frustrada, afinal, a realização das entrevistas era muito importante para o meu trabalho.

Uma das pedagogas da sala de recreação me disse então, que achava muito difícil que eu conseguisse entrevistar os funcionários, já que ela que os conhecia há muito tempo não havia conseguido. Não desanimei! Percebi que era hora de focar ainda mais minhas observações.

Ainda me questiono sobre o porquê da dificuldade em responder ao meu questionário. Realmente falta tempo? Falta interesse? Houve desvalorização do meu trabalho de estagiária? Houve desvalorização do trabalho pedagógico ou ainda, todos esses fatores? Segui em frente, mesmo que com todas essas indagações.

Esse capítulo do meu Trabalho de conclusão de curso constitui-se assim como uma reflexão, um desabafo, um pensar alto ou como um diário de campo, no qual exponho minhas impressões e reflexões ao longo de um estudo de caso à luz das teorias analisadas.

Sempre chegava cedo ao hospital. A sala de recreação era aberta às 6:30, aproximadamente (quando a primeira das três pedagogas chegava ao hospital) e era fechada por volta das 17:00h por uma profissional da enfermagem; esperávamos os médicos, geralmente, fazerem as visitas matinais para só então irmos aos quartos, onde conversávamos com as crianças sobre a rotina do dia e informávamos os novos pacientes sobre as regras e procedimentos do hospital

Ao longo de minhas visitas, ajudei as pedagogas e as crianças a confeccionarem artesanatos, como um porta-guardanapos e desenhos feitos com tangram. Segundo as pedagogas, atividades desse tipo eram desenvolvidas na sala de recreação mas com uma certa dificuldade já que, os materiais para as mesmas eram escassos e ainda por cima tinham de ser divididos com a equipe de terapia ocupacional do hospital.

Descaso? Falta de incentivo por parte da administração? Uma das pedagogas me disse que "*O trabalho das pedagogas até é valorizado no hospital, só que entre medicamentos, um aparelho e materiais como cola, sulfite ou um brinquedo, a direção prioriza os dois primeiros*". Há os que condenam tal procedimento, há ainda aqueles que o defendam, afinal, como uma criança estuda, brinca sem não tem condições físicas para isso?

Fui muito bem recebida pelas pedagogas desse hospital; senti-me como uma integrante da equipe pedagógica da pediatria. À mim, foi dada total liberdade para interagir com os pacientes e ajudá-los quando necessário. Tive além do contato com as pedagogas, algumas trocas de palavras com os técnicos de enfermagem que sempre me cumprimentavam. Nada além. Já as pedagogas chegaram a me narrar que sempre que alguma criança ia passar por algum procedimento médico, os técnicos as requisitavam para acalmá-las. Pude observar tal situação, narrada por

mim em meu diário de campo anexado, justamente quando a veia de uma criança precisava ser puncionada e esta chorava muito. Eu desmaiei, mas pelo menos a enfermeira conseguiu “pegar” a veia da criança.

A equipe multidisciplinar da pediatria era composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e uma psicóloga (que eu encontrei apenas uma vez!). Atuavam ali, além das pedagogas, o setor de terapia ocupacional, porém não tenho notícias de que haja reuniões entre todos esses profissionais, ficando assim a prática de cada um desses setores muito fechada às contribuições dos demais profissionais.

Para CAMPOS *in* DYTZ et al (1997, p.75).

Um grupo de profissionais só se configura como uma equipe, quando opera de modo cooperativo, convergindo seus objetivos para uma dada situação, de forma a haver complementariedade e não soma ou justaposição.

Cada um dos profissionais do setor pediátrico do hospital em questão eram detentores de conhecimentos ao longo de seus estudos e da sua prática de trabalho compostos singularmente. Se houvesse uma atuação cooperativa como nos propôs CAMPOS (1992), saberes e experiências seriam unidos com vistas à melhor estadia dos pacientes e uma terapêutica mais eficiente.

Se houvesse conversa, diálogo entre todos os envolvidos não aconteceriam fatos como este que presenciei:

O caso de um garoto especificamente é interessante. Ele é uma criança que não parece criança mesmo tendo nove anos de idade. Ele estava super ansioso para uma operação no joelho, permanecendo em jejum. Infelizmente, através de exames os médicos averiguaram um pouco antes da cirurgia que esta não poderia ser realizada, já que a taxa de hemoglobina do menino estava muito baixa.

O menino ficou muito revoltado e disse à pedagoga “Se coloca no meu lugar! Você acha que tinham que ter feito esse exame antes de marcarem a cirurgia ou não?”. A pedagoga tentou acalmá-lo, explicando que os médicos só queriam o melhor para ele. O garoto acaba se acalmando um pouco, mas continua indignado com a situação.

Talvez se as pedagogas e os médicos trabalhassem conjuntamente a notícia que tanto decepcionou o paciente poderia ter sido melhor elaborada de forma a não causar tanto espanto e revolta no mesmo, que se sentiria amparado por estes profissionais.

