

**UNIVERSIDADE TIRADENTES
DIRETORIA DE PESQUISA E EXTENSÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

**PEDAGOGIA HOSPITALAR:
ATIVIDADES LÚDICO-EDUCATIVAS NO PROCESSO DE
HUMANIZAÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL AMPARO
DE MARIA – ESTÂNCIA (SE)**

Autora: Adriana Rocha Fontes

Orientadora: Dra. Giovana Scareli

ARACAJU, SE - BRASIL

FEVEREIRO DE 2012

PEDAGOGIA HOSPITALAR:
ATIVIDADES LÚDICO-EDUCATIVAS NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DO
HOSPITAL REGIONAL AMPARO DE MARIA – ESTÂNCIA (SE)

ADRIANA ROCHA FONTES

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE TIRADENTES COMO PARTE DOS
REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM
EDUCAÇÃO

Aprovada por:

Prof(a). Dr(a). Giovana Scareli

Prof(a). Dr(a). Sonia Meire Santos Azevedo de Jesus

Prof(a). Dr(a). Ester Fraga Vilas-Bôas Carvalho do Nascimento

Prof(a). Dr(a). Iara Maria Campelo Lima (Membro Suplente)

ARACAJU, SE - BRASIL
FEVEREIRO DE 2012

AGRADECIMENTOS

A DEUS por ter de me dado forças, determinação, sabedoria e inspiração para realização dessa pesquisa. Só nós sabemos o quanto foi difícil e ao mesmo tempo importante essa conquista.

Aos meus pais Pedro e Alda (in memória) pelo incentivo constante e por confiarem sempre em mim. Às vezes até mais do que eu. Meu amor por vocês é eterno.

Aos meus queridos filhos, Alanna e Arthur, maravilhosos, compreensíveis, peço perdão pela ausência constante e agradeço por me amarem e suportarem o meu estresse nesse processo final. Amo, amo, vocês!

Ao meu esposo, Gilberto, pelo companheirismo, carinho, paciência, não só agora, mas especialmente durante essa etapa, suportando meu nervosismo e meu mau humor. Você me ajudou muito... Obrigada meu amor!

Aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos pelo incentivo constante, pela admiração que sentem por mim. Eu não mereço tanto.

Aos meus amigos pelo apoio e por compreenderem o meu afastamento momentâneo para me dedicar à pesquisa.

A Adriana Clea (SEME) e ao Wagner Barreto (UNIT), chefes “amigos”, pelo apoio, incentivo e liberação nos momentos necessários. Vocês são admiráveis.

As Professoras Simone de Lucena, Dinamara Feldens e Ester Fraga, a convivência com vocês durante as disciplinas muito me inspirou. Vocês são geniais.

As Professoras Iara Campelo e Rosana Fernandes pelas considerações importantes feitas durante a minha qualificação contribuindo para o rigor científico, qualidade e aperfeiçoamento do meu trabalho.

A banca examinadora, a Professora Sônia Meire e Ester Fraga, por terem aceitado o convite e fazerem parte desse momento tão significativo na minha vida.

A minha querida orientadora Professora Giovana Scareli, pelos ensinamentos, incentivos, paciência e puxões de orelha. Sua competência é inquestionável. Minha admiração por você é imensa. Conviver com você me fez crescer intelectualmente e amadurecer enquanto profissional da educação. Você ocupa um lugar de destaque no meu coração. Obrigada por tudo!

Aos funcionários do Hospital Regional Amparo de Maria, especialmente aos que compartilharam comigo das atividades de humanização, agradeço a doação e o apoio.

Aos profissionais médicos, psicóloga, assistentes sociais e enfermeiras que se tornaram parceiros e motivadores das atividades lúdico-educativas. Agradeço a acolhida.

Aos voluntários, Luciana, Pastor Benjamim, Guido, Ricardo Vilanova, sempre presentes e atendendo nosso chamado para desenvolver atividades junto aos projetos de humanização.

Aos pacientes e seus familiares por terem me dado a oportunidade de aprender com vocês e contribuírem com a minha pesquisa.

Enfim, a todos que de alguma maneira contribuíram para a realização dessa pesquisa, o meu muito obrigado!

RESUMO

Este trabalho teve por objetivo investigar a proposta de humanização hospitalar através dos projetos de intervenção lúdico-educativos do pedagogo na área da saúde realizada no Hospital Regional Amparo de Maria - HRAM, localizado na cidade de Estância – Sergipe. Com os objetivos específicos buscamos entender o processo de humanização no HRAM, analisar as propostas de ações definidas nas atividades lúdico-educativas, refletir sobre o processo de interação entre a pedagoga e os profissionais da saúde, conhecer o olhar dos profissionais da saúde que atuaram diretamente na Ala Pediátrica do Hospital em relação a proposta de intervenção pedagógica. Estabelecemos um marco temporal para a pesquisa compreendendo o período de 2005 a 2010 no qual foram implantados os projetos de humanização e desenvolvidas as atividades lúdico-educativas. A metodologia utilizada para esta pesquisa encontra aporte nas pesquisas qualitativas, mais especificamente no estudo de caso, e têm como fontes principais os documentos do hospital, os documentos legais produzidos nas políticas públicas, tanto da área de educação como na área de saúde, os documentos dos projetos implantados, os relatórios de trabalhos desenvolvidos no hospital durante o período estudado e as entrevistas estruturadas realizadas com alguns profissionais do hospital, diretamente ligados às atividades de humanização. Como referencial teórico, os principais autores pesquisados foram Ceccim (1997), Fonseca (1998), Gabardo (2002), Ortiz e Freitas (2005), Zardo (2007) Barros (2008), Matos e Mugiatti (2009) e Vasconcelos e Kohn (2010). Consideramos que a intervenção pedagógica no hospital possibilita o desenvolvimento de práticas lúdico-educativas que contribuem para o processo de humanização nesse ambiente permeado por dor e sofrimento e que as ações curativas da enfermidade não bastam para dar ao paciente a qualidade de vida almejada enquanto este estiver em tratamento e, para isso, os projetos de humanização são muito importantes, pois promovem um ambiente que favorece as relações entre pacientes/equipe de profissionais da saúde/familiares e assegura os direitos da criança nos aspectos físicos, cognitivos e afetivos.

Palavras-chave: Pedagogia Hospitalar, humanização, educação.

ABSTRACT

This work aimed to investigate the proposed hospital humanization through the intervention projects novelty of the teacher education in health care at the Hospital Regional Maria Amparo - Hram, located in the town of Estancia - Sergipe. With the specific objectives we seek to understand the process of humanization in hram, analyze the proposals of actions defined in recreational and educational activities, reflect on the process of interaction between the educator and health professionals, the view that the health professionals who worked directly Ala in the Pediatric Hospital in relation to the proposal of pedagogical intervention. Establish a timeframe for the research including the period from 2005 to 2010 in which the projects were implemented and developed humanization playful and educational activities. The methodology for this research contribution is in qualitative research, specifically in the case study, and have as main sources of hospital documents, legal documents produced in public policy, both in the field of education as in health, the documents of the implemented projects, reports of work done in the hospital during the study period and structured interviews with some hospital staff, directly linked to the activities of humanization. As theoretical framework, the main authors were surveyed Ceccim (1997), Fonseca (1998), gabardine (2002), Ortiz and Freitas (2005), Zardo (2007) Barros (2008), and Mugiatti Matos (2009) and Vasconcelos and Kohn (in 2010). We believe that the educational intervention in the hospital allows the development of recreational and educational practices that contribute to the humanization process in this environment permeated by pain and suffering and that the curative of the disease are not sufficient to give the patient the desired quality of life while it is treatment and, therefore, the humanization projects are very important, because they promote an environment that fosters relationships between patients / team of health professionals / family members and ensures the rights of children in physical, cognitive and affective.

Keywords: Pedagogy Hospital, humanization, education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa de Sergipe localização da cidade de Estância	23
Figura 2	Barco de Fogo	25
Figura 3	Fachada do Hospital à Rua Camerino	33
Figura 4	Tela “Miséria e Caridade”	34
Figura 5	Hospital, em 1959	36
Figura 6	Hospital, em 2004	41
Figura 7	Fachada do Hospital à Rua Dr. Jessé Fontes, em 2004	41
Figura 8	Ala Pediatrica	121
Figura 9	Brinquedoteca	123
Figura 10	Interior da Brinquedoteca	123
Figura 11	Logomarca do Projeto "Doentes Sim, Tristes não!"	133
Figura 12	Logomarca do Projeto "Biblioteca Viva"	139
Figura 13	Biblioteca Viva	140
Figura 14	Interior da Biblioteca Viva	140
Figura 15	Logomarca do Projeto "Musicoterapia: Música que cura"	142
Figura 16	Musicoterapia: participação de Voluntária	142
Figura 17	Musicoterapia: participação de Enfermeira	142

LISTA DE SIGLAS

ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
GTHH	Grupo de Trabalhos de Humanização Hospitalar
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HRAM	Hospital Regional Amparo de Maria
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
PDBA	Projeto Desafio, Brinquedo e Alegria
PNHAH	Programa de Humanização da Assistência Hospitalar
PUC-PR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
REFORSUS	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
SAREH	Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar
SEED	Secretaria de Educação
SEESP	Secretaria de Educação Especial
SETI	Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior do Paraná
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I	
O HOSPITAL E SUA HISTÓRIA	21
1.1 Breve Histórico do Hospital Regional Amparo de Maria – HRAM	22
1.2 Aspectos históricos da formação da cidade de Estância	22
1.3 O Hospital: dos Lazaretos à Casa de Saúde	26
1.4 Hospital Amparo de Maria: a regionalização	35
1.5 De estabelecimento modelo à intervenção judicial	41
CAPÍTULO II	
ESTADO DA ARTE	44
2.1 Escola Hospitalar	46
2.2 Classe Hospitalar	58
2.3 Pedagogia Hospitalar	68
2.4 O aspecto inclusivo da Pedagogia Hospitalar	82
2.5 O profissional pedagogo na Pedagogia Hospitalar	84
2.6 Políticas Públicas que implementam a Pedagogia Hospitalar no Brasil	86
CAPÍTULO III	
A INFÂNCIA E O BRINCAR: BRINQUEDOTECAS NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR	94
3.1 A infância e o brincar na cultura infantil e no ambiente hospitalar	95
3.2 A Brinquedoteca	114
3.3 O processo de humanização do Hospital Regional Amparo de Maria	120
3.4 O desenvolvimento das atividades de humanização hospitalar no HRAM	125
3.5 Projetos de Humanização x Práticas Educativas	130
CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
REFERÊNCIAS	148

REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS	151
ANEXOS	152
Anexo I Roteiro de Entrevistas	153
Anexo II Entrevista 1	155
Anexo III Entrevista 2	157
Anexo IV Entrevista 3	160
Anexo V Entrevista 4	161
Anexo VI Entrevista 5	162
Anexo VII Entrevista 6	164
Anexo VIII Entrevista 7	167

INTRODUÇÃO

Diferentes instituições sociais têm realizado trabalhos importantes relacionados à área educacional. Esta pesquisa tem como objeto de estudo uma dessas instituições, o Hospital Regional Amparo de Maria – HRAM, em Estância (SE), que desenvolveu uma série de projetos lúdico-educativos com pacientes internados na pediatria, visando aproximar duas áreas: saúde e educação.

Nosso principal objetivo foi investigar a proposta de humanização hospitalar, verificando os projetos de intervenção lúdico-educativas do pedagogo na área da saúde, e apresentar a relevância do desenvolvimento dessas práticas nesta área.

Para o desenvolvimento da pesquisa, nos norteamos por alguns objetivos específicos nos quais se buscou compreender o caráter humanístico do Hospital Regional Amparo de Maria, analisar as ações definidas na proposta de intervenção lúdica e educativa, refletir sobre o processo de articulação e interação entre os profissionais da saúde e a pedagoga, conhecer o olhar de diferentes profissionais que atuam na ala pediátrica do HRAM a respeito da proposta da intervenção pedagógica.

Vários estudos acadêmicos sobre essa temática já foram realizados, apresentando dados que indicam que crianças e adolescentes, após serem hospitalizados, apresentam diversos problemas no seu retorno à escola, como queixas relacionadas à frequência¹, ao acompanhamento dos conteúdos, evasão, repetência.

A pedagogia hospitalar tem sido um tema relevante, discutido por profissionais de diversas áreas, como educadores, psicólogos, assistentes sociais, médicos, além de legisladores que se debruçam a pensar políticas públicas que possam desenvolver ações afirmativas em prol do desenvolvimento de projetos e adequação de hospitais com pediatria nesta nova concepção de internação que tem como base a humanização hospitalar.

Este tema também nos instiga a refletir sobre as possibilidades educacionais de crianças e adolescentes que necessitam de internações constantes, seja por períodos curtos ou por longos períodos de tempo, e que precisam de acompanhamento educacional, para não terem prejudicada a sua escolarização.

¹ O trabalho foi revisado de acordo com a nova ortografia, inclusive nas citações. Optou-se por manter a grafia original nas citações de textos produzidos antes de 1960.

Este acompanhamento é importante para desenvolver as potencialidades destes pacientes que, mesmo passando por um momento difícil, muitas vezes traumático, podem trabalhar suas capacidades cognitivas e emocionais através de uma rotina de estudos e de atividades lúdicas com o intuito de minimizar o sofrimento e os danos causados por esse momento em suas vidas.

Estamos tratando da humanização na área de saúde, que visa olhar para o paciente de maneira integral, tendo em vista que suas necessidades vão além da condição de saúde em que se encontra; por estar fragilizado, precisa ainda mais de afeto, respeito e uma rotina que se aproxime da sua rotina fora do ambiente hospitalar, de forma a abrandar as dificuldades desse período de internação.

A educação é um direito de todas as crianças e adolescentes, e isso inclui o universo dos que se encontram hospitalizados. A legislação brasileira, através da Constituição Federal (1988), do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990), da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (1996), da Secretaria de Educação Especial – SEESP (2002) e do Conselho Nacional de Educação – CNE (2002), regulamenta a atuação do profissional da educação no ambiente hospitalar, integrando uma equipe multidisciplinar que atua visando melhorar o quadro clínico e emocional da criança/adolescente hospitalizado.

No entanto, precisamos problematizar esta questão, tendo em vista a situação de desconforto, de isolamento da criança, do afastamento do seu convívio com seus familiares e amigos, que causam traumas sofridos pelas crianças submetidas a tratamentos hospitalares, que podem comprometer sua saúde emocional por muito tempo ou acompanhá-las por toda a vida. As crianças tendem a ter medo de pessoas vestidas de branco; muitas em idade escolar sentem-se desmotivadas para retornarem à escola, ficam deprimidas, o nível de estresse aumenta. Além da dor originada pela doença, as crianças não entendem o motivo de estarem no hospital, “presas” naquele local, sem poderem ir para casa e onde pessoas vestidas de branco estão a todo o momento lhes dando remédios, aplicando injeções, muitas vezes sem diálogo ou afeto.

Dessa forma, o hospital, ao invés de ser um local de ajuda, de tratamento da doença em busca da cura, passa a ser visto pelas crianças como um local de sofrimento e tortura, sendo um ambiente desfavorável ao seu desenvolvimento, para a aceitação do estado momentâneo da doença e para adesão ao tratamento aplicado no hospital.

Diante disso, pode-se indagar até que ponto há espaço e aceitação para a atuação do profissional da educação junto à equipe médica do hospital? Que tipo de resistência e obstáculos pode ser encontrado para que a ação educacional aconteça? Que tipo de relacionamento pode existir entre a equipe de profissionais da saúde e o da educação? Além dessas questões mais gerais, questionamos também quais foram as ações implementadas no HRAM? Por que foram implantadas? Que resultados puderam ser obtidos durante o período de 2005 a 2010 em que foram implantadas as atividades lúdico-educacionais?

Essas questões nos serviram como guia no decorrer da pesquisa. Há muitos desafios a enfrentar em um trabalho de humanização hospitalar. Um deles diz respeito às dificuldades inerentes à internação destes pacientes em relação às suas patologias, pois a depender da mesma, esta se torna um empecilho na participação e desenvolvimento das atividades propostas; o tempo de internação é um fator constituinte do processo educacional no hospital, pois há crianças que correspondem melhor ao tratamento se recuperando mais rápido do que outras; outro ponto são as idades dos pacientes, sendo que cada criança pode variar em idade/série, implicando que o planejamento deva ser flexível e diversificado, proporcionando a participação de todos.

Essas especificidades da pedagogia hospitalar compõem o perfil dessa modalidade de ensino, que instiga pesquisas no intuito de melhor desenvolvê-la e atender ao paciente/aluno. Essa modalidade de ensino busca inserção e reconhecimento no ambiente hospitalar para atender as necessidades educacionais de crianças e adolescentes hospitalizados, que devem ter acompanhamento educacional independente do tempo de duração da internação, para que esse desligamento momentâneo da escola regular e de seu cotidiano não traga prejuízos à sua escolarização e ao seu estado emocional.

Estabelecemos como marco temporal para esta pesquisa o período entre 2005 a 2010, no qual foram implantadas as atividades educacionais e lúdicas. No entanto, daremos início ao trabalho com um panorama histórico do HRAM, localizado no município de Estância, hoje o hospital mais antigo do estado de Sergipe em funcionamento, a fim de conhecermos o contexto antecedente ao processo de humanização e compreendermos como se deu a intervenção lúdica educativa nesse estabelecimento de saúde.

A metodologia utilizada para desenvolver esta pesquisa encontra aporte nas pesquisas qualitativas, mais especificamente no estudo de caso, e tem como fontes principais os documentos do hospital, os documentos legais produzidos nas políticas públicas, tanto da área de educação como na área de saúde, os documentos dos projetos implantados, os relatórios de trabalhos desenvolvidos no hospital durante o período estudado e as entrevistas estruturadas realizadas com alguns profissionais do hospital, diretamente ligados às atividades de humanização.

Como referencial teórico, nossos principais autores são Ceccim (1997), Fonseca (1997), Gabardo (2002), Ortiz e Freitas (2005), Zardo (2007) Barros (2008), Matos (2009) e Vasconcelos e Kohn (2010).

A escolha pelo método qualitativo se firma por sua eficácia em descrever e explicar fenômenos. Segundo Neves (1996), esse método surgiu inicialmente no seio da Antropologia e da Sociologia e nos últimos anos ganhou espaço em áreas como a Psicologia, Educação e Administração de Empresas. Faz parte da pesquisa qualitativa a obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação do objeto de estudo, proporcionando maior aproximação do pesquisador com o objeto ou situação pesquisada.

Para Neves (1996), o marco temporal define o campo e o espaço em que a pesquisa será desenvolvida. Para esse estudo o trabalho de descrição é essencial, pois os dados são coletados através dele.

Em certa medida, os métodos qualitativos se assemelham a procedimentos de interpretação dos fenômenos que empregamos no nosso dia-a-dia, que tem a mesma natureza dos dados que o pesquisador qualitativo emprega em sua pesquisa. Tanto em um como em outro caso, trata-se de dados simbólicos, situados em determinado contexto; revelam parte da realidade ao mesmo tempo que escondem outra parte (NEVES, 1996, p.01).

Neves (1996) nos alerta para a necessidade de observar com bastante atenção os dados simbólicos, com os quais nós nos deparamos, pois há sempre um contexto, parte da realidade está contida neste fragmento, mas muitas outras estão escondidas. Assim, nossas interpretações podem ser equivocadas, caso não levemos em conta essas características da pesquisa qualitativa.

Optamos nesse trabalho pela utilização do método de estudo de caso, imbuídos no desejo de compreender o fenômeno social existente; ancorados em Yin (2010),

observa-se que este método contribui para pesquisas do conhecimento de fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais e políticos. É um método de pesquisa comum às áreas da Psicologia, Sociologia, Ciência Política, Antropologia, Assistência Social, Administração, Educação, Enfermagem e Planejamento Comunitários.

O método de estudo de caso permite que os investigadores retenham características holísticas e significativas dos eventos da vida real – como os ciclos individuais da vida, o comportamento dos pequenos grupos, os processos organizacionais e administrativos, a mudança de vizinhança, o desempenho escolar, as relações internacionais e a maturação das indústrias (YIN, 2010, p. 24)

Nessa perspectiva, com a utilização desse método buscamos dados que subsidiem nossa pesquisa, na qual abordamos uma instituição com crianças/pacientes hospitalizados.

De acordo com Yin (2010), o estudo de caso é o método preferido no exame dos eventos contemporâneos e conta com muitas técnicas que também são utilizadas na pesquisa histórica; todavia, adiciona duas fontes de evidência geralmente não incluídas na referida pesquisa, sendo elas a observação direta do evento estudado e a realização de entrevistas com as pessoas envolvidas no evento.

Embora o estudo de caso e as pesquisas históricas possam se sobrepor, a força exclusiva do estudo de caso é sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas e observações – além do que pode estar disponível em um estudo histórico convencional. Além disso, em algumas situações, como a observação participante, pode ocorrer a manipulação informal (YIN, 2010, p.32).

Para Yin (2010), nesse estudo os experimentos são realizados quando o pesquisador pode manipular o comportamento direta, precisa e sistematicamente, podendo ocorrer em ambientes diferenciados, a exemplo de laboratórios ou em campo.

Assim, o autor afirma que

o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes (YIN, 2010, p. 39).