Outro caso por mim presenciado ocorreu quando várias crianças estavam na sala de recreação confeccionando palhacinhos em papel cartão e jogando vídeo-game; uma técnica em enfermagem entrou na sala e chamou uma criança para trocar o curativo de uma cirurgia que havia feito na barriga. A menina toda empolgada diz: “Posso levar o palhaço pra terminar lá?”. A enfermeira então responde: “ Ah Não! Vai que ele cai aonde vou fazer o curativo? Deixe ele aí que já, já você volta”. A menina com um ar um tanto quanto triste se levanta e segue a técnica.

Como podemos perceber, essa profissional não facilitou em nada o procedimento que ia fazer com a garota. Pelo contrário, acabou gerando na mesma uma situação de stress e medo que poderia ocasionar traumas e aumentar ainda mais a sua antipatia pelo ambiente hospitalar. Não quero aqui culpabilizar a funcionária e nem acredito que ela seja responsável única e exclusivamente por tal situação.

Penso que a distinção que muitos profissionais da saúde ainda fazem entre o prazer e os procedimentos médicos se deva à visão da criança não de forma integral

mas sim, como um todo biológico, onde apenas seu funcionamento corporal importa; se este paciente fosse considerado em sua integralidade, como um todo biopsicosocial a menina não seria proibida de levar consigo o palhaço e mais situações como a que descrevo abaixo poderiam ser evitadas.

Em uma das minhas visitas ao hospital, após passar pelos leitos, vou com uma das pedagogas à sala dos médicos, onde esta procura nas pastas dos pacientes anotações do histórico social de cada um deles. Após muito procurar essa me diz: "Que estranho! Acho que os médicos não estão mais anotando o histórico social das crianças... não encontrei nenhum até agora!". Ela me explica que nesses dados devem conter informações sobre as condições de vida da criança, sobre sua família e outros dados importantes que podem influenciar nas condições de vida/saúde da mesma.

Como compreender um paciente, diagnosticar sua doença e prescrever-lhe um tratamento se nem mesmo conhecemos o modo de vida do mesmo? Como tratar do aspecto biológico de um paciente se este vai continuar sofrendo dos males sociais aos quais é submetido diariamente, como a falta de escolarização, a falta de alimentos e a miséria?

Se a doença, portanto, se mostra multifatorial, não é justo que se realize um atendimento meramente físico, assim atentando apenas para o mais evidente, perturbador e residual, descartando os demais aspectos, igualmente importantes, que contribuíram para a sua instalação e, seguramente, contribuirão para a sua recidiva, se não forem devidamente solucionados". (MATTOS e MUGIATTI, 2006, P.20-21.).

Eis aqui, um apelo para que os profissionais que atuam em hospitais, principalmente com crianças, lancem mão de sua sensibilidade de forma a escutá-las integralmente e não apenas em sua doença. Tal procedimento pode até não

acabar com os problemas na vida da criança e de sua família mas com certeza facilitará na terapêutica da mesma e diminuirá o risco de reincidência da doença.

Foram ao todo seis visitas ao hospital selecionado. As experiências adquiridas são incontáveis. A compreensão de que muitas coisas têm de mudar tornou-se concreta, afinal, a humanização do atendimento em saúde não pode reduzir-se apenas aos discursos moralistas. A indignação quanto à desvalorização que os profissionais da educação sofrem nesse ambiente cresceu dentro de mim. Saber que muitas crianças ainda são vistas apenas como um organismo a ser tratado doeu muito.

Porém, pude constatar que o compromisso profissional e político das pessoas muitas vezes muda as situações; o pedagogo hospitalar abre mão da “convenção” que seria lecionar em uma sala de aula regular para passar a conviver com a morte, cara-a-cara, diariamente.

Tenho certeza de que as relações estabelecidas no interior de uma pediatria, necessitam de serem repensadas e repensadas conjuntamente, por todos aqueles envolvidos no processo de cura do paciente; só assim, o hospital deixará de ser um espaço frio, cheio de bactérias e dor para a passar a ser o caminho para a cura ou a felicidade integral de seus pacientes com vistas à integração social dos mesmos.

## **VI- Considerações iniciais quanto à pedagogia hospitalar**

Foram tantos os caminhos percorridos até a conclusão dessa pesquisa. Cada momento singular, novos desafios, tantos medos, tantas alegrias. Sempre gostei muito da área da saúde, mas a força do destino e por aconselhamento dos meus pais, acabei optando pela pedagogia.

Minha irmã também pedagoga, me disse que uma amiga da faculdade faria um trabalho de conclusão de curso sobre classe hospitalar. Gostei do tema logo de cara, mesmo sem conhecê-lo a fundo e ao entrar para o curso de pedagogia, já tinha em mente o assunto em que iria me aprofundar.

No segundo semestre do curso, em uma disciplina de Filosofia, foi que tive o momento decisivo, que levaria à elaboração do presente trabalho. Fomos convidados a desenvolver uma mini-monografia sobre um tema à nossa escolha (relacionado à educação), sendo que teríamos de ir à campo para a elaboração do mesmo.

Sem hesitar, escolhi pelo tema Classe hospitalar, ainda com uma visão um tanto quanto escolarizada da atuação do pedagogo em um hospital. Fiz um estágio de três meses na pediatria do Hospital das Clínicas da Unicamp e logo pude perceber que a intervenção pedagógica naquele ambiente era muito mais do que uma mera justaposição de uma sala de aula.

Tirei dez em meu trabalho final da disciplina e decidi então tentar uma iniciação científica que demorou a ser aprovada e quando o foi, eu não pude desenvolvê-la, já que havia ingressado em um cargo público.

No meu terceiro ano de faculdade, deixei de lado minha curiosidade sobre o trabalho pedagógico rodeado de seringas, soro, remédios... A educação formal passou a ser meu foco naquele momento.

Quarto ano de faculdade. Reta final do curso. Monografia a ser feita. Eu realmente possuía algumas inquietações advindas na minha prática na educação infantil, mas nada que me tocasse tanto como a pedagogia hospitalar.

Resolvi então retomar as leituras, o projeto e todas as minhas experiências com crianças em hospitais. Dessa vez conheci diversas instituições, para só depois me fixar em apenas uma delas. Foram muitos os pedagogos conhecidos, muitas crianças observadas e algum conhecimento abstraído. Emoções muitas, sentidas e vividas.

Pude conhecer crianças internadas por uma simples pneumonia, enquanto outras ficavam por longos períodos no hospital com osteomelite, ou ainda fazendo hemodiálise. Nem sempre tive momentos alegres, como quando visitei a UTI pediátrica de um dos hospitais. Quanta dor e sofrimento havia ali. Aliás, acredito que seja assim que se constitua a prática pedagógica em um hospital. Nem só de momentos bons, nem ruins. Para atuar em tal ambiente, o professor deve estar bem preparado psicológico e emocionalmente; deve ser o *pastor da alegria*, citado por Rubem Alves (1994, p.19).

A criança, seja por qualquer tipo de doença, internada, encontra-se abalada, com medo, deprimida, com quadros de gritos, de choro. Nós, pedagogos, segundo ORTYS, (1999, p.63), devemos acima de tudo, levar "magia" para dentro do hospital e por meio da fantasia e do brincar, resgatar em nossos pacientes a auto-estima, a vontade de viver, a autoconfiança, a capacidade de interagir com o outro e o sorriso involuntário.

Não pretendo aqui “pintar de rosa” a prática pedagógica em hospitais ou ainda “santificar” o pedagogo desse ambiente. Pelo contrário, como eu já disse, em minhas andanças pelas pediatrias já vi muitos momentos ruins como quando uma garota ansiosa pela alta (já estava internada há dois meses) e descobriu que teria de ficar no hospital por pelo menos mais um mês.

Meu objetivo nesse trabalho foi justamente o de conhecer a real prática do pedagogo hospitalar em suas dores e delícias e defender assim a atuação do mesmo em ambientes diferentes do tradicionalmente escolar.

Se nem mesmo a criança e o adolescente sadios são bem atendidos educacionalmente, quem dirá aqueles hospitalizados, que estão às margens da condição de “normais” imposta pela sociedade.

As crianças com as quais convivi em alguns hospitais visitados eram excluídas. Excluídas por estarem doentes, por serem pobres, por não habitarem em bairros nobres... Tudo graças à senhora (ex)inclusão social.

Cada vez que confirmei a situação acima descrita, pude criar fôlego para pesquisar e divulgar ainda mais a importância do trabalho pedagógico em um hospital, com vistas a resgatar a identidade e a auto-estima dos pacientes-alunos atendidos por esse serviço.

Ao longo de todo esse trabalho, procurei defender a relevância de novas pesquisas na área da pedagogia hospitalar, bem como a criação de disciplinas relativas ao tema nos cursos de graduação em pedagogia. Ambas as ações seriam propulsoras de debates que melhor situariam a pedagogia hospitalar como um ramo da educação especial ou da educação regular, além de quem sabe, incentivar aos hospitais a melhor se preparem e valorizarem a atuação do pedagogo em sua equipe multiprofissional.

Faço minha, a garra de MATOS e MUGIATTI (2006, p.163) ao afirmarem que

A proposta da pedagogia hospitalar proporciona-se nessas condições, entre outros, em situação de vanguarda, desfraldando uma bandeira de luta, na busca de maiores e melhores benefícios para o escolar hospitalizado (...).

Dificuldades sempre surgirão, ainda mais em um campo recente de atuação, porém, o pedagogo hospitalar, mais do que nunca tem de ter compromisso com sua prática e enfrentar as adversidades que cotidianamente terá de conviver.

Ao longo de minhas visitas aos hospitais, pude perceber que a prática pedagógica em pediatrias é bastante peculiar, o que me faz concordar com PARÉ (1977) in VASCONCELOS (2006, p.5) em suas recomendações ao pedagogo hospitalar, que deve sempre:

- Estar à escuta das crianças;
- Considerá-las o centro do trabalho, não a doença;
- Mostrar autenticidade e autoconfiança no contato com os parentes;
- Ser flexível a fim de engajar na criança o processo de resiliência;
- Não temer fracassos eventuais, como a morte de uma criança;
- Adaptar-se à realidade ambiental do trabalho;
- Estar aberto às oscilações de humor dos pacientes;
- Ser disponível e espontâneo.