Com essa premissa, o método utilizado na pesquisa nos deu condições para entender o fenômeno estudado em suas especificidades; entretanto, de acordo com Yin (2010), uma das mais importantes fontes de informação para o estudo de caso é a entrevista. Assim, nos valem desse instrumento de coleta de dados que nos deu mais subsídios para compreender o objeto da pesquisa.

Em geral, as entrevistas são uma fonte essencial de evidência do estudo de caso porque a maioria delas é sobre assuntos humanos ou eventos comportamentais. Os entrevistados bem informados podem proporcionar *insights* importantes sobre esses assuntos ou eventos. Eles também podem fornecer atalhos para a história prévia dessas situações, ajudando-o a identificar outras fontes relevantes de evidência (YIN, 2010, p. 135).

As informações adquiridas através das entrevistas contribuíram para legitimar as evidências observadas no decorrer da pesquisa. Os entrevistados forneceram informações significativas quanto aos fatos que ocorreram durante o processo de realização das atividades lúdico-educativas no lócus estudado.

As entrevistas seguiram um roteiro estruturado de perguntas; porém, tivemos o cuidado de deixá-los falar à vontade, sem cortá-los e, enquanto observador direto e participante da pesquisa, tentar manter certa imparcialidade durante esta conduta.

Como o estudo de caso deve ocorrer no ambiente natural do “caso”, você está criando a oportunidade para as observações diretas. Presumindo que os fenômenos de interesse não tenham sido puramente históricos, alguns comportamentos relevantes ou condições ambientais estarão disponíveis para a observação. Essas observações servem ainda como outra fonte de evidência no estudo de caso (YIN, 2010, p. 136).

As observações diretas contribuíram para análise do fenômeno pesquisado; no caso da humanização hospitalar e suas premissas, o estudo nos ajudou a compreender melhor sobre essa intervenção pedagógica no ambiente hospitalar. E por ter sido um elemento constituinte dessa pesquisa, enquanto funcionária e idealizadora dos projetos, utilizamos a técnica de observação participante.

Para Yin (2010),

a observação participante é uma modalidade especial de observação na qual você não é simplesmente um observador passivo. Em vez

disso, você pode assumir vários papéis na situação de estudo de caso e participar realmente nos eventos sendo estudados (YIN, 2010, p. 138).

Para o autor, a observação participante proporciona oportunidades incomuns para a coleta de dados do estudo de caso; uma delas é a capacidade de captar a realidade do ponto de vista de alguém interno ao estudo de caso. Esse é um dado relevante, visto que a participação direta nos proporcionou um resgate das lembranças que ajudaram a constituir um memorial das atividades de humanização realizadas durante o marco temporal estudado, analisando o processo da intervenção pedagógica no decorrer da hospitalização das crianças.

A participação direta que tive durante anos neste hospital, envolvida com os projetos de humanização e a memória que a todo momento me auxilia na reflexão sobre estas ações, o que resultou este projeto de pesquisa, me aproxima do método da pesquisa-ação. As interpretações da realidade observada e as ações realizadas durante essa trajetória deu procedimento a uma pesquisa ação, por ser um sujeito participante das atividades lúdico-educativas desenvolvidas no hospital, durante seu processo de humanização.

Podemos dizer que na pesquisa em questão pode-se utilizar da pesquisa ação e da participante, sendo que não houve apenas a simples participação nas ações de humanização desenvolvidas no hospital, mas também uma ação que desenvolveu-se mediante pesquisas e trabalhos implantados do decorrer do processo, envolvendo uma equipe de trabalho que promoveu uma intervenção com atividades lúdico-educativas durante o tratamento dos pacientes internados.

O procedimento de análise compreende uma revisão bibliográfica que nos dê subsídio teórico para refletir sobre as ações lúdicas e educativas na área da saúde e uma pesquisa de campo no HRAM, onde são desenvolvidas as atividades educativas, com o intuito de investigar como se deu o processo de intervenção pedagógica e quais são os possíveis benefícios apresentados nas crianças hospitalizadas.

Durante os primeiros meses deste trabalho, realizamos uma revisão bibliográfica, procurando revisar o que já havia sido produzido sobre este tema e fazer um levantamento bibliográfico de autores que pudessem nos dar suporte teórico. Também realizamos um estudo a partir dos documentos encontrados no arquivo do hospital e no acervo pessoal de alguns funcionários, médicos e administradores que

passaram pelo hospital, o que nos foi de grande valia na tentativa de compreender a história dessa centenária instituição e para a pesquisa em foco.

Devido a essa escolha, de resgatar primeiramente a história do hospital, para depois entrar na questão das práticas educacionais, foi necessário estudar aspectos da historiografia a fim de compreendermos como se deu o surgimento e o processo evolutivo dessa instituição de saúde. O conjunto de informações adquiridas compõe um instrumental que nos auxilia na tentativa de descortinar fatos ocorridos no passado. Segundo Thompson (1981, p. 30), “as chamadas ‘fontes’ da história registraram apenas os fatos que parece bastante interessante registrar (...)”. Assim, pode-se observar que, de acordo com o autor, as fontes da história registram apenas fatos que interessam ser registrados; no caso desta pesquisa vemos que as pessoas guardaram apenas os documentos que consideraram interessantes, o que pode acabar direcionando interpretações.

Por este motivo, o historiador deve ter cuidado ao registrar a história, sua fidelidade aos fatos e as fontes que registram os acontecimentos serão essenciais para o registro de cada memória. Embora este trabalho não seja na área de História, acreditamos que compreender a história deste hospital é importante para podermos compreender o momento de abertura deste hospital para as práticas lúdicas e educativas.

Considerando que o surgimento do hospital é um fato histórico, contar como se deu sua implantação, quem a idealizou, quais caminhos foram percorridos e como o hospital se mantém funcionando há 150 anos, atendendo os doentes das camadas mais pobres da sociedade, é um marco na história não apenas da cidade de Estância, como também do Estado de Sergipe.

No entanto, observamos que os registros dessa instituição são poucos e estão dispersos, o que nos indica que nenhum dirigente se preocupou em guardar essa memória. Thompson (1981, p. 30) diz que, “segundo Popper, não podemos conhecer a ‘história’, ou no máximo podemos conhecer apenas os fatos isolados (...)”. No caso deste Hospital, só conseguimos construir uma história utilizando registros históricos isolados. Assim interpretamos os acontecimentos que compõem a história, em busca de entendimentos e compreensões sobre um determinado fato; neste caso a origem e a consolidação dessa instituição. As fontes apenas revelam registros de fatos isolados e estes fragmentos são a base para nossa interpretação a fim de conhecer essa memória histórica.

Nesse sentido, resgatar a história do HRAM, fundado em 1860 e que há um século e meio de existência presta serviços à comunidade de Estância, faz-se necessário para compreendermos como se deu a evolução deste hospital, sua importância para a sociedade da região centro sul do estado de Sergipe, especialmente para a cidade de Estância, envolvendo não apenas as atividades fins da sua criação, no tratamento e recuperação da saúde, mas também as atividades lúdicas e educacionais que nele foram desenvolvidas após a intervenção de pedagogos na rotina do hospital.

A visão humanística que muitos hospitais procuram enfatizar na sua prática, especialmente os que possuem atendimento pediátrico, vem demonstrando que não é só o aspecto físico que deve ser tratado, mas o ser integral, incluindo suas necessidades psíquicas, afetivas, cognitivas e sociais.

Este trabalho está organizado em três capítulos. No primeiro capítulo trazemos um panorama histórico do hospital, contextualizando a cidade de Estância, onde ele se localiza, as circunstâncias que resultaram no seu surgimento, sua evolução, desenvolvimento e importância no Estado de Sergipe. Este hospital, um dos primeiros do Estado, tornou-se regional e passa por um momento em que se encontra sob intervenção judicial. Contudo, apesar dos problemas enfrentados, abriu suas portas para a intervenção pedagógica através de atividades humanísticas, lúdicas e educativas.

No segundo capítulo apresentamos o estado da arte dessa pesquisa, trazendo um panorama das pesquisas realizadas no Brasil sobre a Pedagogia Hospitalar, ressaltando os aspectos de humanização hospitalar e suas relações com a educação. Abordamos a educação no hospital trazendo reflexões acerca das diferentes denominações existentes, ou seja, Classe Hospitalar, Escola Hospitalar e Pedagogia Hospitalar, suas características, especificidades e analogias, analisando conceitos de alguns pesquisadores, o caráter inclusivo da modalidade de ensino no hospital, as políticas públicas e leis que regulamentam a mesma, bem como seus pressupostos legais.

No terceiro capítulo apresentamos a intervenção lúdica no hospital através da inserção dos projetos de humanização e das práticas educativas que são desenvolvidas, a criação e implantação dos projetos educativos pelos estagiários, o seguimento dado aos projetos com a equipe multidisciplinar, a atuação do pedagogo frente aos projetos de humanização e ao desenvolvimento das práticas educativas, ocorridos a partir da implantação de novos projetos na Brinquedoteca do hospital, como também os da

Biblioteca e os da Musicoterapia, passando pela aceitação da criança/paciente durante a participação das atividades e pelo envolvimento da equipe de saúde nas atividades de humanização e suas declarações em relação ao desenvolvimento dessas atividades dentro do ambiente hospitalar.

Acreditamos que esta pesquisa pode contribuir para reflexões acerca da atuação pedagógica no hospital, numa perspectiva lúdico-educativa, sendo utilizados projetos de humanização como proposta de promover um ambiente que favoreça as relações entre pacientes/equipe de profissionais da saúde/familiares, bem como assegurar os direitos da criança nos aspectos físicos, cognitivos e afetivos.



Capítulo I

O Hospital e sua história

1.1 Breve histórico do Hospital Regional Amparo de Maria – HRAM

O Hospital Regional Amparo de Maria está localizado na cidade de Estância, uma das cidades mais antigas do Estado de Sergipe. O que hoje é um hospital teve uma história longa que começa com casas improvisadas para dar assistência aos doentes que ali ficavam durante o tempo que fosse preciso para se curar ou morrer: eram os denominado “lazaretos”.

A história da cidade e dessas instituições de saúde nos é interessante na medida em que também podem ser vistas e entendidas como “educativas”. A construção da cidade e formação de seu povo são, por si mesmos, processos civilizatórios e educacionais, ensinam um modo de ser, de viver, de se comportar. Assim também podemos refletir sobre a história da instituição hospitalar que tem início como um lazareto e vai se modificando com o passar dos anos, o que nos indica uma mudança na concepção que se tinha de instituição de saúde: um depósito de doentes que lá ficavam separados da sociedade.

As concepções vão mudando tanto que, atualmente, em 2010, este hospital que atende crianças está se adequando às políticas públicas que visam humanizar o atendimento nos hospitais. Podemos perceber que essas mudanças denotam conhecimento, estudo, transformações.

1.2 Aspectos históricos da formação da cidade de Estância

O Hospital Regional Amparo de Maria está localizado na cidade de Estância, região Sudeste do Estado de Sergipe, a aproximadamente 70 km da capital do Estado, Aracaju. Os dados aqui elencados têm o propósito de visualizar onde o hospital está inserido, em que região, além de alguns aspectos da sociedade local.

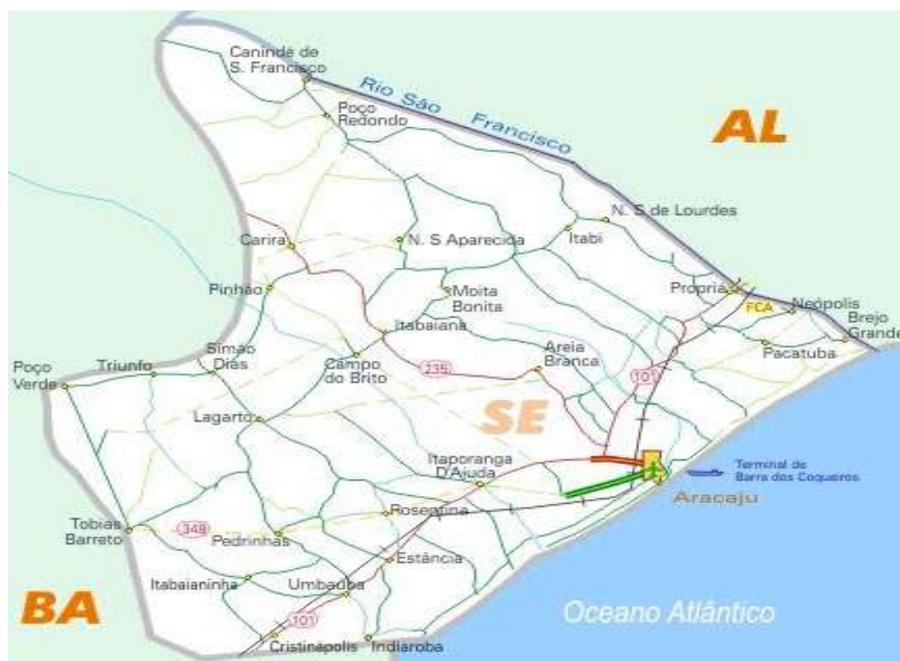


Figura 1:
Mapa de Sergipe - localização da cidade de Estância

A cidade de Estância foi inicialmente uma fazenda de criação de gado. Essas fazendas antes se chamavam estâncias, daí a origem do nome da cidade. Em virtude da sua importância como porto de escoamento de produtos agrícolas e da pecuária, em 1621 Estância tornou-se Fundação da Povoação de Estância, ficando por mais de um século subordinada à Vila de Santa Luzia do Real (atualmente Santa Luzia do Itanhy). A separação entre as duas localidades só ocorreu em 1757.

O crescimento econômico de Estância foi possibilitado devido as suas relações no comércio exterior, constituindo-se porto de intercâmbio entre a Europa (na exportação de cana-de-açúcar, algodão e gado) e cidades brasileiras. Paralelamente, a decadência da Vila de Santa Luzia levou a Fundação da Povoação de Estância a tornar-se a sede da Vila de Santa Luzia, passando a denominar-se Vila Constitucional de Estância.

Elevada à categoria de cidade em 1848, através da Lei Provincial de 04 de maio de 1848, Estância tem a economia voltada para a criação de gado e o cultivo da cana-de-açúcar; a partir da última década do século XIX tem sua paisagem remodelada na nova divisão social e territorial do trabalho na escala nacional. Em 1891, com a fundação da Fábrica de Tecidos Santa Cruz, a cidade passa a se inserir na indústria têxtil, principalmente a partir de 1912, com a fundação da Fábrica Senhor do Bonfim.

A fundação da Fábrica de Charutos Walquíria em 1916 abre ainda mais as relações comerciais de Estância com outros países, em virtude da grande aceitação dos charutos no comércio externo. O momento é de desenvolvimento da cidade e, em 1929, é implantada a Fábrica de Óleos Vegetais “Luso Brasileira”.

O processo de expansão industrial têxtil no município ocorreu a partir de 1930, com a fundação da Fábrica de Tecidos Piauitinga. A concentração de três fábricas têxteis em Estância significou um aumento da força de trabalho operária e conseqüentemente, a sua organização, tanto no trabalho operário, quanto da cidade que prospera com o crescimento industrial.

Pode-se afirmar que a década de setenta no século passado marcou o período de intensificação da industrialização e a conseqüente urbanização da cidade de Estância, com a implantação em 1974 do Distrito Industrial nesse município. Nos dias atuais, a indústria ainda se apresenta como a principal atividade econômica, contribuindo com o maior volume de impostos, vindo em seguida o setor comercial e de serviços. O município tem um dos maiores centros comerciais da região em que está localizado, constituindo-se também, o de maior intensidade urbana.

Os dados mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, em 2009 informam haver 63.582 habitantes na cidade. O clima tropical é predominante e suas praias são atrativas para o turismo. É também intitulada “Cidade Jardim”, nome atribuído pelo Imperador D. Pedro II, que em companhia da Imperatriz D. Tereza Cristina, pernoitaram na cidade e, impressionados com a beleza dos jardins floridos da praça principal, onde ainda hoje estão situados a Igreja Matriz e o Paço Municipal.

Em janeiro de 1860, chegava a Sergipe o Imperador Pedro II, aí permanecendo dez dias, visitando, além de recém-criada Capital, as cidades de São Cristovão, Laranjeiras, Estância e a Vila de Maruim (NUNES, 2008, p.104).

Outro título importante é o de “Berço da Cultura e Arte”, pela contribuição da cidade a aspectos educacionais, culturais e artísticos. Um exemplo é o surgimento do primeiro jornal da província em Estância. “Em Estância, onde a imprensa sergipana lançara as raízes com o Recopilador Sergipano (1832-1834) e com instalação da Tipografia do Silveira, circulam [sic], nos primeiros anos de 1850” (NUNES, 2008, p.90).

Como cita a historiadora Thetis Nunes, no cenário educacional, eram criadas “na Vila Constitucional de Estância as cadeiras de Filosofia e Moral, Retórica e Francês. Comprovava-se, assim, a importância que essa Vila assumia não só na área econômica como no setor cultural da Província.” (NUNES, 2008, p.60).

Na cidade dos sobrados azulejados, os casarões antigos receberam influência portuguesa em sua arquitetura; nas tradicionais festas juninas, a cultura do povo se evidencia através das batucadas, quadrilhas e reisados, e do barco de fogo², único no Brasil e símbolo dos festejos juninos. A cidade também apresenta um belo acervo arquitetônico, apesar das constantes perdas provocadas por destruições em seus prédios históricos, em nome da modernidade.



Figura 2: Barco de Fogo

Durante o século XIX, Estância transformou-se em uma das mais prósperas e populosas devido a sua localização, que facilitava o intercâmbio de mercadoria e de pessoas, e por ser vizinha de uma das províncias mais importantes da época, a Bahia.

Os habitantes da cidade são, em sua maioria, de classe média, operários das fábricas que compõem o distrito industrial, onde mobilizam o sistema econômico da

² Trata-se de um barco que percorre um arame esticado de um lado ao outro de uma avenida, como se voando, alimentado por rojões.

cidade. Nesse contexto, de acordo com nossas pesquisas, está localizado o hospital mais antigo do estado de Sergipe em pleno funcionamento.

1.3 O Hospital: dos lazaretos à Casa de Saúde.

De acordo com Clodoaldo Ferreira Filho (2002), médico que desenvolveu pesquisas sobre os hospitais mais antigos do Estado de Sergipe, as belezas visíveis aos olhos da comitiva real escondiam nos bastidores as tragédias das epidemias e insalubridades que acometiam grande número da população sergipana.

Segundo Ferreira Filho (2002), em 1856 o governo provincial resolveu instalar em Estância, por um período curto de tempo, um lazareto de enfermos, lugar onde as pessoas com suspeita de contágio ficavam de quarentena, por ocorrência da epidemia da “cholera morbus”. Assim que o surto foi controlado e os casos reduzidos, o local foi desativado.

O médico higienista Antônio Correa de Lacerda (1932) assim o diagnosticava a doença que acometia o Brasil e a província de Estância:

é esta baixa temperatura, por sua vez, que penetra pela pele, pelo nariz, pela boca, e pelos pulmões e vai afetar o calor natural do corpo e a própria “economia animal”. Prejudicados em seu equilíbrio térmico, os vários sistemas orgânicos perdem suas propriedades vitais e deixam os órgãos vacilantes. Quando o principal órgão atingido é o fígado, onde se processa a bÍlis, a doença se manifesta, é a cholera (SANJAD, 2004, p. 12).

Segundo Ferreira Filho (2002), Estância foi a principal via de entrada da doença na província sergipana, devido ao movimento de navios em seu porto, vindos do Sul do país, e como era considerada um populoso núcleo comunitário, e muito distante da sede do governo provincial, este se antecipou em tomar as providências cabíveis, no sentido de evitar o alastramento do mal.

No final de século XIX as pragas assolavam a província e mais uma epidemia chega, desta vez a varíola. A varíola, como a cólera, também chegou a Sergipe a partir de Estância, e lá se fixou de forma mais intensa do que no restante da província.

De acordo com Ferreira Filho, os relatos históricos da época mostram que a maioria das doenças chegava às províncias através dos navios que atracavam em seus

portos, trazendo escravos em condições subumanas, muitos já doentes, contaminando a população local. Segundo registros no relatório anual de 1856 do Provedor Dr. Francisco Sabino Sampaio, a varíola chegou à Estância de navio, através de uma escrava africana contaminada da doença, comprada na Bahia, que se fixou na cidade.

Em 1857 os primeiros casos de varíola começaram a aparecer, um ano após a epidemia da cólera, deixando não só a população alarmada, mas também as autoridades, tanto em termos locais como as do Governo da Província, através da sua Provedoria de Saúde Pública.

O então Presidente da Província de Sergipe, Dr. João Dabney d'Avellar Brotero, determinou a instalação de outro lazareto em Estância, para prestar atendimentos de saúde às vítimas da varíola; para comandar os trabalhos, designou o médico Antônio Ribeiro Lima, que já havia trabalhado no primeiro lazareto, cuidando das vítimas da cólera, e que também fazia parte da junta de Higiene Pública da Província.

As determinações do Presidente da Província eram no sentido de se economizar ao máximo as despesas públicas naquele lazareto, mas, ao mesmo tempo, que se obtivesse o maior sucesso possível no combate à varíola.

Percebe-se que ainda não existia um pensamento voltado para uma política pública destinada à saúde; os lazaretos eram abertos para suprir uma necessidade momentânea, tão logo fossem sanados os problemas, estes seriam fechados.

De acordo com Ferreira Filho (2002), após dois meses de trabalho exaustivo, o Dr. Antônio Ribeiro teve o prazer do dever cumprido, com um total de 30 enfermos internados, e todos curados da varíola. Em seu relatório final ao Presidente Dr. João Dabney, em 02 de janeiro de 1858, Dr. Antonio Ribeiro escreveu:

Vou apresentar a V. Ex^a o relatório do que se fez para a criação do Hospital de Bexiguentos, que V Ex^a me autorizou a criar nesta cidade, de sua marcha e economia, de sua despesa e dos doentes que nele se trataram, enfim, dos resultados e de seus curativos [...] Abriu-se o hospital no dia 28 de setembro de 1857, e encerrou-se no dia 28 de novembro de 1857, tendo recebido durante esse tempo trinta doentes... todos saíram restabelecidos, apesar da gravidade e período da moléstia com que entravam alguns no hospital [...] (FERREIRA FILHO, 2002, p. 8).

Anexo ao relatório, o médico encaminhou o mapa dos doentes que se tratavam do mal da varíola nesse lazareto em Estância, em 1857, com a seguinte observação:

Todos os doentes foram curados pelo sistema Hannemonico homeopático, com os medicamentos que a sintomatologia indicava, e que seria muito longo enumerar aqui. A gravidade das complicações, que se observaram em alguns doentes, provinha, quer da demora em recorrer aos meios curativos, deixando-se os doentes ficarem em suas casas, quer de já haverem tomado medicamentos contrários à sua moléstia (FERREIRA FILHO, 2002, p. 9).

As observações feitas pelo Dr. Antônio Ribeiro em seu relatório indicam que a gravidade e as implicações da doença procediam da falta de informação das pessoas, tanto em buscar em tempo hábil um tratamento correto, bem como por utilizarem medicamentos errados.

Além do Dr. Antônio Ribeiro Lima, a cidade de Estância dispunha de outro médico, o Dr. José Lourenço de Magalhães, ambos reconhecidos pelo espírito humanitário, tanto pelas autoridades da Província, como pela população da região.

Ferreira Filho (2002) diz que o médico Antônio Ribeiro e as enfermeiras não receberam nenhuma remuneração por terem realizado seus trabalhos no “lazareto dos variólicos” de Estância.

Observa-se que os trabalhos realizados por esses profissionais da saúde, especialmente nesse caso, tinham um aspecto de caridade, já que não receberam benefícios financeiros.

Apesar de o lazareto de 1857 ter sido desativado dois meses apenas após o início de suas atividades, em virtude de se ter concluído que a varíola já se encontrava sobre controle e em declínio, como também por questões econômicas por parte do governo provincial, a doença continuou a alastrar-se na cidade de Estância; e o crescente número de casos surgidos no decorrer do ano de 1858 chegou novamente a uma situação de alarme e preocupação geral, configurando-se como nova epidemia, por volta do mês de dezembro do mesmo ano.

Assim, entre o período de dezembro de 1858 a março de 1859, registraram-se 75 mortes causadas pela varíola em Estância.

Em fins de janeiro de 1859, o delegado da Polícia de Estância comunicou ao Presidente da Província sobre a gravidade da situação, que por sua vez determinou ao seu Provedor de Saúde Pública, Dr. Francisco Sabino Coelho de Sampaio, que tomasse todas as providências possíveis no combate a doença; nomeou em 04 de fevereiro de

1859 o Dr. Domingos de Souza Requião para o cargo de Delegado de Saúde de Estância, no intuito de que este fosse encarregado da propagação da vacina contra a varíola em toda aquela comunidade, bem como de colocar em prática todas as medidas sanitárias necessárias para a erradicação da doença.

Como descreve Ferreira Filho (2002), não obstante, em 08 de fevereiro do mesmo ano, foram enviados ao Presidente pedidos de providências no sentido de controlar e sanar a epidemia em Estância, por intermédio do juiz de Direito da comarca da cidade. Em 15 de abril a Câmara Municipal também envia uma solicitação ao presidente. E novamente pelo mesmo juiz, em 30 de abril desse mesmo ano outra solicitação é feita.

O provedor de saúde pública, Dr. Francisco Sabino, no dia 02 de maio, emitiu um parecer ao Presidente da Província expondo a grave situação daquela epidemia entre a população estanciana, o que fez com que o presidente assinasse em 07 de junho de 1859 uma medida determinando a nomeação de uma Comissão de Socorros Públicos em Estância, a qual resultou na instalação de outro lazareto. Este, por sua vez, teve suas atividades iniciadas no dia 08 de agosto do mesmo ano, sob o comando do médico Dr. José Lourenço de Magalhães, que assumiu os trabalhos sem quaisquer benefícios financeiros pessoais.

Segundo Ferreira Filho (2002), este último foi o maior lazareto instalado na Província de Sergipe na segunda metade do Século XIX, correspondendo ao grande número existente de doentes portadores da varíola. Sob os cuidados da Provedoria Provincial de Saúde Pública, o estabelecimento deveria funcionar até o mês de dezembro de 1859, quando então seria desativado, a exemplo de outros lazaretos abertos em regime de emergência por toda Província, para atender as vítimas da epidemia, conforme os dois da própria cidade de Estância.

Apesar das modestas instalações, este lazareto de maior porte passou a ser considerado como um hospital pelo próprio Dr. José Lourenço em seu relatório final de dezembro desse mesmo ano; a sociedade estanciana da época não demorou para passar a referir-se ao lazareto como Casa de Saúde Senhora do Amparo, em homenagem a Nossa Senhora do Amparo, que despertava grande devoção àquela comunidade.

Entre os meses de agosto e dezembro de 1859, foram internados 138 doentes na Casa de Saúde Senhora do Amparo de Estância, dos quais 71 do sexo masculino e 67 do

sexo feminino, com o registro total de 11 mortes por varíola, sendo 5 do sexo masculino e 6 do sexo feminino.

De acordo com Ferreira Filho (2002), o Dr. José Lourenço de Magalhães encerra seu relatório à Provedoria de Saúde da Província, ao final daquele legado, relatando sua vivência e o sofrimento do povo da cidade de Estância, diante da epidemia.

A bexiga, que mora entre nós desde dezembro do ano passado de 1858, conservou-se esporádica até abril deste ano de 1859, e a negligência e a falta de medidas adequadas animaram-na em seus estragos, e o mal com facilidade tomou o caráter epidêmico, fazendo d'ali em diante não pequeno número de vítimas, e levando o desânimo à população quase desmaiada pelos males sucessivos, que de tempos para cá têm passado sobre ela (FERREIRA FILHO, 2002, p. 11).

Ferreira Filho (2002) afirma que no final do século XIX, após as experiências sofridas, a sociedade estanciana, principalmente entre os que compunham a elite mais culta da cidade, reconhece a importância de a cidade dispor de um hospital em tempo integral, e não somente nos casos de emergência, como era a filosofia dos governos provinciais da época.

Diante disso enraizou-se a ideia de dar continuidade à manutenção daquela casa de saúde, denominada por todos como “Senhora do Amparo”. A partir de então realizou-se um verdadeiro mutirão social em Estância com o intuito de alcançar esse objetivo. Como afirma o Sr. Carlos Oliva Sobral, conhecido por Sr. Carlito, membro e um dos últimos presidentes da Sociedade de Beneficência Amparo de Maria,

muito antes que o governo da província se preocupasse com a saúde pública em Sergipe, já em Estância, através de seus filhos ilustres, que cuidavam de criar condições para que as casas de saúde saíssem de simples albergues usados para tratamentos empíricos dos doentes, para transformá-las em hospital assistido por médicos (SOBRAL In FERREIRA FILHO, 2002, p. 8).

Esses “filhos ilustres” pertenciam às famílias D'Ávila, Souza Vieira, Dantas, Brandão e Oliva, que em 1859 fundaram a Sociedade de Beneficência Amparo de Maria, comprometidos em trabalhar pela saúde da comunidade carente. Iniciaram suas atividades com um limitado número de sócios, aproximadamente 30 pessoas.

O primeiro grupo a dirigir a entidade era composto por um diretor, um provedor e um tesoureiro, sendo eles os senhores Izaías Horácio de Souza, José de Araújo Ribeiro e Saturnino Vieira de Souza. Ao ser fundada, a entidade iniciou suas atividades provisoriamente em uma casa alugada situada a Rua do Capim Macio, atual rua Dr. Vicente Portela.

Assim, tiveram início as atividades da Casa de Saúde Senhora do Amparo, em uma rua estreita que passava por trás do Paço Municipal de Estância, atualmente a Prefeitura da cidade.

No ano seguinte, através da Lei Provincial de nº 600 de 10 de maio de 1860, foi criado oficialmente o Hospital Amparo de Maria, objetivando atender as pessoas desprovidas de recursos financeiros.

Para Roberto Machado,

O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação [...] Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. E alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento (MACHADO, 1974, p.59).

A concepção de hospital que se tinha no século em questão parecia ser de morte e não de vida, evidenciava-se o pobre doente, que à beira da morte, deveria ser separado dos demais para não contaminá-los, evitando o contágio. Os hospitais nasciam de uma visão assistencialista e destinando-se especialmente aos pobres.

No Brasil dos anos 60, diante do crescimento da população, da evolução do processo de urbanização, medidas tinham que ser tomadas para o controle das condições de saúde; dada a precariedade do saneamento, os médicos sanitaristas estavam preocupados com a proliferação de doenças. O poder público, porém, não disponibilizava de verbas suficientes, assim os primeiros hospitais surgiram a partir de duas grandes instituições operantes: a Igreja, por meio das Santas Casas de Misericórdia, e o Exército.

Em Sergipe, segundo o Dr. Henrique Batista Silva (2006), médico e pesquisador, para dar suporte à nova medida adotada pelo governo através dos serviços sanitários, seria necessário equipar o Estado de infraestrutura que desse resposta às ações implementadas.

Uma das ações realizadas foi a criação das instituições sanitárias que serviriam de apoio técnico científico bem como instrumental no combate às profilaxias que surgiam no Estado.

De acordo com o Dr. Henrique Batista Silva (2006), o primeiro nosocômio, como eram também chamados os hospitais, iniciou suas atividades na capital sergipana em 16 de fevereiro de 1862, com o nome de Hospital de Caridade Senhora da Conceição.³

A lei provincial nº 600 de 1860 autoriza a criação do Hospital Amparo de Maria, mas não disponibiliza verbas, e o hospital continua a funcionar de maneira improvisada em uma casa alugada no município de Estância.

Segundo Ferreira Filho (2002), o Dr. João Vieira Leite, médico clínico da época que também doava seus préstimos profissionais, observando as deficiências nas instalações, começou a disseminar a ideia da necessidade de se dispor de uma nova sede para aquela casa de saúde, agora hospital, proposta á qual aderiu a sociedade estanciana.

Assim, os fundadores e sócios da Sociedade de Beneficência Amparo de Maria tornam-se mantenedores do hospital, tendo os associados que mobilizar a cidade através de campanhas de arrecadação de fundos para a construção da sede do hospital.

De acordo com Carlos Oliva Sobral (2002), o Pe. Domingos Quirino de Souza e o Exmº. Juiz Dr. Ângelo Francisco Ramos lideraram a campanha para arrecadar fundos; embora a comunidade tenha se sensibilizado e embora todos os esforços tenham sido mobilizados, somente em 1862 foi possível adquirir uma casa, em função de verba no valor de \$4.000(Quatro Contos de Réis) aprovada por outra resolução provincial (nº 650 de 02 de maio do mesmo ano); ainda assim, a casa situada a Rua Francisco Camerino necessitava de reformas e ampliações.

Segundo Ferreira Filho (2002), apesar de a casa já ter sido adquirida, continuou a campanha de arrecadação de fundos na comunidade. Liderada pelo Padre e pelo Juiz

³Ao se considerar esta data, o Hospital Regional Amparo de Maria é o hospital mais antigo de Sergipe e em funcionamento até o presente, pois ele inicia suas atividades em 10 de maio de 1860.

de Direito, contou com a colaboração de um grupo de 30 homens que faziam parte da Sociedade de Beneficência Amparo de Maria, liderados pelos senhores Dr. Vicente Portela, o Comendador João Augusto Nóbrega e o Sr. Manoel da Silva Heitor propuseram a contribuição mensal de \$1.000.

Ferreira Filho (2002) relata que dentre esses ilustres colaboradores, destacam-se as figuras de Olimpio Freire D'Avila, Alcebiades Martins Fontes, Domingos Alves Ribeiro, Sizenando de Souza Vieira (filho do Coronel Paulo de Souza Vieira, proprietário do famoso Engenho São Félix, e pai do Dr. João Vieira Leite, médico do citado hospital), o poeta Constantino José Gomes de Souza, o Dr. José Lourenço Magalhães (fundador do lazareto que deu origem ao Hospital), o Sr. Guilherme de Souza Campos (que mais tarde se tornou Governador de Sergipe), o Sr. Felisberto Fontes Melo, pai do médico Dr. Jessé Fontes, que posteriormente prestaria relevantes serviços ao hospital, dentre outros. Ressalta-se também a participação dos membros da Igreja Católica, o Padre José Florêncio e o Monsenhor Antônio Fernandes da Silveira, fundador da imprensa em Sergipe, na cidade de Estância.



Figura 3: Fachada do Hospital à Rua Camerino

Após cinco anos, em 25 de março de 1867, finalmente foi inaugurada com grandes comemorações, de acordo com os relatos de Carlos Oliva Sobral e do Dr. Clodoaldo Ferreira Filho, a nova sede do Hospital Amparo de Maria, à Rua Camerino, cujo prédio recebeu influência do modelo arquitetônico inglês e trazia em sua fachada o lema “*Quem dá aos pobres empresta a Deus*”; o mesmo lema foi também registrado posteriormente por um dos maiores pintores sergipanos, Horácio Hora, em sua tela “Miséria e Caridade” de 1884, em homenagem à origem do Hospital Amparo de Maria, doada ao hospital pelo próprio artista.

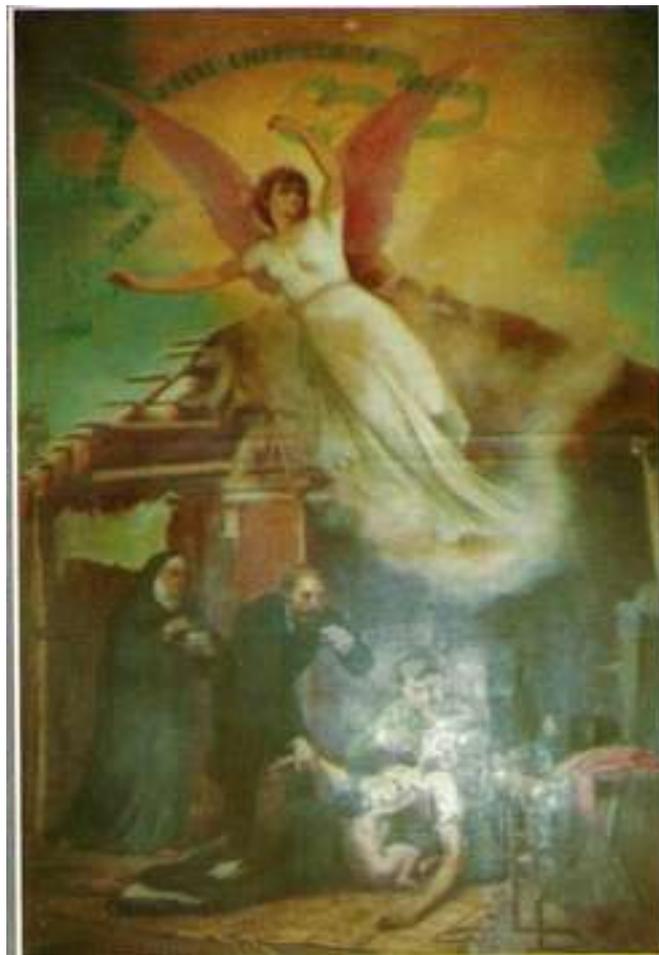


Figura 4: Tela “Miséria e Caridade”

A tela permaneceu nas dependências do hospital durante décadas, sendo encaminhada em 2004 ao governo do Estado de Sergipe, por medidas de segurança, devido ao seu valor histórico e financeiro.

Sobral afirma que, na mesma data da inauguração da nova sede do Hospital, a Sociedade de Beneficência Amparo de Maria oficializa-se como sua mantenedora, sendo uma instituição de cunho filantrópico.

1.4 Hospital Amparo de Maria: a regionalização

Na virada do século XX, o Hospital já estava há 40 anos prestando serviços à comunidade estanciana e tinha também conquistado a credibilidade da população, segundo Carlos Oliva Sobral, dados os esforços e empenho dos sucessivos presidentes da entidade mantenedora. O reconhecimento e a confiança eram demonstrados através de doações de bens de herança ao hospital.

Aliás, uma das características marcantes desta entidade foi sua eficiente maneira de administrar os recursos recebidos. A confiança da população era tamanha na administração do Hospital que muitos deixavam seus bens de herança em favor da Sociedade (SOBRAL In FERREIRA FILHO, 2002, p. 13).

No início do século, o hospital começa a ser reconhecido como instituição moderna, como estabelecimento modelo, resultado da atuação dos médicos Dr. Josaphat da Silveira Brandão e Dr. Jessé de Andrade Fontes.



Figura 5: Hospital, em 1959

Como relata Ferreira Filho (2002), os médicos aplicaram modernas técnicas da medicina da época nos serviços do hospital, tais como novos métodos cirúrgicos trazidos da Faculdade de Medicina da Bahia, pautados nos seus recentes estudos dos conceitos de bacteriologia importados da Europa, especialmente da França.

Pode-se observar que para um hospital do interior da província era um grande marco desenvolver atividades modernas, destacando-se na sociedade e repercutindo no Estado.

Ferreira Filho (2002) diz que como exemplo dessa modernidade registra-se o fato de o médico cirurgião do hospital, Dr. Edilberto Campos, ter mandado comprar na época uma moderna banca para operações, que veio diretamente de Paris, ao custo de \$6.000.

Em 17 de fevereiro de 1907, o jornal “A Razão”, da própria cidade, noticia uma cirurgia de amputação de uma perna, realizada pelos médicos Josaphat Brandão, Edilberto Campos e João Dantas de Magalhães, que obteve uma grande repercussão pública:

Os distintos operadores fizeram com admirável rapidez e escrupuloso asseio a amputação de uma perna que tendo sido esmagada pela roda

de um carro, não pode ser conservada, apesar do empenho empregado para esse fim. Adeptos fervorosos e entusiastas do novo methodo asséptico, consoante os ensinamentos de bacteriologia e pathologia modernas, os ilustres médicos viram seus esforços cercados do melhor sucesso, pois vinte e poucos dias após a operação, a cicatriz já está completa, sem que a mínima parcella de puz perturbasse a marcha da operação cicatricial. Louvores aos abeis profissionais e a esta instituição, que tanto bem tem feito aos desvalidos (Jornal A RAZÃO, 1907 In FERREIRA FILHO, 2002, p. 14).

De acordo com Sobral, vários médicos de notável reconhecimento deram sua contribuição fazendo parte do corpo clínico do Hospital, entre eles o Dr. Edilberto de Souza Campos, sergipano formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, autor de obras literárias sobre a medicina. Em 1907 tornou-se Secretário do Governo do Estado, período em que prestou relevantes contribuições à Sociedade de Beneficência Amparo de Maria.

O empenho da sociedade estanciana em prol da entidade pode ser comprovado também através da organização e promoção de campanhas para arrecadar recursos para o hospital, tal como mostra o anúncio veiculado no Jornal “A razão” datado de 19 de junho de 1927, onde anunciava-se uma festa em prol do Hospital, a “Feira Chic:

Realizar-se há, hoje, no jardim <<Raimundo Costa Carvalho>>, à Praça Woshington Luis e não no Jardim Aristam Silveira, como havíamos noticiado no nosso numero passado, a bella festa em prol do hospital de caridade << Amparo de Maria>>.É de suppor que a ideia abençoada de alguns moços da nossa terra, se realize revestida o tais feliz êxito, para que o auxílio de que nosso hospital se acha BEM carente seja satisfatório. Constara a festa, de uma feira chic onde se encontrarão varias e agradáveis diversões, taes sejam: Kermesse, Telegrapho, Pharmacia, venda de flores, etc. Abrilhantar a festa a sympathizada philarmonica <<Lira Carlos Gomes>>.

<<A Razão>> com os seus aplausos à inspirada ida faz votos para que Ella se realize alcançando os mais felizes resultados (Jornal A RAZÃO, 1907 In FERREIRA FILHO, 2002, p. 15).

É notória a importância da instituição para a sociedade da época, dadas as práticas de envolvimento e mobilização para ajudar a mantê-lo.

Mas, nem tudo foi glorioso na trajetória do hospital. Em 1934, segundo Ferreira Filho (2002), o hospital enfrentou sérias dificuldades de ordem financeira, com o número de sócios reduzidos e um déficit financeiro superior a \$9.000.000 (Nove Mil

Contos de Réis); diante disso, tanto a estrutura do hospital quanto o atendimento prestado à comunidade ficaram comprometidos.

O Jornal “A Estância”, à época de propriedade do médico e Presidente da Sociedade de Beneficência Amparo de Maria, Dr. Pedro Soares, relatou este fato na edição de 24 de junho de 1934,

Outro estabelecimento de caridade, que a Estância lamentavelmente desampara, pelo menos nos fazem compreender as aparências, sem a compaixão da sua dádiva generosa, sem o sorriso do seu carinho, e sem o benefício dos seus esforços em prol do engrandecimento do mesmo, é o Hospital Amparo de Maria. Não podemos acreditar que uma cidade como esta, cujo grau de cultura do seu povo é admirado ai por fora, onde os capitais bem aplicados já edificaram, podemos dizer, o nosso progresso econômico, cujo comércio em relação ao de outras cidades, tem a solidez das firmas garantidas, deixe o seu Hospital de Caridade nas condições deploráveis em que o Amparo de Maria se encontra (Jornal A ESTÂNCIA, 1934 In FERRERA FILHO, 2002, p16).