Não queremos apresentar aqui uma cartilha a ser seguida pelo pedagogo; nem que o fizéssemos ela seria impossível de ser colocada em prática devido à grande singularidade da rotina de uma pediatria. O que pretendemos é chamar aos senhores leitores sejam atuantes em hospitais, sejam estudantes ou não, à olharem para a criança hospitalizada não como uma coitada, mas sim como um indivíduo cheio de potencialidades que não deixam de ser desenvolvíveis mesmo quando estas estão internadas. Vemos o pedagogo hospitalar não como um "santo", mas

como um profissional que faz da emoção, da reflexão e do compromisso ético três constantes em sua prática.

Há algumas semanas atrás fui abordada por uma aluna do segundo ano de pedagogia que através de um amigo em comum, soube que eu desenvolvía o presente trabalho. Ela que nunca havia ouvido falar sobre a pedagogia hospitalar, adorou o meu assunto e veio me indagar sobre ele para uma possível iniciação científica.

Senti-me honrada e realizada. Conseguir divulgar a atuação pedagógica em hospitais pode ser um pequeno começo para que discussões, reflexões e reformulações nessa área sejam feitas por estudante de pedagogia, como eu, por professores e, quem sabe, por parte das autoridades desse país.

Já diria o poeta "Tudo vale a Pena se a Alma não é pequena". Vale a pena arriscar. Inovar. Rir. Chorar. Fugir de uma sala de aula convencional.

## VII-Cronograma

|  | Ano- 2007<br>MESES |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|--|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| ATIVIDADES   | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Estudo aprofundado da bibliografia proposta  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Visita aos hospitais elencados e entrevista com seus respectivos pedagogos além de entrevistas com especialistas em pedagogia hospitalar.                                      |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Observação do cotidiano da classe hospitalar escolhida para o estudo de caso e aplicação de entrevistas com o pedagogo.  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Trabalho com os dados colhidos baseado em uma revisão bibliográfica e nas experiências vivenciadas <i>in locus</i> , a partir da análise das entrevistas e do diário de campo. |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Preparação do relatório final.   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |

## **VIII- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

AJURIAGUERRA, J. de. **Manual de Psiquiatria Infantil**. Espanha, Toray-Masson, 1977.

ALVES, Rubem. **Estórias de quem gosta de ensinar**.6ª ed. São Paulo: Cortez,1987.

BARROS, Alessandra S. **A prática pedagógica em uma enfermaria pediátrica: contribuições da classe hospitalar à inclusão desse alunado**. Revista brasileira de Educação, n.12:1999.

BRASIL. **Leis, decretos. Lei nº 9.394, de 20.12.96**. Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB).

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria da Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial**. Brasília, MEC: SEESP,1994. 66p.Livro 1.

BRASIL, **Direitos da criança e do adolescente hospitalizados**. Resolução n 41 de 13/10/1995. Brasília: Imprensa Oficial,1995.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer sobre diretrizes curriculares para Educação Especial**. Conselho Nacional de Educação. Disponível em <http://www.mec.gov.br> . Acesso em 14/02/2007.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações**. Brasília: MEC; SEESP,2002.

BEVERLY,B. **The effect of illness upon emotional development**. J. Pediatr.,v.8,p.533-43,1936.

BOLWBY, J. **Maternal care and mental health**. New York, Shocken Books,1996.

BROFENBRENNER, U. **The ecology of human development**. Cambridge: Havard University Press,1979.

CAMPOS, M.A. **O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica**. J. BRAS.PSIQ.,v.41,nº 6,p.255-257. 1992.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação: a Ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 1985.

CARVALHO, R.E. TELLES, M.F.C. **Políticas públicas e Classe Hospitalar**. In: Atendimento Escolar Hospitalar. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2000, p.19-24

CECCIM, Ricardo B. CARVALHO, Paulo R. **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Ed UFRGS, 1997.

COLLARES, Cecília e MOYSÉS, M.A. **A Educação ou saúde? educação X saúde? Educação e saúde!**. Caderno CEDES, Campinas, SP, n.15,1993.

CONANDA. **Conselho Nacional do Direitos da Criança e do adolescente**. Disponível em <http://www.rebidia.org.br/fr legis.html>. acessado em 15/08/2007.

DERSHAIES, Bruno. **Metodologia da pesquisa em ciências humanas**, Col. Epistemologia e sociedade. Lisboa: Instituto Piaget,1992.

DIAS, Tarcia R. S., DENARI, Fátima E.,KUBO, Olga M.(orgs). **Temas em educação especial 2**, São Carlos, SP: UFSCAR, CNPQ, FAPESP, MEC,1993.

DYTZ, Jane L., BENZONI, Selma A.,PAYNO, Sheila M. **O trabalho multiprofissional na assistência à criança hospitalizada: uma prática fragmentada ou integrada?** ACTA Paul. Enf. São Paulo, V. 10. n.1 p. 45-78;1997.

FERREIRA FILHA, M. de O. **Trabalho Multiprofissional na assistência ambulatorial na saúde mental**. João Pessoa, 1994. Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

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

FONSECA, Eneida S. **Atendimento pedagógico educacional de bebês especiais no ambiente hospitalar**. Temas sobre desenvolvimento, V.9,n.49,2000.