Este apelo feito pelo jornal mostrava a situação difícil na qual se encontrava o hospital. No entanto, passados cerca de oito anos, em meio à Segunda Guerra Mundial, o hospital desempenha uma importante missão ao acolher os náufragos dos navios torpedeados pelos submarinos alemães no litoral sergipano e no litoral norte da Bahia, mais especificamente onde hoje se encontra o povoado de Mangue Seco.

Percebe-se nos escritos e relatos do Sr. Carlos Oliva Sobral que muitas vezes o Hospital Amparo de Maria e a Sociedade de Beneficência Amparo de Maria pareciam uma só instituição, e não um hospital e uma sociedade mantenedora.

Já em Clodoaldo Ferreira Filho, que também foi médico atuante e dirigente do hospital, percebemos a dissociação dessas duas instituições, todavia deixando claro a Sociedade como mantenedora daquele nosocômio.

Nas escritas e relatos de Ferreira Filho e Sobral, no final do século XX o hospital teve sua existência pautada por períodos críticos, outros promissores, sempre dependendo da política econômica e partidária dos governos nacionais e estaduais de saúde, sempre caracterizada como uma entidade dependente de auxílios públicos e de entidades sociais para manter-se em funcionamento; mas, porém, também sempre fiel ao seu espírito de filantropia, prestando serviços de atendimento aos cidadãos mais necessitados.

Constata-se que o poder político e religioso esteve constantemente envolvido na administração do hospital, seja de forma indireta, através de repasses de recursos financeiros, ou diretamente sendo administrado por médicos, políticos ou religiosos influentes. Conforme mostra Ferreira Filho, entre médicos, diretores e presidentes, estiveram Dr. Jessé Fontes, Dr. Josaphat Brandão, Dr. Edilberto de Souza Campos, Dr. João Dantas de Magalhães, Dr. Pedro Soares, Dr. Paulo Amaral Lopes, Dr. Walter Cardoso Costa, dentre outros.

Para Sobral, a década de 70 marcou uma etapa muito significativa na trajetória do hospital, sendo considerado referência em saúde na região Sul de Sergipe, procurado não apenas pela população estanciana, mas por cidades vizinhas da região Sul do Estado. Diante dessa procura e da necessidade de melhor atender a população e os municípios vizinhos, o Governo estadual disponibilizou recursos para a construção de um novo prédio, de estrutura mais ampla.

Em 1978, foi inaugurado o novo prédio do hospital, construído com recursos do governo estadual na gestão do Sr. José Rollemberg Leite, mas entregue à população no governo do Dr. Augusto Franco.

A nova estrutura, localizada anexa à original, com acesso principal pela Rua Dr. Jessé Fontes, adquiriu caráter de hospital de grande porte, como afirma o Dr. Clodoaldo Ferreira Filho, configurando-se como um hospital regional e passando a assumir a sua nova designação: Hospital Regional Amparo de Maria – HRAM.

O antigo prédio, inaugurado em 1867, na Rua Camerino, continuou em atividade por alguns anos, sendo depois desativado. Décadas mais tarde volta a funcionar como Centro de Assistência Médica.

Segundo Ferreira Filho (2002), a partir de 1978, com o novo prédio, foram estabelecidas as diferenciações dos serviços por espaços físicos no hospital, entre Pronto Socorro, Maternidade, Enfermarias de Clínica Médica, de Pediatria, de Clínica Cirúrgica, Setores de Exames e Setores Administrativos diversos.

Nota-se que, com a nova estrutura, o hospital adquiriu características de grandiosidade, onde os serviços são distribuídos e organizados, e o quadro funcional é ampliado. Conseqüentemente, todo um novo ciclo administrativo se compõe diante do novo referencial de destaque em que o hospital se coloca no Estado.

As mudanças não param, mas infelizmente, nem sempre são para melhor; como relata o Sr. Carlito, com o passar dos anos o poder público deixou de repassar recursos

financeiros suficientes para ajudar a manter o hospital, e a Sociedade de Beneficência Amparo de Maria, por sua vez, não contava mais com sócios de posses que contribuía mensalmente.

Apesar de o Hospital dispor de um patrimônio considerável, tendo recebido em tempos anteriores algumas heranças, a situação se agravou quando, por motivos políticos, deixou-se de recolher o aluguel aos cofres do hospital do prédio onde funcionava o Mercado Público, de propriedade do Hospital, alugado a Prefeitura Municipal. Outro terreno alugado como campo de futebol, localizado próximo ao prédio do hospital, também foi ameaçado de desapropriação, deixando o hospital em situação difícil novamente.

Na década de 90, várias mudanças na estrutura administrativa ocorreram, e diversos administradores e diretores passaram pelo hospital, a exemplo do Sr. Misael Abreu, Irmã Expedita⁴, Dr. Moisés Abreu Neto, Tenente Soares, o Sr. Ailton Ávila. E alguns Presidentes da Sociedade de Beneficência como o Bispo D. José Bezerra Coutinho, o Sr. Nivaldo Silva e o Sr. Carlos Oliva Sobral.

Em 1997 compunham a administração do Hospital o Presidente da Sociedade de Beneficência Amparo de Maria, Sr. Carlos Oliva Sobral; o Diretor Administrativo, Sr. Ailton Soares Ávila e o Diretor Clínico, Dr. Clodoaldo Ferreira Filho. É no final dos anos 90 que o hospital passa por um gerenciamento inovador, buscando informatizar o sistema de atendimento, pleiteando recursos financeiros junto a entidades governamentais, conseguindo adquirir modernos equipamentos de saúde e autorização para reformas nas instalações através de recursos liberados pelo Governo do Estado.

È também dessa época a criação do Informativo HRAM, um periódico com o objetivo de informar a população dos acontecimentos de relevância para o hospital, ora noticiando suas conquistas, ora noticiando as dificuldades enfrentadas.

Na organização do Informativo estava o Jornalista Paulo César dos Santos, que relata:

⁴Interessante ressaltar que tanto nos relatos escritos de Ferreira Filho quanto nos de Sobral, em nenhum momento é comentada a presença das irmãs de caridade no hospital. As freiras da Congregação das Irmãs Franciscanas Hospitaleiras da Imaculada Conceição atuaram no hospital por muitos anos, ora pregando e levando o conforto aos doentes, ora prestando serviços de enfermagem, ou ainda, dispondo de um tempo na administração do hospital. Tinham sua residência dentro das imediações do hospital, bem como contavam com uma capela onde eram feitas orações e celebrado missas. Mas, reiteramos, em nenhum momento encontramos nos relatos escritos menções à influência religiosa e à presença das freiras no hospital.

ingressei no Hospital Amparo de Maria no dia 03 de fevereiro de 1997, a convite dos senhores diretores, que à época tinham o desejo de editar um informativo do HRAM. Eis que surge o Informativo HRAM, que teve dez números sendo desativado devido ao alto custo de um projeto como esse (SANTOS, 2002 In FERREIRA FILHO, 2002, p.18).

O Informativo HRAM foi desativado devido à falta de recursos financeiros, como disse o jornalista Paulo César, pois havia outras necessidades mais importantes e o hospital não podia gastar com atividades que não fossem fins, a exemplo de medicamentos, alimentação e recursos humanos.

Apesar das dificuldades enfrentadas ano após ano, o Hospital Regional Amparo de Maria permanece prestando serviços de saúde à comunidade estanciana e aos municípios vizinhos, tanto de Sergipe como os mais próximos da Bahia.

1.5 De estabelecimento modelo à intervenção judicial



Figura 6: Hospital, em 2004



Figura 7: Fachada do Hospital à Rua Dr. Jessé Fontes, em 2004

O Hospital Regional Amparo de Maria é considerado um dos hospitais mais importantes do Estado de Sergipe, pois consegue resolver a maioria dos casos de enfermidade que chega até ele. Segundo o Dr. Clodoaldo Ferreira Filho, este hospital é o maior em estrutura médico-hospitalar do interior do estado, pois conta com uma estrutura física de cerca de três mil metros quadrados de área construída, com 157 leitos. O HRAM tornou-se o hospital de referência em toda região Centro-Sul de Sergipe e de

alguns municípios circunvizinhos do Estado da Bahia, a exemplo de Jandaíra e Rio Real, atendendo cerca de dez mil pacientes por mês através de diversos serviços: pronto-socorro, clínica médica, cirúrgica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, ortopedia, serviços ambulatoriais de consultas e exames, serviço de radiologia, eletrocardiografia, laboratório, ultrassonografia, fisioterapia, hemoterapia com coleta e transfusão sanguínea, citologia e colposcopia, dentre outras especialidades.

Para Ferreira Filho, a maior conquista do hospital nos últimos anos foi a inauguração da sua nova maternidade, em março de 2002, que também engloba o Centro de Assistência à gestante e ao recém-nascido, resultante do projeto REFORSUS do Ministério da Saúde.

É relevante ressaltar que a nova maternidade foi construída no local onde funcionava o antigo hospital inaugurado em 1867 à Rua Camerino, sendo preservada e restaurada a fachada original, secular, tombada como patrimônio histórico.

Como afirma Dr. Clodoaldo, eram tempos de fartura, no qual não faltava nada: medicamentos, alimentação, lençóis para os leitos, médicos. Entretanto, nem tudo foi glória, chegaram as dificuldades: com a falta de verbas, os salários e o pagamento de fornecedores foram atrasados, dando início às racionalizações.

O hospital começou a perder seu patrimônio adquirido, como por exemplo, as casas que recebeu em herança; de maneira inexplicável, perde também o título de filantropia e contrai uma dívida impagável junto ao Governo Federal. Diante da ingerência, acabou sofrendo uma intervenção judicial, pois sendo considerado regional e de utilidade pública, não poderia fechar.

Assim, no ano de 2004, o hospital tem sua diretoria afastada por determinação do Ministério Público e assumem o comando interventores, representantes das esferas estaduais e municipais, sob o comando de um juiz, representante do Ministério Público que, a partir desse momento, começam a investigar as causas do colapso financeiro que resultou no afastamento da diretoria do hospital. Concomitantemente, os interventores também ficaram responsáveis pelo gerenciamento administrativo do hospital.

Atualmente, ainda sob intervenção judicial, o hospital atravessa uma de suas maiores crises, com ameaça de fechar as portas, sendo que diante da enorme dívida, segundo seus interventores, e um aparente desinteresse político, outro hospital está sendo construído na cidade e o Hospital Regional Amparo de Maria corre o risco de ser desativado e ficar apenas no passado de Estância.

Resgatar os aspectos históricos do Hospital proporciona visualizar a trajetória desta instituição que ajudou a salvar tantas vidas. Esta instituição enfrentou obstáculos financeiros, em sua estrutura física, em seus recursos humanos, sendo que hoje sob intervenção judicial, passa por momentos difíceis, sendo que seus funcionários e toda sociedade manifestam preocupações quanto ao destino dessa casa de saúde.

Salientamos que os problemas das instituições de saúde são uma preocupação constante em todo o país. Nos noticiários em rede nacional, são recorrentes as reportagens sobre dificuldades que a população enfrenta com a falta de assistência à saúde pública, cobrando-se dos governantes soluções breves quanto à falta de atendimento básico.

Mesmo nesse cenário de grandes dificuldades, o Hospital continua inovando no atendimento prestado à sociedade estanciana e demais pacientes oriundos de cidades vizinhas. Com uma visão humanística e uma equipe multidisciplinar, práticas educacionais são realizadas no hospital, que em 2005 passa a ter no seu quadro de colaboradores uma pedagoga. Durante o período de 2005 a 2010 as atividades de humanização se intensificaram, foram implantados três projetos com características lúdico-educativas que envolveu pacientes e funcionários do hospital. Uma equipe multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicóloga e pedagoga participaram intensamente dessas atividades com diversas intervenções junto aos pacientes. Esse processo será abordado no terceiro capítulo.

O estudo deste hospital, inserido nesta cidade, nos ajuda a compreender o processo de organização e estruturação da cidade para, num primeiro momento, “cuidar” de seus doentes e, num segundo momento, com as dificuldades de manutenção do hospital e das novas necessidades dos pacientes, iniciar um processo de “humanização” no ambiente hospitalar, com a participação da pedagogia neste espaço tradicionalmente da área da saúde.



Brinquedoteca

Espaço Desafio, Brinquedo e Alegria

Que bom que
você chegou!

Capítulo II
Estado da Arte

Mickey

Mesquita
GUARÓS
999-5106

Este capítulo tem por objetivo apresentar um panorama das pesquisas realizadas no Brasil sobre a humanização hospitalar e suas relações com a educação. Optamos por organizar este capítulo agrupando as pesquisas e seus autores de acordo com três conceitos principais: Pedagogia Hospitalar, Classe Hospitalar e Escola Hospitalar. Esses conceitos norteiam as práticas lúdico-educativas desenvolvidas no ambiente hospitalar e diferem em vários aspectos que serão apresentados no decorrer do texto. Além desses conceitos, trazemos à luz o que a legislação brasileira diz sobre este assunto que tem despertado o interesse de pesquisadores, profissionais de diversas áreas, como Saúde, Educação, Serviço Social e Direito.

A produção científica nacional teve início em 1989 com a dissertação de mestrado de autoria da Assistente Social Maria Margarida Teixeira Mugiatti⁵, intitulada “Hospitalização escolarizada: uma nova alternativa para o escolar doente.

É necessário conhecer os conceitos, a base legal e as práticas educacionais desenvolvidas em alguns hospitais para que possamos refletir, analisar e contribuir com as pesquisas que têm sido realizadas em torno dessa temática. Outros aspectos relevantes para este estudo são as divergências entre pesquisadores, que buscam legitimar o seu posicionamento, visto que alguns já possuem adeptos aos seus conceitos e seguem suas linhas de pesquisa e pensamento. Os autores buscam legitimar os seus conceitos mostrando a pertinência que há em suas pesquisas, trabalhos e ações educacionais desenvolvidas nos ambientes hospitalares.

Os autores que iremos apresentar trazem conceitos sobre a Pedagogia Hospitalar, Classe Hospitalar e Escola Hospitalar, pois cada conceito se diferencia em vários aspectos como, por exemplo, metodologias, didáticas e em relação aos espaços hospitalares onde são desenvolvidas as atividades. Outros fatores que diferenciam uma abordagem de outra são os que se relacionam ao porte do hospital, do público que atende, da rotatividade do paciente, da diversificação da faixa etária e do seu tempo de permanência no hospital. Esse conjunto de fatores influencia as ações que podem ser desenvolvidas em ambientes hospitalares, as possibilidades de intervenções educacionais maiores ou menores e influencia também o tempo de permanência dentro do hospital (curto, médio e longo prazo).

⁵Assistente Social que atuava há 15 anos em dois hospitais de Curitiba, percebe a importância da oferta educacional a escolares em situação de hospitalização e se mobiliza a fim de torná-la uma realidade.

Diante do levantamento bibliográfico realizado, percebemos que o atendimento educacional disponibilizado ao paciente vai se dar, principalmente, de acordo com o porte do hospital e do tipo de atendimento que este oferece. Por exemplo, os hospitais destinados ao tratamento do câncer, de queimados ou para pacientes renais – tratamentos de média e longa duração – devem estar preparados para uma intervenção educacional maior, pois o tempo de permanência deste paciente no hospital será longo e poderá comprometer o ano/semestre letivo escolar. Em hospitais gerais, ou hospital-dia, as necessidades são outras, pois o período de permanência no hospital varia muito, de um dia até o máximo de 20 dias. Neste caso, a intervenção educacional deve suprir as necessidades momentâneas e de curto prazo.

Essas características são as que irão justificar principalmente as práticas educativas desenvolvidas nos hospitais, conceituadas como Classe Hospitalar, Escola Hospitalar ou Pedagogia Hospitalar.

Este capítulo visa apresentar esses conceitos e práticas educativas, objetivando atrelar essas construções teóricas à experiência dos projetos de humanização desenvolvidos no HRAM que apresentaremos na sequência do trabalho.

2.1 Escola hospitalar

De maneira mais abrangente, para obtermos um panorama das pesquisas realizadas nacionalmente e daí podermos agrupar os autores por suas respectivas áreas pesquisadas, iniciamos analisando a dissertação de mestrado de Oliveira⁶ (2010), intitulado “Projeto Hospitalar Escola Móvel – Aluno Específico: cultura escolar e debate acadêmico”, em que a pesquisadora faz um marco teórico entre 1989 a 2008, e traz uma catalogação de toda produção científica realizada no Brasil, formada por 48 dissertações de mestrado, 10 teses de doutorado, 55 artigos científicos, 4 Anais de Encontros Nacionais de Atendimento Escolar Hospitalar, além de 9 livros, concluindo sua pesquisa com um estudo de caso, relacionado a sua experiência enquanto profissional da educação desenvolvendo atividades educativas em um hospital.

⁶Fabiana Aparecida de Melo Oliveira foi estagiária bolsista do curso de Letras pela Universidade de São Paulo no projeto Escola Móvel Aluno Específico (Emae), durante o período de 2002 a 2006.

A dissertação de Oliveira (2010) tem uma conotação ampla; ao realizar um levantamento da produção científica sobre a temática abordada, a autora nos apresenta os conceitos sobre as atividades educacionais desenvolvidas nos hospitais sob a ótica de vários autores, cujas produções são um esforço para apresentar respostas sobre a problematização das possibilidades e necessidades de atender educacionalmente ao aluno/paciente hospitalizado.

Assim, Oliveira (2010) cataloga o conjunto de dissertações brasileiras que pesquisou dividindo-as em eixos temáticos: formação de professores, experiências pedagógicas desenvolvidas em hospitais, relação entre escola hospitalar e escola de origem, o aluno da escola hospitalar em cena, o professor da escola hospitalar em debate, pedagogia hospitalar e uso de novas tecnologias, escolarização de crianças com doenças crônicas, o impacto do câncer na vida de crianças e adolescentes, atividades lúdicas em ambiente hospitalar e, por fim, formação docente para o trabalho em ambiente hospitalar.

Dessa forma, podemos observar que entre os temas descritos pela autora, constam também a formação docente e a atuação do professor no ambiente hospitalar, não apenas em pedagogia, mas a formação de professores de um modo em geral, sendo observada a transdisciplinaridade em pesquisas de profissionais da área de ciências, matemática, artes, assim como no que se refere a tecnologias e relações humanas.

O trabalho de Oliveira (2010) suscita também reflexões sobre as políticas públicas, pois os trabalhos pesquisados mostram que entre a teoria e a prática existe uma grande disparidade no que se refere a garantias, na forma da lei, do direito à criança e ao adolescente de terem o atendimento educacional no hospital, pois nem todos os hospitais cumprem a lei e lhes asseguram esse direito. Isso é extensivo também à formação docente, que atualmente perpassa a formação inicial de professor, seja pedagogo ou de outra disciplina, uma vez que já existe especialização para prepará-lo para a atuação em hospitais. A especialização distingue, por exemplo, o currículo e as possibilidades de ensino, observando cada especificidade do aluno hospitalizado, quer seja a patologia enfrentada, quer seja idade e série, como também as nomenclaturas de acordo com os conceitos elaborados pelos pesquisadores.

Oliveira (2010), ao analisar o conjunto dos trabalhos, contribui também para mostrar que alguns evidenciam mais o caráter humanizador – cujo foco está ligado à

afetividade e à terapia junto ao hospitalizado – do que o caráter educacional que visa o acompanhamento do processo de escolarização do aluno/paciente.

Por fim a pesquisadora problematiza a prática docente oriunda da Escola Móvel-Aluno Específico, ressaltando elementos da sua concepção, objetivos educacionais, currículo, avaliação, formação docente, dentre outros aspectos inerentes do projeto.

Vemos no trabalho de Oliveira um esforço em evidenciar a existência das práticas educativas em hospitais, diante da vasta pesquisa realizada, o registro de suas experiências compartilhadas no trabalho e o convite e incentivo a novas pesquisas, e uma necessidade de este debate evoluir.

Assim, iniciaremos nossa discussão apresentando o próprio trabalho de Oliveira (2010) que apresenta características de Escola Hospitalar, no qual, após realizar uma vasta pesquisa em torno dos segmentos educacionais no ambiente hospitalar, apresenta o seu lócus de pesquisa e seu objeto que é o Projeto Escola Móvel Aluno Específico – Emae, dedicado à oferta educacional para crianças e adolescentes em tratamento de neoplasias no Instituto de Oncologia Pediátrica (IOP), na cidade de São Paulo, vinculado ao Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina e administrado por uma ONG, o Grupo de Apoio ao Adolescente e a Criança com Câncer (Graacc).

Como afirma Oliveira (2010), as atividades da Emae tiveram início em 2000; é um projeto que busca parcerias entre a escola hospitalar e a escola de origem, fruto da iniciativa de educadores que buscaram parcerias com outros profissionais da saúde e órgãos de origem governamental e não-governamental. A estrutura da Emae apresentada por Oliveira (2010) mostra um projeto grandioso, com reconhecimento em todo Estado onde está localizado o hospital e em outros estados de origem dos pacientes lá atendidos, proposta pedagógica articulada com a LDB e Parâmetros Curriculares Nacionais, banco de dados dos atendimentos realizados aos pacientes e vínculo com a escola de origem dos mesmos.

A organização, os relatórios e registros dos atendimentos realizados pelos profissionais que atuam no projeto lhes dão respaldo legal para a legitimação das atividades educacionais desenvolvidas na Escola Hospitalar; como afirma Oliveira (2010),

o conjunto de registros que se compõe ao longo do ano sobre as atividades pedagógicas desenvolvidas pelos alunos e sobre o andamento de seu tratamento é o que serve como argumento para os educadores e o que faz com que as instâncias superiores intervenham e garantam a aprovação desses alunos (OLIVEIRA, 2010, p. 205).

Outro aspecto relevante na pesquisa apresentada por Oliveira (2010) são os estudos de casos específicos de alunos/pacientes; a partir deles são observados e analisados os desafios no desenvolvimento da proposta de trabalho da escola hospitalar, diante das intervenções hospitalares e das patologias enfrentadas por alunos/pacientes.

Nessa linha de pesquisa sobre Escola Hospitalar destacamos a pesquisadora Mugiatti (2009), pioneira ao desenvolver pesquisas sobre a escolarização no hospital; para tanto elaborou um projeto denominado Hospitalização Escolarizada, buscando apoio de recursos humanos e financeiros para consolidá-lo.

Mugiatti (2009) centra sua discussão na relação saúde e educação; sua proposta é conciliar esses dois interesses, cujo maior objetivo é evitar a ruptura do tratamento e a evasão escolar. Há duas décadas, a autora já levantava preocupações sobre o afastamento das crianças da escola por motivo de doença, principalmente quando necessitam ser internadas, pois quebra o vínculo com a escola e aumenta as dificuldades para retornar, sofrendo perdas no processo educacional. Essa preocupação instigou-a a elaborar e desenvolver um projeto nessa perspectiva.

Numa parceria de trabalho que objetivou adquirir subsídios para o desenvolvimento de atividades educacionais em hospital, as pesquisadoras Elizete Lucia Moreira Matos⁷ e Margarida Maria T. de Freitas Mugiatti⁸, em 1993 iniciam uma jornada de buscas acadêmicas voltadas às questões que envolviam o escolar hospitalizado e as possibilidades de favorecê-los nos aspectos pedagógicos, lúdicos e recreativos. De acordo com as pesquisadoras, nesse período elas saem da dimensão teórica e a abraçam a causa como necessidade de ação e intervenção social no que se

⁷Elizete Lúcia Moreira Matos é Doutora em Engenharia de Produção pela UFSC, professora titular da PUCPR; atua no Mestrado em Educação na linha de pesquisa Educação, Comunicação e Tecnologias; coordena o Projeto Eureka@Kids-CNPq; desenvolve projetos e especialização em Pedagogia Hospitalar; atua no curso de Pedagogia da PUCPR.

⁸Margarida Maria T. de Freitas Mugiatti é Assistente Social no Hospital Pequeno Príncipe em Curitiba – PR. Iniciou em 1988 os projetos de acompanhamento educacionais no referido hospital, através de parcerias com a Secretaria de Educação do Município. Atua até a presente data no referido hospital onde desenvolve a mais de 20 anos os projetos educacionais.

refere à escolarização continuada, à inclusão e à humanização no ambiente hospitalar, iniciando um trabalho em parceria no Hospital do Paraná. (MATOS, 2009).

Nas abordagens referentes à Escolarização Hospitalar, pode-se perceber a ênfase na ligação com a escola regular e as parcerias com as secretarias de educação dos municípios onde são desenvolvidas essas atividades; são hospitais de grande e médio porte de internamentos, com atendimento cirúrgico e tratamento pediátrico.

Matos (2009) aborda em sua obra “Escolarização Hospitalar”, diversas experiências e projetos pedagógicos desenvolvidos dentro do hospital, destacando os seguintes projetos: Hospitalização Escolarizada, Classes Hospitalares, E-mail Terapia, Inclusão Digital, Enquanto o Sono não Vem, Sala de Espera e Mural Interativo.

Tais experiências integram professores, equipes médicas, enfermos, familiares, realidades escolares e outros profissionais envolvidos, promovendo assim novos olhares, novos fazeres, novo sentido ao ambiente hospitalar. Minimiza-se no escolar hospitalizado o sentimento de enfermo esperando a cura, tornando-o agente ativo no seu processo de recuperação (MATOS, 2009, p. 203).

Nas escolas hospitalares tenta-se manter uma rotina de horário para as aulas, bem como disponibilizar um local adequado dentro do hospital para que elas aconteçam, sempre respeitando a saúde do aluno/paciente e sua pré-disposição para a realização das atividades.

No Estado do Paraná foi criado em 2005 o Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar – Sareh, por meio da Secretaria de Educação – Seed, com o objetivo de atender educacionalmente aos educandos que se encontravam impossibilitados de frequentar a escola em virtude de situação de internamento hospitalar ou sob outras formas de tratamento de saúde. A proposta de trabalho permitia a continuidade do processo de escolarização, inserção ou reinserção dos alunos em ambiente escolar.

De acordo com Matos (2009), muitas pesquisas foram realizadas para obtenção de dados que dessem relevância e respaldo para a implantação desse serviço em muitos hospitais do Paraná, onde foi realizada também uma ação coletiva e integradora com diversos órgãos municipais e estaduais vinculados tanto à saúde quanto à educação, imbuídos na construção dessa proposta. A Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior do Paraná também foi procurada para discutir a possibilidade da

abertura de Campo de Estágio aos alunos das licenciaturas das universidades estaduais em hospitais universitários estaduais que tivessem demanda para tal.

Após as discussões, estabeleceram-se critérios de participação para celebrar convênios e outros instrumentos de cooperação técnica com instituições de saúde pública, universidades e organizações não-governamentais, em promover a humanização, escolarização e atenção integral a crianças, adolescentes, jovens e adultos internados ou sob outras formas de tratamento de saúde (MATOS, 2009, p. 27).

Matos (2009) aponta que o critério inicial era que fossem unidades próprias do Estado, hospitais-escola das universidades estaduais e instituições com demanda significativa de alunos em idade escolar. Segundo a autora, com esses critérios de indicação das instituições, enfatizou-se a importância da participação dos hospitais universitários para o campo de estágio, possibilitando aos acadêmicos dos cursos de licenciaturas a vivência, sob amparo legal, de estagiar em unidades hospitalares.

Para isso, respaldaram-se no Art. 13, parágrafo 3º das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica em Nível Superior, que tem como finalidade a promoção e articulação das diferentes práticas disciplinares e inovadoras; assim, foi aberto o espaço para a realização de estágio com atuação em outros ambientes, tal como o hospitalar.

O estágio por sua vez, permitiu o contato, a vivência, a prática, oportunizando a realização de atividades lúdicas educativas com os pacientes, observando os resultados alcançados e contribuindo para a ampliação do conhecimento sobre as possibilidades educacionais formais e não formais, dentro de um ambiente até então pensado apenas para o tratamento e recuperação da saúde dos enfermos.

Na escola hospitalar, cabe ao professor criar estratégias que favoreçam ao processo ensino aprendizagem, contextualizando-o com o desenvolvimento e experiências daqueles que o vivenciam. Mas, para a atuação adequada, o professor precisa estar capacitado para lidar com as referências subjetivas das crianças, e deve ter destreza e discernimento para atuar com planos e programas abertos, móveis, mutantes, constantemente reorientados pela situação especial e individual de cada criança, ou seja, o aluno da escola hospitalar (FONSECA, apud MATOS, 2009, p. 40).

Castro apud Matos (2009) apresenta quatro modalidades em que ocorrem as aulas nas escolas hospitalares do Paraná, levando-se em consideração o tipo de

patologia, a estrutura física disponível de cada unidade pediátrica e a condição clínica do paciente:

- a) Multisseriada – aplicada na cirurgia pediátrica, onde o professor utiliza um espaço na própria unidade como sala de aula; os alunos são organizados em grupos por série; as aulas são simultâneas da Educação Infantil ao Ensino Fundamental.
- b) Individual ou Leito – aplicada na clínica pediátrica e serviço de emergência. Os atendimentos são realizados na própria enfermaria, utilizando-se de pranchetas adaptadas para o trabalho no leito.
- c) Isolamento – esse atendimento é realizado na infectopediatria (meningite, HIV, tuberculose...) e no transplante de medula óssea. Nestes ambientes é necessária a paramentação do professor (máscara, luvas e avental) e há desinfecção a cada troca de quarto. É permitida a entrada somente de materiais escolares virgens, que após a alta do aluno, deverão ser levados por ele ou descartados. Os materiais de apoio só poderão ser utilizados desde que a matéria-prima permita a desinfecção por álcool 70%. Na unidade de transplante de medula óssea, além destes cuidados, os livros didáticos e de literatura têm suas páginas plastificadas, e após cada utilização individual deverão passar pelo processo de desinfecção para serem reutilizados.
- d) Classe Hospitalar – Ambulatório de Hemato/Oncopediatria e Ambulatório de Transplante de Medula Óssea. Ambos localizados em imóveis externos ao prédio central do hospital. Nestes são atendidas as crianças que se encontram impossibilitadas de frequentar a escola devido à queda da imunidade, causada pelo pós-transplante ou longo tratamento quimioterápico. As aulas são diárias, a turma é relativamente fixa, o que torna o ambiente idêntico a sala de aula. São adotadas rotinas de horário de chegada, saída e hora do recreio, as salas possuem quadro negro e as atividades são expostas em murais. Em 2006, sem terem frequentado a escola de origem, dezessete crianças foram promovidas ao ano letivo subsequente em decorrência da oferta desta modalidade de ensino (MATOS, 2009, p. 40).

Para Castro (apud MATOS, 2009), todas as modalidades de aula são bem-sucedidas, pois cada uma adapta-se à realidade do aluno/paciente; bem como os profissionais da educação têm formação adequada para exercerem as atividades propostas. A coordenação pedagógica hospitalar do processo é feita por um profissional com formação acadêmica em Pedagogia e especialização nas áreas educacionais.

Dos trabalhos das autoras podem-se destacar os livros Pedagogia Hospitalar (2001), Pedagogia Hospitalar: a humanização integrando educação e saúde (2006) e Escolarização Hospitalar: educação e saúde de mãos dadas para humanizar (2007), sendo esse último uma coletânea de produções de profissionais convidados a

produzirem seus textos com base na atuação e na pesquisa nesta modalidade nos cursos e nos hospitais em que atuam.

Matos e Mugiatti (2009) expressam em suas obras a percepção do caráter humanizador nos trabalhos desenvolvidos nos hospitais, associados as atividades educacionais presentes no trabalho integrado das equipes multidisciplinares.

As autoras afirmam que o desenvolvimento da escolarização nos hospitais exige um projeto pedagógico que caracterize o atendimento para não incorrer em improvisação, recomendando-se que a concepção do projeto pedagógico precisa partir dos pressupostos do paradigma da complexidade do ser humano e das suas diferenças e semelhanças, sem preconceitos ou discriminações. Um projeto com visão de totalidade que atenda a crianças e adolescentes hospitalizados observando as especificidades de cada um.

As referidas autoras, utilizando conceitos do filósofo Edgar Moran, afirmam que “o ser humano tem que ser visto em sua complexidade, os alunos hospitalizados precisam ser vistos como um todo, com emoções, sentimentos, com seus próprios valores e com suas possibilidades” (MATOS, 2009, p. 14).

Outro aspecto importante destacado por Matos e Mugiatti (2009) chama a atenção para os profissionais da educação, que na proposta e desenvolvimento de atividades, devem observar e respeitar os limites de cada aluno/paciente, exigindo o equilíbrio do educador no que se refere à ideia da aprendizagem não ser mais essencial que a saúde do paciente. Por isso, a importância do trabalho em equipe para que, em conjunto, os profissionais envolvidos possam dialogar perceber e respeitar os espaços e para que a docência não intervenha em momentos inadequados para cada aluno hospitalizado.

Por isso, os educadores precisam ter preparo e entender o todo, para atuar com sucesso junto ao aluno hospitalizado. Assim, as propostas pedagógicas podem ajudar na atuação dos profissionais que desejam oferecer um cuidado baseado na sensibilidade, no carinho, na confiança, na competência, mas, principalmente, na humanização desta modalidade de ensino (MATOS, 2009, p.15).

As autoras ressaltam que todas as atividades pedagógicas propostas devem ser acompanhadas, programadas e adaptadas à realidade de cada criança ou adolescente hospitalizado. Destacam ainda que, se houver voluntários a desenvolver as atividades,

que estes sejam orientados para que não sejam oferecidas atividades que não estejam compatíveis com a idade e o processo de aprendizagem do aluno/paciente.

Matos e Mugiatti (2009) consideram relevantes as atividades recreativas como momentos de aprendizagem; todavia ressaltam que devem ser mediadas pela professora. Fazem um alerta aos gestores dos hospitais e aos educadores, no sentido de que, promoverem a recreação ou implantarem brinquedotecas, não os isenta de ofertar a escolarização formal para o atendimento da escolarização hospitalar (MATOS, 2009, p.16).

De acordo com as autoras,

a legislação dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado contempla vários âmbitos de proteção e direito. Dispõe no art. 9: “Direito a desfrutar de alguma recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do *curriculum* escolar, durante sua permanência hospitalar”. A própria legislação apresenta claramente os dois âmbitos conectados, ou seja, a recreação e a escolarização assistida (MATOS, 2009, p.16).

Matos e Mugiatti (2009) afirmam que os profissionais da educação devem ser qualificados para atender a esta modalidade, sendo que hospitais devem superar as improvisações e oferecer atendimento com qualidade e com profissionais especializados. Importa ressaltar que as autoras desenvolvem projetos ligados à pós-graduação na área, nessa perspectiva contribuindo para a formação continuada de professores que enveredam por essa área do conhecimento.

Dada a relevância da atividade educacional desenvolvida no ambiente hospitalar apresentada pelas autoras, Matos (2009) ainda desenvolve projetos em Pedagogia Hospitalar pela PUC-PR, incentivando seus alunos dos cursos de graduação e de pós-graduação *latu sensu* a desenvolverem pesquisas em torno deste tema. Um de seus projetos está vinculado ao CNPq, o Projeto Eureka@Kids, trazendo a tecnologia para dentro do hospital. Neste projeto, foi criado um ambiente virtual de aprendizagem para escolares hospitalizados, como suporte a atividades presenciais realizadas por pedagogos do hospital e professores das escolas, podendo integrar as realidades, da escola e do hospital, propondo a inclusão digital, o estímulo às atividades colaborativas de aprendizagem, a socialização e o desenvolvimento do pensar criativo.

Como os escolares hospitalizados precisam de estímulos mais intensos de motivação, a proposta busca amenizar a problemática que uma doença pode causar. Para isso, é importante que o ambiente possa oferecer uma interação com ludicidade, para que os alunos se sintam instigados a interagirem com seus colegas, professores da escola e do hospital e com o próprio ambiente (MATOS, 2009, p. 214).

Nessa perspectiva toda possibilidade de interação ajuda o paciente durante a sua permanência no hospital, contribuindo para que seja menos traumática e que possam de alguma maneira amenizar o sofrimento causado pela internação.

No levantamento bibliográfico realizado sobre o tema Escola Hospitalar, também se destaca a pesquisadora Eneida Simões Fonseca, que dentre os vários trabalhos desenvolvidos nessa linha de pesquisa, teve participação na elaboração do documento orientador do Ministério da Educação, denominado “Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações”; é da autora o conceito de Classe Hospitalar que se encontra nesse documento.

Esse documento dá legitimidade às atividades educacionais desenvolvidas nos hospitais, abre discussões sobre a classe hospitalar como uma modalidade de ensino, porém observa-se que, mesmo sendo um documento elaborado pelo Ministério da Educação, não há nenhum tipo de organização entre os segmentos governamentais mantenedores do sistema de ensino, que se manifestem e proporcionem o acesso educacional aos hospitalizados.

O que vemos diante das pesquisas apresentadas são outras entidades com interesse em ajudar essas crianças em seu processo de recuperação da enfermidade, buscando mecanismos diferenciados de mostrar que as crianças podem estar doentes, mas não é por esse motivo que deixarão de fazer muitas coisas, dentre elas, estudar.

Assim, ONGs, voluntários, acadêmicos ou professores pesquisadores iniciam atividades lúdico-educativas, vivenciando experiências nos hospitais, que vão se tornando registros de possibilidades educacionais que buscam legitimação para se tornarem de fato, atividades componentes de um currículo para crianças temporariamente afastadas das classes regulares de ensino, das escolas, mas que podem desenvolver atividades em ambientes outros, como, por exemplo o hospital.

Dentre os livros e artigos escritos pela pesquisadora, destacamos Classe hospitalar: atendimento pedagógico-educacional para crianças e jovens hospitalizados (1997), Classe hospitalar no Brasil (1988), Atendimento pedagógico-educacional para

crianças e jovens hospitalizados: realidade nacional (1988), A situação brasileira do atendimento pedagógico-educacional hospitalar (1999), Atendimento escolar hospitalar: a criança doente também estuda e aprende (1999), Atendimento pedagógico-educacional de bebês especiais no ambiente hospitalar (2000), Atendimento Escolar no ambiente Hospitalar (2003), Estudos e pesquisas sobre atendimento em classe hospitalar (2005), trabalhos que enfatizam a relevância do atendimento pedagógico para as crianças/pacientes hospitalizadas, proporcionando o vínculo com a escola.

Em 2003, Fonseca adota a terminologia *Escola Hospitalar*, pois as discussões versam sobre os mesmos processos que devem ser observados e trabalhados em qualquer escola. Para a autora não se deve misturar as coisas; atividades lúdicas, terapêuticas, devem ser realizadas por outros profissionais e não por professores; professores devem sim desenvolver atividades pertinentes as suas funções, ou seja, ensinar o aluno/paciente no processo de aprendizagem, justificando assim seu posicionamento e entendimento sobre essa categoria.

O posicionamento de Fonseca (2010) é firme quando utiliza a expressão *atendimento escolar hospitalar* e não considera serem sinônimos os termos classe, escola e pedagogia hospitalar.

Em conversa informal com Fonseca, em 2010 num Colóquio⁹ onde foram expostos trabalhos sobre a pedagogia hospitalar, ouvi pela primeira vez a denominação Escola Hospitalar, e me intrigava entender se havia diferença nos trabalhos realizados na classe hospitalar, na escola hospitalar; afinal o que seria a Pedagogia Hospitalar? Naquela época ela me respondeu que eu não deveria me preocupar, naquele momento, com as denominações, mas com a ação e o desenvolvimento da prática educacional no ambiente hospitalar.

Em novo contato mantido em 2011 através de e-mail com a Professora Doutora Eneida Simões Fonseca, refiz meus questionamentos sobre as diferenças ou analogias existentes entre as referidas denominações dadas às práticas educativas nos hospitais. Para Fonseca (2011), a atenção à escolaridade da criança doente, esteja ou não hospitalizada, não é nada novo; porém, é fato desconhecido entre as instituições

⁹III Colóquio das Escolas Hospitalares e Domiciliares Criança Viva e II Encontro Baiano sobre Atendimento Escolar no Ambiente Hospitalar realizados pela Secretaria Municipal da Educação, Cultura, Esporte e Lazer – SECULT, através do Instituto Escola Hospitalar e Domiciliar Criança Viva, realizado nos dias 07 e 08 de maio de 2010 em Salvador (BA).

competentes, tanto da educação quanto da saúde, e da sociedade como um todo que não reivindica seus direitos, por desconhecimento das leis.

Segundo Fonseca (2011), o atendimento escolar hospitalar, como se refere a pesquisadora, diz respeito ao acompanhamento dos processos de desenvolvimento e de aprendizagem da criança doente durante sua internação no hospital.

De acordo com o MEC (2002), esta modalidade de atendimento chama-se Classe Hospitalar; todavia Fonseca (2003) defende a terminologia Escola Hospitalar, por entender que se trata dos mesmos processos a serem observados e trabalhados em qualquer escola.

No entanto, pode-se questionar que o processo em determinadas circunstâncias pode não ser o mesmo, por exemplo, em relação à pré-disposição da criança para o desenvolvimento das atividades, em relação à estrutura do hospital, à equipe profissional, dentre outros. Percebemos que vários fatores interferem no processo, por isso, pode-se pensar em denominações que caracterizem melhor a prática educativa exercida.

Fonseca (2011) assevera que no ambiente hospitalar em que se desenvolve práticas educativas vemos atividades de recreação, artes, teatro, contação de histórias, preparação de crianças e familiares para procedimentos médicos, dentre inúmeras outras atividades correlatas. Porém, do ponto de vista dela, essas atividades, mesmo sendo importantes dentro do hospital, não podem ser confundidas com o caráter educacional de uma escola. Assim, Fonseca reconhece que outras terminologias são utilizadas, com um sentido mais amplo. É claro que ela defende sua teoria, acha as demais contraditórias e confusas. Diz que, na maioria das vezes, não consideram o acompanhamento da escolaridade da criança doente.

Percebe-se que a pesquisadora defende que cada profissional deve limitar-se a desenvolver atividades pertinentes a sua área. Ela diz que seria mais adequado que cada profissional atuasse na sua área de formação, e questiona: a quem caberia preparar emocional/psicologicamente uma criança para um exame médico? A enfermagem e a psicologia, não é mesmo? A quem caberia fazer mágicas e brincadeiras? A um ator com habilidades circenses e de mágica. A quem caberia orientar familiares e/ou acompanhantes quanto aos direitos da criança doente? Ao assistente social. (FONSECA, 2011).