FONSECA, Eneida S. **Atendimento pedagógico educacional para crianças e jovens hospitalizados**; Realidade nacional. Brasília: MEC, INEP, 1999.

FONSECA, Eneida S., CECCIM, Ricardo B. **Atendimento pedagógico educacional hospitalar: promoção do desenvolvimento psíquico e cognitivo da criança hospitalizada.** Temas sobre desenvolvimento. V. 7, N. 42, 1999 (a).

FONSECA, Eneida S. "**Muito mais forte que a doença: professora ajuda crianças e jovens internados em hospitais a continuar seus estudos**". Revista Nova Escola, seção depoimentos, ano XIV, n.120, março 1999 (b).

FONSECA, Eneida S. (1998a) **Atendimento pedagógico-educacional para crianças e jovens hospitalizados: realidade nacional.** Painel apresentado na 50ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. 12 à 17 de julho de 1998. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

FONSECA, Eneida S (1998b) **Hospital Municipal Jesus: contribuição à história da pedagogia hospitalar.** Tema livre apresentado na Jornada Científica Comemorativa do 63º Aniversário do Hospital Municipal Jesus. 27 à 31 de julho de 1998. Rio de Janeiro: Centro de Estudos do Hospital Municipal Jesus.

FONTES, Rejane de S. **A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital.** Rev. Bras. Educ.nº. 29. Rio de Janeiro. Maio-agosto 2005. p 1-25.

GAUDERER, Christian E. **Os direitos do paciente- Um manual de sobrevivência.** São Paulo: ed. RECORD. 5ª edição.

GONZÁLES-SIMANCAS, J.L; POLAINO-TORRENTE,A. **A pedagogia Hospitalaria: Actividad Educativas em ambientes clínicos.** Narcea: S.A. Ediciones Madrid, 1990.

HOLLAND, J. SKINNER, B. F. **A análise do comportamento.** São Paulo: Herder e EDUSP, 1969.

LIMA, Regina A. G. ROCHA, Semiramis M. SCOCHI, Carmem G. **Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais.** Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto. V.7, n.2,p.33-39, abril, 1999.

LINDIQUIST, Ivonny. **Criança no hospital.** São Paulo: Ed. Scrita, 1996.

LÜDKE, Menga. **Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

MASLOW, Abraham. **Motivation and Personality**. New York: Harper & Row, 1970.

MATTOS Elizete Lúcia Moreira, MUGIATTI, Margarida Maria Teixeira de Freitas. **Pedagogia hospitalar: a humanização integrando educação e saúde**. Rio de Janeiro: VOZES, 2006.

MAZOTTA, Marcos. J. S. **Educação especial no Brasil: História e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2001.

MEDINA, Luciana Borges. **Hospitalização em pediatria e as situações de aprendizagem da criança: percepções da equipe de saúde em uma unidade hemato-oncológica de um hospital universitário**. Boletim de Saúde, v.15, n.1: Centro Universitário Franciscano. Rio Grande do Sul, 2001.

MERHY, Emerson Elias . **Planejamento em Saúde como Tecnologia de Gestão: Tendências e Debate No Brasil**. In: Edmundo Gallo. (Org.). RAZÃO E PLANEJAMENTO. SÃO PAULO: HUCITEC, 1995, v. , p. 117-154.

MOTA, C. H. Princípio 7. In SANTOS, L; JORGE, A; ANTUNES,I. **Carta da criança hospitalizada: Comentários**. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, Caderno I, Novembro,2000,p.59-60.

OLIVEIRA, Marta Kohl. **Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento, um processo sóciohistórico** (2a.ed.). São Paulo: Scipione, 1995.

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

ORTIZ, Leodi C. M. **Ensinando a alegria à classe hospitalar**. Vydia, Saúde, Educação e Meio ambiente. Centro Universitário Franciscano. São Paulo,p.7, julho-dezembro, 1999.

PARÉ, André. **Créativité et pédagogie ouverte: organization de la classe et intervention pédagogique**. Vol III. Québec: NHP, 1977.

PAULA, Ercília M. A. Teixeira de. **A educação como proteção integral para crianças e adolescentes hospitalizados**. Disponível em <http://www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 15/08/2008.

PIAGET, Jean. **Aprendizagem e Conhecimento**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1979.

RIBEIRO, Maria J. **Atendimento à criança hospitalizada: um estudo sobre serviço recreativo- educacional em enfermaria pediátrica.** Campinas. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação- Universidade Estadual de Campinas, SP. 1993.161p.

SILVA, Augusto Santos, PINTO, José Madureira. **Metodologia das ciências sociais.** Edições Afrontamento, 1986.

SILVA, Juliana M. da. **Atendimento pedagógico em Classe Hospitalar: um estudo de caso no HC da UNICAMP.** Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Trabalho de conclusão de curso. SP. 2002.

SIMONTON, Stephanie Matheus. **A Família e a Cura. O método do Simonton para famílias que enfrentam uma doença.** Tradução: COSTA, Heloísa. Summus, São Paulo, 1990

SPITZ, René, **O primeiro ano de vida.** São Paulo: Martins Fontes, 1993.