A autora é ainda mais rígida ao dizer que os formandos em pedagogia estão enganados ao pensarem que existe um novo campo de atuação, com novas possibilidades de realização pessoal e profissional, que os que se intitulam “Pedagogos Hospitalares”, na realidade se encontram em desvio de função.

Então, fica a pergunta: que significado têm e qual o valor das especializações que estão acontecendo no sul do país, como por exemplo, a PUC-PR que desenvolve pesquisas na mesma área e oferecem especializações.

Fonseca (2011) admite que há inúmeros cursos de formação em pedagogia hospitalar no âmbito da pós-graduação. Porém numa breve análise realizada pela pesquisadora, a mesma diz que os cursos têm, em seu corpo docente, diversos profissionais, em sua grande maioria da área de saúde e que os conteúdos dos cursos em muito pouco privilegiam as questões pedagógico-educacionais (ou mesmo escolares) que são essenciais ao trabalho com os processos de desenvolvimento e de aprendizagem nesse ambiente. E o mais comprometedor, segundo Fonseca (2011), é que o pedagogo que faz tal formação não tem qualquer garantia de atuação profissional nesta suposta área porque os hospitais não estão empregando pedagogos, nem por contrato, nem por concurso.

Fonseca afirma que a entrada mais provável de um pedagogo no hospital se dá, de fato, pela escola, quando o hospital já tem esse acordo com a educação, quando este pedagogo já é concursado ou contratado para o cargo de professor da secretaria de educação no âmbito do estado ou município em que atua, e/ou quando for lotado no hospital ou cedido para ali desenvolver suas atividades.

A autora clarifica seu posicionamento alegando que pedagogos que são funcionários de hospitais começam a atuar na área e se intitulam pedagogos hospitalares; mas segundo Fonseca, se não existe uma pedagogia indígena, não há uma pedagogia hospitalar; o que sim existe é uma educação indígena, como também uma educação hospitalar, esta última denominada pelos órgãos governamentais como Classe Hospitalar (FONSECA, 2011).

É relevante ressaltar que a autora Eneida Simões Fonseca é citada em todos os trabalhos pesquisados, independente da linha de pesquisa e do conceito adotado.

2.2 Classe Hospitalar

Se a maioria dos hospitais com atendimento pediátrico não tem em sua estrutura física um espaço projetado para Brinquedotecas, da mesma forma não há espaço projetado para Classes Hospitalares.

Segundo Eneida Fonseca (1998), a classe hospitalar é uma

modalidade educacional que visa a atender pedagógico-educacionalmente crianças e jovens que, dadas suas condições de saúde, estejam hospitalizadas para tratamento médico e, conseqüentemente, impossibilitados de participar das rotinas de sua família, sua escola e de sua comunidade (FONSECA, 1998, p. 23).

Essa conceituação é uma das mais relevantes a respeito de classe hospitalar, uma vez que a criança ou jovem hospitalizado deve ter sua escolaridade continuada, respeitando o que determina a lei e o que as pesquisas na área apontam como fundamental para a situação momentânea em que se encontra este indivíduo, visando minimizar os sofrimentos atuais e, talvez, futuros.

A classe hospitalar ratifica o direito à cidadania que todos os indivíduos têm, independente da situação na qual se encontram. A educação em ambiente hospitalar é um direito de toda criança ou adolescente hospitalizado. Entretanto, na prática, nem todas as crianças estão tendo este direito respeitado ou atendido, uma vez que nem todos os hospitais possuem classes hospitalares, bem como pela falta de profissionais com competências e habilidades para essa nova modalidade de ensino.

É necessário considerar seriamente esta questão, pois se trata de um campo para a atuação do professor junto a crianças e jovens hospitalizados em um novo ambiente educacional, o hospital.

A função do professor de classe hospitalar não é apenas a de manter as crianças ocupadas. As crianças estão crescendo e se desenvolvendo estejam ou não no hospital. O professor está lá para estimulá-las através do uso de seu conhecimento das necessidades curriculares de cada criança. Por causa deste conhecimento, pode o professor agir como um catalizador e interagir com as crianças proporcionando condições para a aprendizagem. O professor também funciona de modo importante como uma pessoa de ligação com um padrão normal de retorno a casa e à escola de origem (WILES, 1987, p. 640).

Assim, o papel do professor na sociedade é evidenciado, sendo sua intervenção profissional de fundamental importância na vida da criança e do adolescente, mesmo dentro do ambiente hospitalar. No entanto, neste levantamento bibliográfico não vimos pesquisas sobre a formação desses profissionais que deverão estar nos hospitais. Os cursos de Pedagogia e os cursos de especialização *lato sensu* poderiam trabalhar na formação deste profissional; no entanto, nos currículos dos cursos de Pedagogia ainda não vemos uma disciplina que abranja esta questão, assim como temos poucos cursos de especialização nesta área no Brasil.

Poder-se-ia questionar o valor desta modalidade educacional uma vez que certo percentual de internados não excedem uma semana de hospitalização, quando nos referimos a hospitais gerais, cujas patologias são variadas e também o tempo de permanência da criança. Entretanto, não podemos desconsiderar que aprendemos a todo o momento, e mesmo uma permanência curta, de poucos dias ou algumas horas no ambiente hospitalar, pode ser bastante relevante para o processo de aprendizagem da criança.

Refletindo sobre esse aspecto, buscamos entender melhor as modalidades de educação, sejam elas formal, informal ou não-formal. Entendemos que as práticas educativas exercidas no hospital estão enquadradas na categoria não-formal, pois segundo Von Simson (1989), a educação não-formal

embora obedeça também a uma estrutura e a uma organização (distintas, porém, das escolas) e possa levar a uma certificação (mesmo que não seja essa a finalidade), diverge ainda da educação formal no que respeita à não fixação de tempos e locais e a flexibilidade na adaptação dos conteúdos de aprendizagem a cada grupo concreto (VON SIMSON, 2001, p. 9).

Devido ao estado especial em que se encontram as crianças hospitalizadas, percebemos um modelo educacional que pode ser seguido dado à flexibilidade na adaptação dos conteúdos de aprendizagem, a temporalidade e os locais para o processo de ensino. Neste modelo,

a transmissão do conhecimento acontece de forma não obrigatória e sem a existência de mecanismos de repreensão em caso de não-aprendizado, pois as pessoas estão envolvidas no e pelo processo ensino-aprendizagem e têm uma relação prazerosa com o aprender (VON SIMSON, 2001, p.10).

Essa relação prazerosa é prevista no atendimento pedagógico no ambiente hospitalar, onde devem prevalecer métodos que facilitem a intervenção dos profissionais com práticas educacionais significativas para que façam do momento educacional um momento de ressignificação pela criança, do resgate de sua autoestima, que irão auxiliar tanto no processo terapêutico quanto no seu processo educacional, pois este não será interrompido durante o tratamento.

Portanto, dispor de classes hospitalares, mesmo que por um tempo mínimo, é importante para a criança hospitalizada, uma vez que podemos trabalhar suas necessidades, desvinculando-se mesmo que momentaneamente da problemática da saúde, e adquirir conceitos importantes tanto para a sua vida escolar quanto pessoal, pois a educação está presente em todos os momentos de nossas vidas, até mesmo naqueles mais tensos e difíceis; como afirma Ceccim (1997),

é possível o aprender dentro do hospital, a aprendizagem de crianças doentes que, afinal, estão doentes, mas em tudo continuam crescendo. Acreditamos ser, também nossa, a tarefa de afirmar a vida, e sua melhor qualidade, junto com essas crianças, ajudando-as a reagir, interagindo para que o mundo de fora continue dentro do hospital e as acolha com um projeto de saúde (CECCIM, 1997, p. 80).

A classe hospitalar também serve como crivo na obrigatoriedade e na evasão escolar, uma vez que a passagem por esta modalidade de ensino contribui para o reingresso desta criança na sua escola de origem ou seu encaminhamento para matrícula após sua alta. Muitos aspectos sobre a relação entre as atividades pedagógico-educacionais da classe hospitalar e o desempenho escolar desta clientela em sua escola regular (após a alta) precisam de estudos específicos, pois são aspectos que devem ser (re)pensados.

De acordo com a legislação federal (MEC/SEESP, 1994), o fato de estar hospitalizado caracteriza a criança como portador de necessidades especiais, uma vez que sua situação de saúde a impossibilita de estar integrada em seu cotidiano. Mesmo considerando uma necessidade especial temporária, por exemplo, uma criança com pneumonia, que necessita hospitalização, após a cura da enfermidade retorna à sua rotina de vida, deixando de ser considerada uma criança portadora de necessidades especiais. Por esse motivo, a classe hospitalar é considerada uma modalidade de ensino da Educação Especial.

O presente estudo aponta a necessidade de discussão político-administrativo entre as classes hospitalares e as secretarias de educação no sentido de clarificar e mais eficientemente harmonizar políticas e diretrizes adequadas à cada realidade, dentro do contexto nacional. Concomitantemente, compreender-se-ia o que seria mais adequado a cada realidade, em particular atendendo efetivamente às necessidades e direitos pedagógico-educacionais das crianças e jovens hospitalizados.

A modalidade de ensino de classe hospitalar precisa ser estudada, analisada e discutida profundamente, não apenas dentro, mas também fora de seu grupo profissional imediato, ou seja, por docentes também de outras áreas para que o papel do professor, em face às crianças hospitalizadas que apresentam idades variadas, possa receber contribuições que implementem os trabalhos propostos.

Cabe aos hospitais a disponibilização de espaço físico para a atuação dos profissionais da classe hospitalar; a ausência desse espaço pode dificultar tanto o planejamento quanto o desenvolvimento das atividades pedagógico-educacionais propostas às crianças. Por um lado, tal fato é compreensível se considerarmos que, do ponto de vista arquitetônico, os hospitais gerais não foram idealizados e/ou construídos contando com a existência de uma classe hospitalar em suas dependências; por outro lado, as adequações precisam ser pensadas e efetivadas.

Atenção especial deve ser dada aos convênios e parcerias firmados entre as instituições envolvidas. A Secretaria de Educação deve prestar aos hospitais maiores esclarecimentos quanto ao trabalho a ser desenvolvido pelos profissionais das classes junto às crianças hospitalizadas, discutindo e sensibilizando-os para que possam encontrar alternativas que levem à oferta de acomodações mais adequadas para o exercício desta modalidade educacional. Além disso, deve ser um dos órgãos mais interessados em cumprir esse dever, reconhecendo a prática educacional dentro do ambiente hospitalar.

Segundo Fonseca (1998), são considerados aqui os diversos entraves que a área de saúde tenta gerenciar, mas, em tempos de globalização, não mais podemos pensar em concentrar-nos apenas em nossas áreas específicas.

A modalidade de ensino de classe hospitalar contribui para que juntas, saúde e educação possam unificar esforços, transpondo barreiras que poderão garantir a excelência dos serviços, sejam estes prestados por pedagogos, médicos, enfermeiros,

psicólogos, assistentes sociais ou quaisquer outros profissionais em exercício no ambiente hospitalar, contribuindo assim para a política de humanização dos hospitais.

Ressaltamos que o conceito de Classe Hospitalar foi posto por Fonseca em 1999 e adotado por outros autores, a exemplo de Zardo¹⁰ (2007), que desenvolveu pesquisas sobre Classes Hospitalares, tendo o documento orientador da Secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação e a pesquisadora Eneida Simões Fonseca como principais fontes que respaldam o seu trabalho, trazendo também as contribuições de Ceccim (1997), Ortiz (2002) e Funghetto (1998).

Mesmo tendo duas experiências diferentes no processo educacional dentro do ambiente hospitalar – uma através do projeto “Brinquedoteca hospitalar: uma alternativa de atenção à criança” com uma proposta mais lúdica e do projeto “Inteligências Múltiplas: desenvolvendo potencialidades em classe hospitalar”, numa perspectiva escolarizada, a pesquisadora dá seguimento a suas pesquisas problematizando o conceito de Classe Hospitalar e apregoando que

emerge a necessidade de realizar uma discussão, aliando o desenvolvimento organizacional ao caráter institucional das classes hospitalares, a fim de construir subsídios teóricos e práticos que possibilitem o aperfeiçoamento da estruturação dos ambientes de ensino hospitalares, libertando-se das atuações amadoras (ZARDO, 2007, p. 19).

O objetivo da pesquisa de Zardo (2007) consiste em compreender como se articula o processo de desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do Rio Grande do Sul, sendo quatro os hospitais que têm o atendimento em classe hospitalar: dois em Porto Alegre, um em Santa Maria e um em Erechim.

Zardo (2007) busca entender a configuração histórica e organizacional dos ambientes hospitalares e a influência da organização de um ambiente educacional nas práticas de saúde. Busca também suporte na legislação educacional para justificar a prática educativa estudada e o conceito de modalidade educacional que apresenta. Instiga, através de suas análises, discussões em torno da temática, em busca de

¹⁰Sinara Pollom Zardo defendeu sua dissertação de Mestrado em 2007, na cidade de Santa Maria – RS, intitulada “O desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS: uma análise das dimensões econômica, pedagógica, política cultural. No período de 2000 a 2004 vivenciou experiências pedagógicas em hospitais enquanto graduanda em Pedagogia pela Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Atuou como bolsista em projetos que objetivavam o acompanhamento educacional às crianças hospitalizadas.

estruturar uma nova epistemologia para a organização de ambientes de ensino em hospitais, considerando as dimensões políticas, pedagógicas, econômicas e culturais das classes hospitalares do Rio Grande do Sul.

A pesquisadora revela que um estudo feito por Fonseca em 2003 demonstrou existirem na época 85 classes hospitalares, distribuídas entre 14 estados brasileiros e Distrito Federal. Isso nos provoca a pensar sobre a efetiva legitimação dessa modalidade de ensino, já regulamentada por lei; porém, talvez por falta de fiscalização e interesse governamental tal modalidade ainda não seja tão difundida e respeitada, ainda que se possa perceber a relevância do desenvolvimento das atividades educacionais no hospital.

Na perspectiva de pensar o atendimento educacional hospitalar como continuidade do processo escolar, a pesquisadora Gabardo¹¹ (2002) em sua dissertação provoca a discussão sobre o papel do professor dentro do hospital. Em suas observações ela destaca o despreparo de alguns profissionais para atuar no ambiente hospitalar, por não considerar o contexto hospitalar, muito diferente de um contexto de sala de aula regular.

Em suas observações, Gabardo (2002) expõe que na interação professor-aluno em sala de aula da Classe Hospitalar do seu lócus de pesquisa, o professor tinha como atividades mais frequentes o ato de explicar tarefas e fazer perguntas aos alunos; estes por sua vez atendiam ao comando, correspondendo com um comportamento estritamente acadêmico. A pesquisadora problematiza provocando questionamentos sobre a falta de capacitação do profissional para atuar no ambiente hospitalar, sendo que não são contemplados no currículo acadêmico das licenciaturas procedimentos inerentes às práticas educativas no ambiente da saúde.

Essa questão vem sendo abordada em algumas pesquisas, fomentadas pela preocupação com a composição do perfil profissional do educador que atua nessa área, sendo que no currículo da formação acadêmica do professor não há nenhum conteúdo específico pertinente a práticas educativas no ambiente hospitalar, e na formação continuada, poucas instituições oferecem especialização nessa área. Assim, o profissional desenvolve suas habilidades na prática do dia a dia, e alguns desconhecem

¹¹A psicóloga Andréia Ayres Gabardo apresentou em 2002, a dissertação de mestrado intitulada “Classe Hospitalar: aspectos da relação professor-aluno em sala de aula de um hospital”, produzida na Universidade de Santa Catarina e tendo como lócus da pesquisa a Classe Hospitalar do Hospital Infantil Joana Gusmão, na Cidade de Florianópolis.

as rotinas hospitalares, as complicações de cada patologia e até darem conta dessas peculiaridades, acabam fazendo das classes hospitalares salas de aulas regulares.

Gabardo (2002) trabalha com o conceito de Classe Hospitalar e também comunga da ideia de que a Classe Hospitalar possui especificidades que se diferenciam da escola regular em muitos aspectos, tais como rotatividade dos alunos, rotina diária, fragilidade emocional em função do seu estado clínico.

A autora cita Ceccim, Cristófoli, Kulpa e Modesto (1997), que destacam também a existência de duas formas de acompanhamento pedagógico nos ambientes hospitalares:

- a) Crianças com internações eventuais, em que se trabalha, principalmente, com o material escolar ou tarefas que envolvem assuntos nos quais a criança apresente dificuldades;
- b) Crianças com internações recorrentes e/ou extensas, em que é possível planejar um trabalho que implique em continuidade (GABARDO, 2002, p.3).

Outros aspectos observados por Gabardo (2002) em sua pesquisa foram os emocionais e sociais abordados com frequência por outros pesquisadores como Barros (1999), Ceccim e Fonseca (1999), Linhares e Minardi (1999) e Sherlock (1988). Apesar de o objeto da pesquisa da autora ser a interação professor-aluno, é relevante destacar a observação que ela realiza da importância de olhar para o paciente integralmente, respeitando os seus limites.

As relações da equipe multidisciplinar também são ressaltadas na pesquisa, a exemplo da aceitação e acolhida recebida pelos professores por parte da equipe de profissionais da saúde, que entendem a importância do trabalho educacional.

Um dado importante a ser discutido foi o interesse demonstrado pelos profissionais da área da saúde em atuar de forma integrada com os profissionais da área educacional, promovendo reuniões periódicas para esclarecimento dos cuidados necessários a essas crianças, além de incentivá-las a participar das aulas, enfim, colaborando para tornar menos traumática e dolorosa possível este período de permanência no hospital (GABARDO, 2002, p. 37).

Esses aspectos observados pela pesquisadora são importantes, pois provocam a reflexão sobre espaços partilhados entre saúde e educação, que juntos, enquanto equipe,

podem desenvolver seus trabalhos, proporcionando uma melhor qualidade no tratamento dos pacientes hospitalizados. Em alguns relatos fica nítido que os profissionais da saúde veem a intervenção educacional apenas como uma proposta de humanização dentro do ambiente hospitalar. Isso se fortalece pela legislação não ser conhecida e fiscalizada e também pelo fato de que, na maioria dos casos, as propostas de intervenção pedagógica são iniciadas através de trabalhos voluntários. Nesse aspecto, a maioria dos poucos hospitais que desenvolvem essa atividade acaba trabalhando com voluntários ou estagiários, sem uma coordenação ou um vínculo empregatício com o hospital, ou ainda sem as secretarias de educação que deveriam ser parceiras nessa ação, sendo que a lei assegura à criança o direito à educação, independente do local ou do Estado em que ela se encontre.

Seguindo a linha de pesquisas das Classes Hospitalares numa perspectiva humanizadora, as pesquisadoras Ortiz e Freitas¹² (2005) apresentam no livro “Classe Hospitalar: Caminhos Pedagógicos entre Saúde e Educação” reflexões sobre a práxis educacional, fomentando a discussão epistemológica como pretexto para dar corpo ao projeto de educação para além do espaço convencional de ensino, parafraseando as autoras.

Para elas,

também não se pretende perpetuar a fragmentação dos canais de ensino, mantendo a concepção corporativista em que só à escola formal, oferecida por instituições de ensino regular, cabe o papel de detentora de um ensino sistematizado, mas sim, encaminhar um diálogo inteligente com instituições sociais que promovam, no interior de seus domínios físicos, o ensino não-formal e implantem fazeres pedagógicos como os desenvolvidos em classes hospitalares (ORTIZ e FREITAS, 2005, p.23).

Ortiz e Freitas (2005) afirmam a importância de a modalidade de ensino constituir-se como o espaço do aprender em situação hospitalar, configurando-se como uma ação educacional, e chamam a atenção para que o paciente/aluno, durante o tratamento médico ou após seu término, não passe por outra situação conflituosa, quando do retorno a escola.

¹²Leodi Conceição Meireles Ortiz, Pedagoga, Esp. em Pesquisa, mestra em Educação e Coordenadora do Setor Educacional do Serviço de Hemato-Oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria/UFSM. Soraia Napoleão Freitas, Educadora Especial, Esp. M Psicomotricidade, mestre em Educação Brasileira, Doutora em Educação e docente da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM (RS).

De acordo com as autoras, as crianças hospitalizadas desenham um perfil de alunos temporários da educação especial que devem ter uma assistência preventiva contra o fracasso escolar, reprovação e evasão, justificando o acompanhamento pedagógico durante o processo de tratamento da saúde das crianças hospitalizadas.

Ortiz coordena o Projeto de Extensão “Educação e Saúde: uma proposta para o Serviço de Hemato-Oncologia”, onde se encontra a Classe Hospitalar do HUSM - Hospital da Universidade de Santa Maria. Segundo as autoras, o projeto oferece um atendimento de cunho essencialmente educativo, com identidade lúdica e interdisciplinar, prestando assistência aos pacientes/alunos.

Abre-se, com este postulado, uma via de formulação de alternativas e aprofundamento de conhecimentos teóricos e metodológicos acerca da maneira como as crianças e jovens poderão dar continuidade aos seus processos de desenvolvimento psíquico e cognitivo durante a permanência hospitalar (ORTIZ e FREITAS, 2005, p. 25).