SOUZA, Sônia Maria Colli de. **Psicopedagogia hospitalar: em busca de uma identidade metodológica.** Trabalho apresentado no Congresso Internacional de Psicopedagogia, São Paulo, 2000.

TAAM, Regina. **Educação em enfermarias pediátricas.** Ciência Hoje, Rio de Janeiro, v.23, nº. 133, p.74-75. 1997.

VASCONCELOS, Sandra Maria Farias. **Intervenção escolar em hospitais para crianças internadas: a formação alternativa re-socializadora.** I Congresso de Pedagogia Social. 2006.

WALLON, Henri: **Uma Concepção Dialética do Desenvolvimento Infantil.** Izabel Galvão, 132 págs., Ed. Vozes. SP. 1998.

WATSON, John Broadus. **O comportamentalismo.** In HERRNSTEIN, R. J. e BORING, E. G. *Textos básicos de história da psicologia.* São Paulo: Herder e EDUSP, 1971. p. 626-636.

## IX-ANEXOS

## **Anexo I.**

### Roteiro de entrevista com um pedagogo atuante em um hospital

1. Qual o seu nome?
2. Qual a sua idade? Ano de formação? Tempo de experiência no campo da pedagogia hospitalar?
3. Qual a sua formação acadêmica?
4. Quais os caminhos que o trouxeram a trabalhar como pedagogo em classe hospitalar? Opções, motivações, influências recebidas.
5. Quais as facilidades/ dificuldades você encontra para atuar como pedagogo hospitalar?
6. Como você vê a sua profissão no atual mercado de trabalho?
7. Quais as suas expectativas quanto ao seu futuro profissional?
8. Você gostaria de fazer algum comentário, alguma colocação, pergunta que ainda não tenha falado?

## **Anexo II.**

### Roteiro de entrevista com especialistas na área de pedagogia hospitalar

1. Qual seu nome, sua idade e seu tempo de formação?
2. Qual a sua trajetória acadêmica?
3. Como se dá (deu) o seu contato com a pedagogia hospitalar?
4. Como você compreende a atuação do pedagogo no ambiente hospitalar?
5. Como você vê a profissão de pedagogo hospitalar no atual mercado de trabalho?
6. Você teria referências bibliográficas para indicar-nos com relação ao tema? Conhece algum profissional que atue nesta área e possa contribuir para a idealização desta pesquisa?
7. Existe algum comentário, sugestão ou colocação que você queira fazer?

## Anexo III



Venho solicitar sua importante colaboração para a realização do meu Trabalho de conclusão de curso intitulado: “Pedagogia Hospitalar: Novos desafios para a atuação do pedagogo” e que está sendo desenvolvido na Faculdade de Educação da UNICAMP sob orientação do professor Sílvio Sanches Gamboa.

Os dados do questionário serão de uso exclusivo da investigação. A identidade dos participantes será preservada e as opiniões expressas serão respeitadas.

Grata pela compreensão e colaboração,

Igeany Araújo. (gypedago@yahoo.com.br)

- 
1. Qual sua profissão?
  2. Quanto tempo tem de formado?
  3. Há quantos anos você atua neste hospital? E nessa pediatria?
  4. A partir de suas vivências, do seu dia-a-dia, relate a maneira como se dá a sua interação com as pedagogas aqui na ala pediátrica.
  5. Você tem alguma experiência, algum fato que tenha ocorrido na sua prática de trabalho aqui nesse hospital e que envolva a atuação das pedagogas?
  6. Enquanto fazia os processos essenciais com suas crianças-pacientes você vivenciou algum fato relacionado com as pedagogas que acha interessante ser lembrado?
  7. Em todos esses anos de profissão, como foi se “desenhando” o seu trabalho junto aos profissionais de diferentes áreas no hospital?

8. **Por favor, narre como se dá na sua rotina de trabalho o seu contato com outros profissionais de diferentes áreas.**
  
9. **O Senhor tem algum fato que tenha ocorrido ao longo da sua carreira que confirme a inserção ou não do pedagogo na equipe de saúde?**
  
10. **O Senhor já passou por uma por alguma situação que evidencie ou negue a contribuição do pedagogo para o processo de cura de seus pacientes? Se sim, qual?**

## Anexo IV

### Diário de campo

**Data da observação: 14/05/2007**

Chego ao hospital às 7h40min, informo aos guardas que sou estagiária da pediatria e me dirijo à este local. Está tudo muito tranquilo. Nenhuma criança pelos corredores.

Na “Sala de Recreação” (SR), estão realizando um terminal de limpeza, dirijo-me á um das funcionárias e pergunto pelas pedagogas. Ela me informa que estas deveriam estar no grupo de oração dos funcionários, na sala de reuniões. Pergunto onde fica tal sala e me dirijo até ela.

Chegando lá,observo uma dez pessoas de mãos dadas,cantando uma canção. Avisto uma das pedagogas entre essas pessoas mas fico sem jeito de entrar e participar da reunião mesmo tendo sido convidada em minha primeira visita ao hospital pela pedagoga que lá estava.

Sento-me em um banco próximo a sala e espero até às 8h10min, quando a reunião acaba.a pedagoga sai da sala e me recebe prontamente. Caminhamos até a pediatria onde a outra pedagoga nos aguarda. Permaneço no local enquanto as duas conversam.

A sala é bem pequena, cheia de armários com livros e brinquedos. Há também dias mesinhas com algumas cadeiras pequenas e uma mesa grande das pedagogas. Observo ainda um minúsculo banheiro de uso das funcionárias que serve também para que estas guardem materiais pedagógicos. A pediatria possui seis quartos com vinte leitos no total. O hospital parece ser bem limpo mas suas instalações ainda são um pouco precárias.

Uma das pedagogas me convida para passarmos nos quartos. Ela me apresenta como integrante da equipe de recreação e pergunta às mães se elas estão bem e se querem mais brinquedos para os filhos.

Após a vista, voltamos para a SR, onde sou convidada pela outra pedagoga a ajuda-la a colar palitos para a confecção de um porta-guardanapos que seria feito com as mães e as crianças( enquanto eu ajudava nenhuma criança entrou na SR). Fico aproximadamente uns quarenta minutos ajudando-a nessa tarefa, até que os palitos acabam e vamos ao almoxarifado do hospital buscar mais palitos. No caminho, a pedagoga me relata a dificuldade em à materiais para a sala já que estes têm de ser divididos com o setor de terapia ocupacional do hospital.

Voltamos para a SR, onde ajudo-a mais um pouco e despeço-me às 11h10min.

#### **Data da observação 16/05/2007**

Chego ao hospital um pouco mais tarde dessa vez; já são 8h20min e passando em frente aos quartos observo uma grande agitação: Os médicos estão fazendo as primeiras visitas do dia. Dirijo-me à SR, onde as duas pedagogas me recebem e relatam que estão esperando o término da visita médica para poderem passar nos quartos. Enquanto isso, ambas organizam a sala que havia passado destrancada de uma noite para a outra (já que o pessoal da enfermagem esquecera de trancá-la) e por isso estava muito bagunçada.

Nesse dia, oito pacientes estavam internados, sendo seis bebês( todos com problemas respiratórios), uma menina de nove anos internada há dez dias pois havia operado o joelho e um garoto de dez anos que aguardava sua vez de fazer exames.

Como de costume, passamos nos quartos entregando as normas da pediatria e verificando como as crianças estavam. Uma vózinha me diz que sua neta estava de alta e que ambas queriam terminar de fazer um móbile que começaram no dia anterior e ainda não haviam acabado. Vou até a SR, pego os materiais necessários e levo até a senhora; ajudo-a e depois volto para a SR.

A pedido de uma das pedagogas, volto ao mesmo quarto só que dessa vez para ajudar a uma menina a terminar seu móbile; já haviam me informado de que a garota não era de muita conversa, mas com jeitinho, ela me deixou ajudá-la, mesmo sem quase nem falar, apenas sorrindo.

Enquanto eu ajudava a menina, uma técnica de enfermagem foi trocar seu curativo e sem dirigir nenhuma palavra à mim, ela apenas pediu à paciente que tirasse o vidro de cola da sua mão para que sua veia fosse verificada.

Após o procedimento, ajudei a garota a terminar o móbile. Às 11:05 fui embora.

#### **Data da observação 21/05/2007**

Cheguei ao hospital às 8h10min, as pedagogas ainda não estão na SR. aguardo alguns minutos até que elas chegam. A primeira coisa que fazem é organizar a sala, enquanto novamente, esperam os médicos acabarem as visitas. Vou com um das pedagogas buscar uma garrafa de café na cozinha do hospital; ao voltarmos começamos as vistas aos leitos onde estavam quatro bebês, a mesma menina da observação anterior, um garoto de dez anos que caíra de bicicleta e ia operar o joelho além de um outro garoto que havia sido atropelado e iria operar a perna.

O caso do primeiro garoto é bastante interessante. Ele é uma criança que não parece criança mesmo tendo nove anos de idade. Estava super ansioso para uma operação no joelho, permanecendo em jejum. Infelizmente, através dos exames os médicos averiguaram um pouco antes da cirurgia que esta não poderia ser realizada, já que a taxa de hemoglobina do menino estava muito baixa.

O garoto ficou muito revoltado e disse à pedagoga "Se coloca no meu lugar! Você acha que tinham que ter feito esse exame antes de marcarem a cirurgia ou não?". A pedagoga tentou acalmá-lo, explicando que os médicos só queriam o melhor para ele. O menino acaba se acalmando um pouco, mas continua indignado com a situação.

Vou até a menina que já estava internada há um bom tempo e pergunto-lhe se ela havia terminado as lições. Como estava assistindo desenho, a garota apenas balançou positivamente a cabeça. Percebi que ela não estava muito disposta naquele dia, mas disse que qualquer coisa era só me chamar e voltei para a SR, onde ajudo uma das pedagogas a riscar e cortar vários moldes para a confecção de tangrans.

Vou embora às 10h55min.