As autoras se respaldam no preceito constitucional que assegura o direito à educação, referendado no texto apresentado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, relativo aos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado, sendo observados também os aspectos emocionais da criança hospitalizada, as implicações do adoecer, os traumas sofridos com a internação, sentimentos de medo, angústias, dor, abandono, além da constante presença do medo da morte.

No que se refere aos aspectos emocionais e cognitivos, as autoras indicam que as ações de ensino seguem em duas trilhas pedagógicas: as propostas educativo-escolares e seus vínculos com os conteúdos curriculares da escola regular, e a proposta lúdico-educativa, com sua mescla do conhecer-brincar-conhecer, corporificando o suporte metodológico para instrumentalizar o professor no seu ato de educar. (ORTIZ e FREITAS, 2005, p. 100).

Tais identidades são desprovidas de intenção meramente recreativas ou terapêuticas e anunciam que o ensino não se faz puramente com um olhar no currículo acadêmico, mas que aceita, amigavelmente, a contribuição da ludicidade para o fomento ao ciclo gnosiológico (ORTIZ e FREITAS, 2005, p.101).

As autoras asseguram que as ações desenvolvidas na classe hospitalar contribuem para os aspectos afetivos, cognitivos, de humanização e na postura de resistência à doença pelos pacientes hospitalizados.

Observa-se no posicionamento das autoras o reconhecimento dos benefícios das práticas educativas para crianças hospitalizadas e do caráter humanizador no processo de restabelecimento das mesmas.

2.3 Pedagogia Hospitalar

A terminologia Pedagogia Hospitalar é abrangente, característica de um atendimento educacional realizado em hospitais gerais, onde a rotatividade dos pacientes seria uma das premissas que justificam o tipo de atividade desenvolvida; além da rotatividade, o tipo de atividade desenvolvida encontra justificativa também na adaptação do currículo que atenda a necessidades educacionais de cada paciente, durante o seu tempo de permanência no hospital, durante a qual são desenvolvidas atividades mais lúdicas, porém não menos educativas.

Ricardo Burg Ceccim¹³ está entre os pesquisadores que vêm se dedicando a esta temática e contribuindo com os estudos na área de Pedagogia Hospitalar. Seus trabalhos tornaram-se uma das principais fontes de pesquisa, pois sua abordagem trata da escuta pedagógica em atenção às diferentes necessidades da criança hospitalizada, trazendo um olhar humanizador sobre as mesmas e sobre suas necessidades afetivas, cognitivas e físicas.

Segundo Ceccim (1997),

A psiquiatria infantil, desde o início deste século, apontou de forma enfática os riscos sofridos por crianças ao permanecerem internadas em hospitais. Os Estudos de Spitz, de 1945, Bowlby, de 1969, e Ajuriaguerra, de 1975, já são clássicos e compõem qualquer formação profissional na qual sejam estudadas as necessidades emocionais e físicas de uma criança hospitalizada. Para além dessa constatação, hoje óbvia, é preciso destacar que a criança que necessita de internação hospitalar necessita também de especial atenção aos

¹³Ricardo Burg Ceccim é sanitarista, mestre em Educação, doutor em Psicologia Clínica e professor adjunto de Educação em Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

determinantes do desenvolvimento psíquico e cognitivo e aos efeitos de uma hospitalização na produção de referenciamento social à subjetividade (CECCIM, 1999, p.1, grifos conforme original).

O pesquisador esclarece que se há uma atenção a necessidades das demandas biológicas e psicológicas, outra dimensão também deve ser observada: a que se refere à escuta pedagógica do desenvolvimento infantil: a dimensão vivencial.

Se a criança que está hospitalizada e vivenciando um momento de insegurança, de medo e de angústia frente ao desconhecido, essa dimensão vivencial necessita ser trabalhada, pois ela traz também as expectativas da cura, de retorno a atividades cotidianas, dos laços familiares. São vários sentimentos misturados causando um alto nível de ansiedade na criança ou adolescente hospitalizado, que precisa externar essa situação.

Para Ceccim (1999),

a inclusão do atendimento pedagógico na atenção hospitalar, inclusive no que se refere à escolarização, vem interferir nessa dimensão vivencial porque resgata os aspectos de saúde mantidos, mesmo em face da doença, enquanto respeita e valoriza os processos afetivos e cognitivos de construção de uma inteligência de si, de uma inteligência do mundo, de uma inteligência do estar no mundo e inventar seus problemas e soluções (CECCIM, 1999, p.2).

Para o autor o acompanhamento pedagógico à criança hospitalizada lhe dará segurança para (re)significar sentimentos, já que a internação lhe impõe limites à socialização e às interações, impõe o afastamento da escola, dos amigos, de casa, e impõe regras sobre o corpo, a saúde, o tempo e os espaços. É uma desarrumação na dimensão vivencial da criança/adolescente que tem que descobrir suas defesas para os problemas enfrentados e encontrar soluções para sua nova dimensão vivencial.

Nesse prisma, o autor apregoa que

o ensino e o contato da criança hospitalizada com o professor no ambiente hospitalar, através das chamadas classes hospitalares, podem proteger o seu desenvolvimento e contribuir para a sua reintegração à escola após a alta, além de protegerem o seu sucesso nas aprendizagens (CECCIM, 1999, p. 2).

Ceccim (1999) publicou trabalhos em parceria com a pesquisadora Eneida Simões Fonseca, sendo que o autor também utiliza o conceito de classe hospitalar, e aborda em suas reflexões a questão da legislação e regulamentação das práticas educativas nos hospitais.

Ricardo Ceccim coordenou um projeto de extensão universitária durante o período de 1996 a 1998 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), o qual instigou o aprofundamento e o interesse em pesquisas sobre a temática. O referido projeto iniciou em 1990 como um programa de apoio à criança hospitalizada, visando crianças com longo período de permanência hospitalar ou com múltiplas internações.

De acordo com Ceccim (1999),

a classe hospitalar do HCPA constituiu-se em atendimento pedagógico educacional hospitalar e ganhou contornos de pesquisa pela participação intensiva da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (CECCIM, 1999, p. 2).

O autor enfatiza a importância do atendimento pedagógico, da escuta pedagógica para o restabelecimento e renovação das potências afirmativas de invenção da vida. Entende como urgente e necessária a expansão, melhoria e o reconhecimento da educação nas classes hospitalares.

Sob a premissa de pensar a criança hospitalizada integralmente e as possibilidades educacionais dentro do hospital, estratégias são criadas e habilidades desenvolvidas; na pesquisa de Kohn¹⁴ (2010), a ludoterapia é apresentada como estratégia pedagógico-educacional para crianças e adolescentes hospitalizados, mostrando que a educação e a aprendizagem são possíveis dentro do hospital e que podem contribuir também para a recuperação do bem-estar do paciente, que momentaneamente encontra-se privado de suas interações sociais.

Um aspecto interessante na pesquisa mencionada pela autora foi o fato do Departamento de Medicina do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe ter solicitado ao Departamento de Educação da mesma universidade a participação de alunos do curso de Pedagogia em um trabalho recreativo/educacional na recém-inaugurada ala pediátrica do hospital universitário. De acordo com Kohn (2010),

¹⁴Carla Daniela Kohn defendeu em 2010 sua dissertação de mestrado na Universidade Federal de Sergipe, intitulada “Ludoterapia: uma estratégia da Pedagogia Hospitalar na Ala Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe”, sob orientação da Profa. Dra. Eva Maria Siqueira Alves.

a proposta objetivava proporcionar uma melhor qualidade de vida àquelas crianças durante o período de internação.

Esse aspecto chama a atenção do leitor no trabalho de Kohn (2010), por ser diferente dos outros trabalhos, nos quais o pesquisador provoca a intervenção educacional; no caso, é do hospital a iniciativa em solicitar uma parceria de trabalho, valorizando o profissional da área da educação e mostrando o quanto a sua intervenção é necessária para juntos, saúde e educação, proporcionarem ao paciente um tratamento humanizado.

Kohn (2010) afirma que para realização da sua pesquisa sentiu a necessidade de conhecer outras realidades e teve a oportunidade de conhecer os trabalhos realizados no Hospital do Câncer em São Paulo, no Hospital da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP e a estrutura da Brinquedoteca “Ayrton Senna”, também em São Paulo; através dessas experiências, pôde constatar a importância de a escola estar inserida no contexto hospitalar para a criança, através das atividades educacionais desenvolvidas, criando elos e fortalecendo a autoestima da criança.

De acordo com Kohn (2010),

foi possível compreender, então, como a educação pode acontecer de forma não sistemática, porém intencional tanto na escola como dentro de um hospital, destacando a estreita relação existente entre a saúde e a educação, a emoção, a aprendizagem e o desenvolvimento através de atividades pedagógicas lúdicas no tratamento da saúde da criança/adolescente e comprovando os efeitos terapêuticos da ação pedagógica sobre a criança com agravos à saúde (KOHN, 2010, p. 10).

Nesse prisma, se pode considerar a educação hospitalar como uma categoria da educação não-formal, mas que acontece de forma intencional, pois tem objetivos claros em suas ações, em busca de uma intervenção lúdico-pedagógica durante o processo de tratamento hospitalar de crianças e adolescentes, almejando resultados que minimizem os traumas da internação.

Kohn (2010) apresenta uma abordagem significativa sobre o brincar e a importância do brincar para a criança, respaldada nas obras de Kishimoto (1994), Huizinga (1990), Chateau (1987), Lindquist (1993), Vygotsky (1994), Winnicott (1975), Lenzi (1992), Motta e Enumo (2004), dentre outros, e diante do embasamento teórico assim construído, assevera:

atualmente, há estudos dedicados à compreensão do instrumento lúdico como potencializador do desenvolvimento. Desde o brinquedo usado nas pré-escolas, em ludotecas, até como elemento clínico, em consultórios e ambulatórios, o brinquedo tem sido amplamente utilizado, abrindo espaços para discussões e estudos que procuram apontar como este instrumento, típico da fase da infância, pode se configurar em um objeto de estudo bastante rico (KOHN, 2010, p. 12).

Nessa perspectiva, entendemos que o brincar é uma ação peculiar da infância, em que a criança através da brincadeira manifesta as suas representações de mundo. No hospital, o brincar trará para a criança hospitalizada alívio da dor e do sofrimento, podendo transformar o período difícil em um menos traumático, onde a fantasia ligada à brincadeira poderá modificar a realidade difícil em um momento prazeroso, sendo que trabalhar com a ludicidade pode ser um facilitador no processo ensino-aprendizagem.

Para Kohn (2010), oportunizar o brincar e o aprender dentro do hospital é fundamental para a diminuição da tensão e da angústia nas crianças provocadas pelo processo de internação.

Mas tais ações de humanização – uma vez que diminuir tensões, angústias, minimizar traumas, são questões pertinentes às propostas de humanização – embora possam ser entendidas como processos de aprendizagem, não são necessariamente de escolarização.

Em 2001, na gestão do Ministro da Saúde José Serra, teve início o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH. O programa propõe a melhoria da qualidade do atendimento público à saúde e da valorização dos profissionais dessa área.

O PNHAH propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços de hoje prestados por estas instituições. É seu objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade (BRASIL, 2001, p. 31).

O histórico do programa nos mostra que as pesquisas que o antecederam apresentaram um levantamento significativo de queixas de insatisfação quanto ao atendimento dos que necessitavam ser atendidos nos serviços de saúde pública. Um

comitê técnico, constituído por profissionais da saúde mental, foi formado para analisar e desenvolver uma proposta de trabalho que melhorasse a qualidade dos serviços.

Inicialmente o programa foi implantado em dez hospitais, tidos como pilotos, distribuídos em várias regiões do Brasil, de diferentes realidades socioculturais.

O sucesso obtido fez com que o Programa ganhasse força e se expandisse, chegando a atingir a maioria dos hospitais públicos do país, a exemplo do Hospital Regional Amparo de Maria, em Estância (SE). O programa orientava a criação de um Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar – GTHH.

Os Grupos de Trabalhos de Humanização Hospitalar definem-se como espaços coletivos organizados, participativos e democráticos, que funcionam à maneira de um órgão colegiado e se destinam a empreender uma política institucional de resgate dos valores humanitários na assistência, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde (BRASIL, 2001, p. 33).

O grupo deveria ser constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais, tendo como atribuições

difundir os benefícios da assistência humanizada; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento da instituição; propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os profissionais da saúde; divulgar e fortalecer as iniciativas humanizadoras já existentes; melhorar a comunicação e a integração do hospital com a comunidade de usuários. (BRASIL, 2001, p.16)

De acordo com o programa, o objetivo geral do grupo era conduzir um processo permanente de mudanças da cultura de atendimento, promovendo o respeito e a dignidade humana.

Para que as ações sejam apoiadas e obtenham êxito, observa-se na proposta do programa o pressuposto da fundamental sensibilização dos dirigentes dos hospitais para a questão da humanização, de que os espaços sejam abertos, que os voluntários e a própria equipe de funcionários sejam acolhidos e respeitados. Para isso, a administração do hospital deve adotar um modelo de gestão que, de acordo com o programa, reflita sobre a lógica do ideário deste processo: cultura organizacional pautada pelo respeito, pela solidariedade, pelo desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos agentes envolvidos e dos usuários (BRASIL, 2001, p.12).

O documento do PNHAH detalha as etapas do programa, traz orientações minuciosas quanto à organização e formação dos Grupos de Trabalhos Humanizados, anexos com relatórios de avaliação do projeto piloto, modelo do projeto piloto, definição de humanização, orientação quanto à coordenação do grupo, capacitações de seus multiplicadores, dentre outros aspectos relevantes para a implantação do programa nos hospitais públicos conveniados ao Sistema Único de Saúde.

Como a humanização hospitalar apoia todas as ações que resgatem a dignidade humana e seus direitos, também as práticas educativas devem encontrar na equipe de profissionais que atuam nos hospitais o apoio necessário para o seu desenvolvimento.

Isto não quer dizer que já não esteja em ação este tipo de postura entre os profissionais aqui mencionados, mas, sabe-se também, que ainda falta cumprir e praticar o que dizem as pesquisas e a lei.

O presente estudo mostra que há políticas públicas voltadas para o exercício da Pedagogia Hospitalar e que esta é uma modalidade de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação – MEC, através da Secretaria de Educação Especial – SEESP, regulamentada através da legislação vigente e de documentos orientadores que norteiam o desenvolvimento da prática educacional.

Como podemos constatar, não é por falta de legislação que não se implementam ações pedagógicas educativas nos hospitais pediátricos. Sabemos que as crianças e adolescentes estão amparados legalmente; porém nem todas as crianças têm esse direito respeitado, em virtude de muitos hospitais não cumprirem a lei.

Embora esteja previsto em nossa legislação que a criança e o adolescente hospitalizado têm direito ao acompanhamento pedagógico no hospital e que existem profissionais para realizá-lo, os hospitais, de modo geral, quer sejam públicos ou privados, têm feito muito pouco para que esses pacientes possam dar continuidade aos seus estudos, salvo raras exceções.

Da mesma forma, a maioria dos órgãos públicos, os educadores e a própria sociedade ainda não reconhecem esses espaços como educativos, respaldados por uma modalidade de ensino e pelas possibilidades de aprendizagem e ressignificação existentes neles.

Para Kohn (2010), a Pedagogia Hospitalar, a Classe Hospitalar ou a Escola Hospitalar, como declara Arosa (2007), não podem permanecer como se encontram hoje, garantidas em lei, mas de fato, atendendo a um número ínfimo de crianças.

É necessária a mobilização de diversos setores sociais no sentido de divulgar a existência dessa modalidade de ensino e desse direito da criança e do adolescente, bem como cobrar das autoridades o cumprimento dessas leis.

Do ponto de vista pedagógico, é salutar que se promova mais pesquisas e debates para melhor esclarecimento sobre as práticas pedagógicas que podem ser inseridas nessa modalidade educacional.

Pesquisas devem ser motivadas no sentido de esclarecer aspectos quanto à formação do profissional, à duração da carga horária de trabalho, ao currículo desenvolvido, à contribuição socioeducacional, aos aprofundamentos teóricos e metodológicos.

Há de se pensar a Pedagogia Hospitalar não apenas como uma possibilidade educacional, mas como uma evidência que satisfaz duas áreas básicas e essenciais ao ser humano: saúde e educação.

Kohn (2010) deixa muito claro que sua pesquisa está voltada para a Pedagogia Hospitalar, pois embora tenha conhecimento de outras categorias, como a Classe Hospitalar, reitera acreditar

[...] que nosso trabalho no Hospital Universitário pode ser classificado como uma Pedagogia Hospitalar, pois trabalhamos com as crianças sempre de forma integral mesmo sem o contato com as escolas onde estão matriculadas. Trabalhamos, assim, de maneira bastante flexível com as bases curriculares e principalmente com suas realidades e limitações (KOHN, 2010, p. 15).

De acordo com os conceitos de Pedagogia Hospitalar e Classe Hospitalar, trabalhados por Kohn (2010), a pesquisadora assevera serem conceitos distintos e entende que a intervenção lúdico-pedagógica proposta no seu trabalho tem características que a filiam à Pedagogia Hospitalar.

Comungando de semelhante proposta, Vasconcelos¹⁵ (2010) apresenta em sua pesquisa o propósito de compreender os procedimentos metodológicos da Pedagogia Hospitalar; de acordo com a autora, estão comprometidos com os objetivos educacionais. Assim, a autora buscou referencial em teóricos que veem na Pedagogia

¹⁵Kênnia Mariela Vasconcelos, graduanda em Pedagogia pela Faculdade Alfredo Nasser, da cidade de Aparecida de Goiânia, apresentou seu TCC em 2010, sendo um artigo científico sobre Pedagogia Hospitalar, com foco no Estado de Goiás.

Hospitalar não somente as práticas educativas, mas também as humanizadoras, citando também as pesquisadoras Matos e Muggiati (2009) e Fonseca (2003).

No seu artigo, Vasconcelos (2010) tem como objetivo compreender como funciona o processo da prática pedagógica hospitalar em dois hospitais no Estado de Goiás: Hospital de Goiânia Araújo Jorge e Casa de Apoio São Luís, em Aparecida de Goiânia.

O estudo realizado consiste em compreender a Pedagogia Hospitalar em seu contexto, espaço físico, peculiaridades e a formação profissional que atende o alunado do ensino não formal visando atender as necessidades de acordo com as possibilidades de cada um, diminuindo a evasão escolar que por motivos de enfermidade e psicológicos deixam de frequentar as aulas e assim resgatar valores que se perdem nesse contexto de sofrimento e sentimento de incapacidade (VASCONCELOS, 2010, p.4).

Outro aspecto apresentado no trabalho da pesquisadora é o condicionamento legal das práticas pedagógicas à filosofia da inclusão, atrelando o atendimento pedagógico à modalidade de ensino vinculada à educação especial, conforme documento orientador do MEC. Assim, Vasconcelos (2010) apresenta a legislação do Estado de Goiás, as premissas que resultaram na regulamentação das classes hospitalares e dos atendimentos domiciliares realizados em todo Estado.

O Conselho Estadual de Educação aprova o Projeto Hoje como ação da Coordenação de Ensino Especial - SEE/GO, na Resolução de número 161 de 13 de novembro de 2002 que visa atender crianças, adolescentes e adultos que estejam internados ou albergados para o tratamento com assistência médica diária ou periódica, com o objetivo de favorecer a esses educandos a oportunidade de que quando em tratamento possa dar continuidade ou início a sua escolaridade, estimulando o desejo de saber, aprender, recuperar-se e curar-se, diminuindo assim a repetência e a evasão escolar. (VASCONCELOS, 2010, p. 8)

[...]

Em 2010, só em Goiânia, segundo a informação da coordenadora do Projeto Hoje, são 47 classes hospitalares, com a finalidade de oportunizar à criança e ao adolescente em tratamento o início ou a continuidade do seu trabalho escolar, estimulando o desejo de aprender, recuperar se com menos sofrimento, e se sentir melhor no ambiente hospitalar; o Projeto Hoje com a coordenação da professora Zilma Rodrigo Neto, Sebastião Donizete e toda sua equipe, tem conseguido fazer com que a defasagem idade-série, a repetência e a evasão escolar diminuam (VASCONCELOS, 2010, p. 8).

De acordo com Vasconcelos (2010), o atendimento supervisionado acontece em 17 lugares fixos, 15 hospitalares, duas casas de apoio e mais as casas dos educandos com o atendimento domiciliar, sendo citados: Hospital Araújo Jorge, Hospital das Clínicas – UFG, Hospital Geral de Goiânia, Hospital de Doenças Tropicais, Hospital Psiquiátrico Casa de Eurípedes, Hospital Materno Infantil, Hospital CISME – Itumbiara, Hospital Santa Casa de Misericórdia, Nefroclínica, CRER, Nefron – Clínica do Rim e Hemodiálise, Instituto de Nefrologia, CDR Clínica de Doenças Renais, CENTREL – Centro de Nefrologia, Renal Clínica e a Casa de Apoio São Luiz e Casa de Apoio Caminho da Luz.

Em seu trabalho, Vasconcelos (2010) aborda as práticas pedagógicas e humanizadoras.

As classes hospitalares, segundo Simões apud Fonseca e Ceccim (1999), “também atuam em intervenção pedagógico-educacional não propriamente relacionada com a experiência escolar, mas com as necessidades do desenvolvimento psíquico e cognitivo da criança ou adolescente”. Quando se trata de também prática humanizadora a relação de afeto construída entre o professor e o educando hospitalizado colabora com o desenvolvimento tanto biológico quanto cognitivo para a melhoria do mesmo (VASCONCELOS, 2010, p.13).