#### **Data da observação 23/05/2007**

Como de costume, chego ao hospital em torno da 8h15min. Permaneço na SR com as pedagogas por uns quinze minutos, enquanto essas discutem o estado de saúde de um paciente. Vamos para os quartos. Os pacientes são os mesmos da 4ª feira, deram entrada apenas dois bebês com problemas respiratórios.

As pedagogas entregam as normas da pediatria e conversam de forma entusiástica com os demais pacientes: “Oi meninas, tudo bem? Vamos fazer lição hoje? Bom dia meninos! Depois vocês vão lá na sala pra jogar vídeo game ta?”

Os pacientes estavam animados e logo encheram a sala de recreação confeccionando palhacinhos em papel cartão e jogando vídeo-game; uma técnica em enfermagem entrou na sala e chamou uma criança para trocar o curativo de uma cirurgia que havia feito na barriga. A menina toda empolgada diz: “Posso levar o palhaço pra terminar lá?”, a enfermeira então “responde:” Ah Não! Vai que ele cai aonde vou fazer o curativo? Deixe ele aí que já, já você volta”. A menina com um ar um tanto quanto triste se levanta e segue a técnica.

Uma das pedagogas me pede para ajudá-la a riscar mais moldes para as crianças fazerem tangrans. Fico bastante tempo nessa atividade, enquanto algumas crianças jogam vídeo game e outras pintam. Vou embora às 11h00min.

#### **Data da observação 30/05/2007**

Chego ao hospital às 7h50min. Vou à SR onde está acontecendo um terminal de limpeza. Vou até a sala de reuniões onde aguardo o término do grupo de oração. Quando isso ocorre, a pedagoga me recebe prontamente e me apresenta à coordenadora do banco de sangue, com quem conversamos por alguns minutos.

Em seguida vamos pegar a garrafa de café da SR, onde já nos aguarda a segunda pedagoga. Conversamos por algum tempo sobre as notícias que passam na televisão e em seguida vamos para os quartos.

Encontramos então três bebês dormindo e logo cedo, dois pacientes jogando vídeo game fervorosamente. As pedagogas perguntam como estes estão e dizem que quando eles quiserem podem ir à SR brincar. Encontramos também uma

menininha de dez anos, penteando os cabelos que nos disse toda animada que logo iria para a salinha brincar.

Após passar pelos leitos, vou com uma das pedagogas à sala dos médicos, onde esta procura nas pastas dos pacientes anotações do histórico social de cada um deles. Após muito procurar essa me diz: "Que estranho! Acho que os médicos não estão mais anotando o histórico social das crianças... não encontrei nenhum até agora!". Ela me explica que nesses dados devem conter informações sobre as condições de vida da criança, sobre sua família e outros dados importantes que podem influenciar nas condições de vida/saúde da mesma. Sem encontrar o que queríamos, vamos à cozinha buscar a famosa garrafa de café.

Ao voltarmos, a outra pedagoga nos espera e logo me pede para ajudá-la novamente com os tangrans. Enquanto isso uma menininha três anos brinca com a mãe em um cavalinho até ser chamada pela médica para ser examinada. A mãe da paciente pergunta à doutora se pode levar o brinquedo. Esta responde que não, já que a menina iria ter uma medicação na veia. As três se dirigem para o quarto e da SR consigo ouvir a menininha gritando: "Dói, dói, dói....".

Fico fazendo tangrans até às 10h45min, quando vou embora.

#### **Data da observação 01/06/2007**

A observação de um hoje foi um tanto quanto esquisita. Cheguei ao hospital às 7h45min. Dirigi-me à SR, onde permaneci conversando com as pedagogas por um bom tempo. Enquanto isso, uma menininha de cinco anos, muito ativa e falante ficou próxima a mim, brincando, andando de motoca, balançando. Como sua mãe havia ido para casa ela ficava na SR o tempo todo.

Fui então para a visita aos quartos. Tudo normal. O de sempre. Alguns bebês, explicação das normas e conversas sobre a rotina. Voltei para a SR, onde brinquei

mais um pouco com a tal garota, que teve de voltar para o quarto ao ser chamada pela enfermeira para ser medicada.

Decido acompanhá-la. A enfermeira tenta injetar o remédio na veia da paciente, que já estava puncionada. Como a menina era muito "serelepe", segundo a enfermeira, a veia não estava mais boa e teria de ser furada novamente. Eu que estava ao lado da menina, acostumada a ver os casos mais tristes de doenças e anomalias em crianças, segurei a mão da pobre, que começou a gritar muito.

A enfermeira, percebia-se, estava nervosa e não conseguia pegar a veia da menina. As outras duas pedagogas, ouvindo os gritos da menina foram até o quarto ver o que estava ocorrendo e tentaram acalmá-la. De repente eu comecei a passar mal, a ter náuseas e muita tontura. Só me lembro de dizer à pedagoga que estava passando mal e após algum tempo acordar no Pronto socorro do hospital.

Não sei o que houve. Stress pela situação? Medo? Ou será foi algum problema biológico meu. Só sei que nunca havia passado por uma situação como esta. Senti-me mal, não por ter desmaiado ou por ter medo de sangue, mas sim, por ver a garota sofrendo e não poder ajudá-la.