Outro aspecto relevante na pesquisa de Vasconcelos (2010) é a abordagem ao Atendimento Domiciliar, pouco visto em outras pesquisas investigadas; trata-se de um atendimento pedagógico realizado na casa do educando ou em casas de apoio, uma vez que o tratamento de saúde os impossibilita de frequentar a escola em suas classes regulares de ensino.

De acordo com a pesquisadora, essa é uma evidência do Projeto Hoje, que visa o Atendimento em Classes Hospitalares e o Atendimento Pedagógico Domiciliar; este se caracteriza pelo atendimento realizado a crianças e adolescentes que temporária ou permanentemente estão impossibilitados de frequentar as aulas na escola regular. Mas como cada casa tem uma característica diferente – desde o mobiliário até as estruturas arquitetônicas, as acomodações, que às vezes devem ser improvisadas, podem se transformar em barreiras caso o educando necessite de cadeira de rodas, pranchas, suportes, enfim, materiais adequados para suprir a necessidade momentânea do aluno.

Não só nos aspectos físicos, mas também nos recursos didáticos devem ser feitas adaptações, como jogos e materiais de apoio com fácil manuseio, computadores adaptados, enfim muitos outros recursos que eles necessitam para aprender, tanto industrializados quanto elaborados pelos professores com recursos disponíveis (reutilizáveis e não-reutilizáveis) (VASCONCELOS, 2010, p. 14).

Vasconcelos (2010) trata também do compromisso dos profissionais da educação que trabalham com essas crianças e adolescentes, que apesar das barreiras, buscam possibilidades de desenvolver as atividades planejadas de acordo com os objetivos educacionais. A pesquisadora cita os serviços da equipe da saúde e da assistência social para viabilização de meios necessários para as adaptações.

Apesar de não deixar claro, em sua pesquisa, como o atendimento pedagógico domiciliar é iniciado, a ação é muito relevante, sendo que as crianças em tratamento de saúde têm assegurado o seu acompanhamento educacional, sem perder o vínculo com a escola, mas fica vago, não está explícito se essa situação se dá através de parcerias firmadas ou não. Outra lacuna é relativa à forma como essas crianças são identificadas, localizadas para que o atendimento domiciliar aconteça: é a família, a escola quem aciona o atendimento?

Acompanhando a linha de pensamento educacional no atendimento ao paciente hospitalizado, com o olhar humanizador, a pesquisadora Alessandra Barros¹⁶ (2008) entende a Pedagogia Hospitalar como um campo do conhecimento que vem progressivamente se firmando para dar subsídio a reflexões e práticas da Classe Hospitalar (BARROS, 2008, p.33).

De acordo com Barros (2008), para produzir conhecimento, esse campo se beneficia de contribuições da Psicologia Hospitalar, da Psicopedagogia, da Educação em Saúde, da Antropologia Médica, da Saúde Pública, da Psicanálise, da Medicina Social, da Terapia Ocupacional, da Enfermagem e da Educação Especial.

Segunda a autora, embora os termos classe hospitalar ou pedagogia hospitalar pareçam ser novidade no aspecto de prestar esse atendimento educacional a crianças e adolescentes hospitalizados, já na década de 1950 essas ações são praticadas no Brasil,

¹⁶Doutora em Antropologia, professora e pesquisadora (FACED/UFBA), Coordenadora do Centro de Estudos sobre Recreação, Escolarização e Lazer em Enfermarias Pediátricas, Membro do Conselho Diretivo da Rede Latino-americana e do Caribe pelos Direitos de escolarização das crianças e adolescentes hospitalizados e/ou enfermos, com sede no Chile. Professora Adjunta do Departamento I e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia.

Aquilo que de fato é recente é o interesse pelo estudo sistemático dessa modalidade especial de atenção educativa, principalmente em nosso país. Interesse que tem interrogado e preocupado responder, acima de tudo, como se ensinam a essas crianças e adolescentes e quem são os professores que ousaram transgredir os espaços e currículos tradicionais para chegar até os hospitais (BARROS, 2008, p. 35).

Em relação a essas pesquisas, a autora mensura que um grande número de investidas vem se acumulando na última década, na busca de consolidação de um campo do conhecimento que vem se denominando de Pedagogia Hospitalar. Contudo, deve ser observado o número reduzido de investidas reflexivas, as quais poderão subsidiar as práticas educativas nos hospitais. (BARROS, 2008, p.35).

A autora chama a atenção para o caráter reflexivo que as pesquisas deveriam contemplar, de questionamentos, provocações e não apenas relatos de experiências com poucas contribuições.

Barros (2008) apresenta um mapeamento panorâmico das classes hospitalares no Brasil e em outros países.

[O Brasil] conta hoje com classes em 101 hospitais; no restante da América Latina e Caribe há cerca de 120 Escolas Hospitalares, com destaque para o México com 50, o Chile com 25, a Venezuela com 30, a Argentina com 62, e Cuba com 30; na Europa há 240 Escolas Hospitalares distribuídas em 20 países, com destaque para a França com 41, a Alemanha com 37, a Itália com 33, a Finlândia com 18 e a Espanha com 90 (MINISTÉRIO DA EDUCACIÓN, 2007, p.43 In BARROS, 2008, p.34).

Esse mapeamento das classes hospitalares apresentado por Barros (2008) vem afirmar o reconhecimento da necessidade de as práticas educativas serem desenvolvidas nos ambientes hospitalares não só no Brasil, mas no mundo, em respeito aos direitos humanos e educacionais das crianças e adolescentes em tratamento de saúde.

Barros (2008) assegura que

[...] enquanto executores eventuais de ações pragmáticas, nós, pesquisadores, estamos cientes de que contextos sociopolíticos de desatenção a direitos básicos de cidadania reclamam a constante reafirmação do mero direito de toda criança, inclusive as hospitalizadas, à educação básica. Assim, também estamos cientes de que a excessiva medicalização na abordagem ao sofrimento humano

tem – na mística de um hospital – desacreditado a subjetividade de uma criança doente (BARROS, 2008, p.35).

É salutar reafirmar a necessidade de políticas públicas mais eficazes, que sejam fiscalizadas para serem cumpridas, pois nesse caso em que a legislação é tão clara, ainda nos deparamos com a inobservância da lei.

Outro aspecto observado pela pesquisadora é a função social da escolarização em hospitais, que haverá de amadurecer à medida que outras pesquisas problematizem experiências diversificadas de lugares, realidades, currículos, para que possam contribuir para a atuação de profissionais da educação no atendimento à criança e ao adolescente hospitalizado.

No centro de estudos que coordena, é possível encontrar documentos e materiais diversos sobre o atendimento pedagógico em hospitais, sendo um centro de pesquisa e documentação voltado para o estudo da escolarização em ambiente hospitalar, cujo foco de atuação é promover a pesquisa e a formação para o atendimento em Classe Hospitalar; e além de subsidiar a formação dos alunos da Faculdade de Educação da UFBA, periodicamente são ofertados cursos de capacitação voltados à comunidade externa.

Diante do exposto e com respaldado nos pesquisadores acima elencados, podemos registrar algumas considerações acerca das práticas educativas desenvolvidas na área da saúde, sendo que ficam claros os conceitos distintos de Classe Hospitalar, Escolarização Hospitalar e Pedagogia Hospitalar.

O estudo de Oliveira (2010) nos trouxe um panorama sobre as pesquisas acadêmicas em torno da temática e nos fez perceber o quanto a discussão tem sido fomentada em busca de conhecimento, formação e legitimação dessa área. Porém percebemos nos trabalhos muitas dúvidas sobre o assunto que suscitam novas pesquisas e muita discussão.

Fonseca (1999), uma das precursoras dessa modalidade de ensino, iniciou as pesquisas científicas sobre o atendimento educacional nas classes hospitalares, podendo-se atribuir à pesquisadora o mérito dos avanços obtidos nas pesquisas da referida área. Tendo reconhecimento nacional, observa-se que é citada em todos os trabalhos dos demais autores. Percebemos uma mudança, ou amadurecimento em suas pesquisas, quando em 1999 conceituava classe hospitalar e em 2011 conceitua escola

hospitalar, por compreender que a criança hospitalizada tem direito à continuidade dos estudos semelhantes ao da escola regular, só que no hospital.

Matos e Mugiatti (2009) concordam com Fonseca sobre o conceito atribuído a Escola Hospitalar, bem como enfatizam a questão da formação continuada de professores nessa área e desenvolvem projetos de especialização.

Gabardo (2002) e Zardo (2007) perseveraram com o conceito de Classe Hospitalar e entendem ser a maneira mais correta de desenvolver as atividades educacionais no hospital.

Apesar da parceria com Fonseca em livros e artigos, Ricardo Ceccim (1999) expressa um diferencial, qual seja, o caráter humanizador no atendimento pedagógico, enfatizando o processo da escuta como fator importante no processo de aprendizagem que pode acontecer com o aluno/paciente, observando o ser de maneira integral, destacando o processo emocional e afetivo.

Em uma linha de pesquisa mais próxima, encontram-se Barros (2008), Ortiz e Freitas (2005), Vasconcelos (2010) e Kohn (2010), que manifestam o valor da humanização e das práticas lúdico-educativas no processo de aprendizagem no ambiente hospitalar. Vasconcelos (2010), entretanto, destaca em suas pesquisas o Atendimento Domiciliar, contemplado no documento orientador do Ministério da Educação, mas pouco discutido em outros trabalhos. Porém, deixa algumas lacunas no seu trabalho que nos instiga a curiosidade do seu procedimento. Como localizar crianças que estão doentes em casa sem frequentar a escola? Como acionar esse atendimento?

Nos textos de Barros (2008) e Kohn (2010) observa-se a presença da ludicidade como facilitador do processo ensino-aprendizagem no ambiente hospitalar, enfatizando o caráter humanizador que contribui para a recuperação da saúde das crianças e adolescentes hospitalizados.

Assim, concluímos entendendo conceitos e procedimentos atribuídos às práticas educativas nos hospitais que desenvolvem essas atividades, em respeito ao cumprimento da lei e principalmente que reconhecem os direitos das crianças e dos adolescentes hospitalizados, provendo atividades lúdicas educativas de acordo com suas especificidades e possibilidades. Entretanto, reconhecemos que muito ainda tem que se fazer para que o direito, hoje contemplado apenas por alguns, seja o direito de todos.

Diante desta análise sobre as denominações que veiculam as práticas pedagógicas dentro do hospital, pode-se dizer que estas buscam distinguir práticas

educativas de acordo com a necessidade do aluno/paciente, com o porte da unidade de saúde onde está sendo disponibilizado o tratamento e também de acordo com o tempo de permanência que o tratamento requer.

Hospitais para tratamento de transplantados, oncologia, HIV e outras doenças infectocontagiosas requerem maiores cuidados e longa permanência, sendo necessário pensar em uma estrutura física que atenda diariamente as necessidades dos educandos, fazendo-se necessárias a escolarização hospitalar e as classes hospitalares.

Outras situações de tratamento de saúde, com necessidade de internamento hospitalar para atender a patologias diversas, com permanências variadas, podem ser bem atendidas pela pedagogia hospitalar de várias maneiras, a exemplo das brinquedotecas e ludotecas que há em alguns hospitais.

Como vimos nesta revisão, pode-se resumir as principais expressões que definem as diferenças na abordagem no tema em três vertentes: os que versam sobre Pedagogia Hospitalar destacam a ludicidade e o aspecto humanizador no desenvolver das suas atividades; os que abordam a Classe Hospitalar dão ênfase a uma modalidade de ensino educacional que acontece em ambiente diferenciado, em hospitais, e definem como sendo parte da educação especial; os que consideram Escola Hospitalar desenvolvem suas atividades acompanhando uma rotina mais próxima a da escola regular.

2.4 O aspecto inclusivo da Pedagogia Hospitalar

Ao investigar as possibilidades educacionais, nos deparamos com o fator da inclusão no âmbito hospitalar. Se o aluno que se encontra doente, hospitalizado, não pode ser incluído na escola, a escola inclui-se no hospital para atender as necessidades educacionais do paciente internado.

Tal perspectiva tem respaldo legal na Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, documento elaborado por um Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria nº 555/2007, prorrogada pela Portaria nº 948/2007, entregue ao Ministério da Educação em 07 de janeiro de 2008; no documento, a proposta é acompanhar “os avanços do conhecimento e das lutas sociais, visando constituir políticas públicas promotoras de uma educação de qualidade para todos os alunos”

(BRASIL, 2008, p. 5) e desenvolver propostas educacionais inclusivas, que contemplem as necessidades de toda criança e adolescente em idade escolar, em espaços escolares ou não.

Nessa proposta pode-se e deve-se contemplar o direito à educação dentro do hospital, já que na maioria das vezes o paciente tem condições de desenvolver tarefas vinculadas à escola. Além desse aspecto relativo à inclusão, há também os pacientes deficientes dentro do hospital, e estes não ficam segregados em alas diferentes, mas sim, incluídos no ambiente hospitalar, tanto no aspecto social, quanto educacional.

As políticas públicas desenvolvem-se de acordo com as necessidades sociais. Quando se observa um discurso que fala de acessibilidade, direito para todos, devemos pensar também em pessoas que estão impossibilitadas momentaneamente de usufruir desses direitos.

Assim, percebemos a eficácia no atendimento educacional dentro do hospital, que vem contemplar o direito de receber um tratamento igualitário e de ter acesso à educação, mesmo em um ambiente diferente da classe regular de ensino. Entretanto, depois da alta hospitalar, há que se evitar o rompimento na aprendizagem construída durante a internação e na continuidade do ano letivo, uma vez que entre os fatores da evasão escolar e da repetência estão os internamentos constantes, ou de longa duração, que desmotivam os alunos a retornarem à escola; apesar das atividades pedagogicamente orientadas desenvolvidas durante a hospitalização, acreditam não ter condições de acompanhar o conteúdo programático já trabalhado enquanto estavam internados.

Um dos objetivos da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva é a articulação intersetorial, segundo a qual é necessário pensar nas relações entre as instituições de saúde, nesse caso, o hospital, e a instituição educacional, a escola, ambas prestando atendimento a crianças e adolescentes hospitalizados e em idade escolar, que precisam do tratamento da saúde e do atendimento educacional.

Por muito tempo, perdurou o entendimento de que a educação especial ou inclusiva restringia-se apenas a alunos que apresentavam deficiência, todavia problemas de saúde permanentes ou temporários também colocam os alunos em situação especial.

O desenvolvimento de estudos no campo da educação e a defesa dos direitos humanos vêm modificando os conceitos, a legislação e as práticas pedagógicas.

Conforme se afirma no documento da Política Nacional da Educação Especial (2008), passa a ser disseminado o conceito de necessidades educacionais especiais, a partir da Declaração de Salamanca (1994). Nesta, ressalta-se a interação das características individuais dos alunos e os desafios de atender a suas necessidades, estejam estes onde estiverem, em sala de aula regular de ensino, nas escolas, ou até mesmo nos leitos dos hospitais, quando internados.

O referido documento preconiza em suas diretrizes que

[...] para atuar na educação especial, o professor deve ter como base da sua formação, inicial e continuada, conhecimentos gerais para o exercício da docência e conhecimentos específicos da área. Essa formação possibilita a sua atuação no atendimento educacional especializado e deve aprofundar o caráter interativo e interdisciplinar da atuação nas salas comuns do ensino regular, nas salas de recursos nos centros de atendimento educacional especializado, nos núcleos de acessibilidade das instituições de educação superior, nas classes hospitalares e nos ambientes domiciliares, para a oferta dos serviços e recursos de educação especial (BRASIL, 2008, p.18).

Neste contexto pode-se evidenciar a Pedagogia Hospitalar numa perspectiva inclusiva, visto que os referenciais educacionais apresentam documentos orientadores para a prática de atividades no ambiente hospitalar, atendendo alunos em situação especial.

Ao contrário do que se pensava antes, de que educação especial destinava-se apenas a deficientes, vimos que especial também pode ser o estado em que se encontram os pacientes.

2.5 O profissional pedagogo na Pedagogia Hospitalar

Como vimos nas seções anteriores, o profissional da educação pode atuar na área da saúde e contribuir para o desempenho das atividades de outros profissionais, integrando uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, além de colaborar no processo de humanização hospitalar desenvolvendo atividades lúdico-educativas com os pacientes e seus acompanhantes.

Podemos afirmar, portanto, que a atuação do pedagogo pode se expandir no atendimento à criança hospitalizada; para Ricardo Ceccim,

há muito para um hospital aprender com a educação escolar para transpor à prática clínica a instituição de relações organizadas para a criança, aprendendo a operar com o reconhecimento da situação social particular, ligada, ao mesmo tempo, à condição de criança e a um ambiente social determinado, preservando a espontaneidade e a originalidade da criança (CECCIM, 1999, p. 32).

O que Ceccim nos apresenta é uma compreensão de que a educação, neste caso escolar, pode e deve estar presente nos hospitais, respeitando a condição da criança com necessidades especiais momentâneas. Essa visão humanística que muitos hospitais com atendimento pediátrico procuram enfatizar na sua prática vem demonstrando que não é só o físico que deve ser tratado, mas o ser integral, incluindo suas necessidades psíquicas e sociais.

O pedagogo, ao promover experiências vivenciais dentro de um hospital, como brincar, pensar, criar, trocar, estará favorecendo o desenvolvimento pleno da criança, que não deve ser interrompido em função da hospitalização.

O atendimento hospitalar não se realiza somente no âmbito físico, mas também afetivo. As ações da pedagogia se efetuam sob a ótica de que, mesmo passando por uma internação, a criança e o adolescente não precisam ter o seu processo de escolarização e sua vida social prejudicados e/ou interrompidos. Podem ser desenvolvidas atividades em ambiente hospitalar que deem continuidade a esse processo.

De acordo com Ceccim,

[...] a enfermidade e a hospitalização das crianças passam por seu corpo e emoções, passam por sua cultura e relações; produzem afetos e inscrevem conhecimentos sobre si, o outro, a saúde, a doença, o cuidado, a proteção, a vida. A corporeidade e a inteligência vivenciam essas informações como conhecimento e saber pessoal (CECCIM, 1997, p.33).

A criança hospitalizada está em constante aprendizagem, mesmo dentro do hospital. Novas relações são estabelecidas, com os outros pacientes, com os acompanhantes, com a equipe do hospital e consigo mesma. Aprendizagens que vão desde a socialização até as descobertas sobre si, sobre seu corpo, sobre seus medos, sobre sua força.

A atenção pedagógica nessas situações deve olhar o sujeito na sua integralidade, mas também requer um atendimento específico e direcionado para contribuir com o tratamento e abreviar a permanência hospitalar. Através de atendimento diário com a equipe de saúde da unidade, faz-se um acompanhamento deste paciente criando um vínculo que favorecerá o contexto da internação. Posteriormente, envolve-se a escola e a família, procurando suprir as dificuldades e ansiedades quanto à escolarização.

O envolvimento das instituições família e escola auxiliam consideravelmente o atendimento pedagógico. Já o afastamento, por parte do internado, de sua família, escola e amigos por vezes altera sua autoestima e provoca reações que irão de alguma forma modificar a trajetória de vida deste paciente, pois se observa que muitas internações são verdadeiros traumas sofridos pelas crianças internadas.

Dessa forma, a intervenção pedagógica dentro dos hospitais irá auxiliar este paciente a re-significar seus valores e desejos interrompidos pela internação, fazendo um elo com a educação.

Nesse sentido, as políticas públicas voltadas para o exercício da Pedagogia Hospitalar darão respaldo para o desenvolvimento das ações educacionais nos hospitais, com vistas a incluir este paciente em uma rotina que se aproxima da sua rotina anterior à entrada no hospital, buscando incluí-lo, de alguma forma, em um ambiente não só asséptico e cheio de medicamentos, mas também em um ambiente mais humano, com brincadeiras, com estudo e com laços de afeto.

Assim, na seção que se segue, apresentamos um breve levantamento acerca das políticas públicas que regulamentam e norteiam as práticas educativas nos hospitais brasileiros.

2.6 Políticas públicas que implementam a Pedagogia Hospitalar no Brasil

A Declaração dos Direitos da Criança apresenta, desde 1959, a preocupação com a educação e o lazer no hospital, defendendo, entre outros aspectos primordiais, o direito à recreação e ao brincar como meio de aprender a viver (KOHN, 2010). No Artigo 4º, a Declaração defendia o direito à recreação em paralelo a direitos primordiais como a alimentação, a moradia e a assistência médica, se configurando nesse direito as

condições essenciais para o desenvolvimento da criança, nos aspectos físicos, cognitivos, psicológicos e sociais.

No Brasil, de acordo, com Kohn (2010), a ação educativa no espaço hospitalar mais antiga ocorreu em 1950, no Hospital Jesus, no Rio de Janeiro, seguido pelo Hospital Barata Ribeiro. A vinculação do atendimento educativo no hospital ocorreu com a parceria com a Secretaria de Educação do Município.

Mas é só a partir de 1990 que a legislação brasileira vem promulgando leis que amparam o atendimento dos hospitalizados, enfocando especificamente a criança e o atendimento pedagógico no contexto hospitalar. Regulamenta as práticas educativas nesse ambiente através das políticas públicas desenvolvidas pelo Ministério da Educação (MEC), das políticas educacionais brasileiras, seja através da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, ou da política da Educação Especial, através da Secretaria de Educação Especial (SEESP), oficializando essa modalidade de ensino e norteando ações para o seu desenvolvimento.

Mas não só os legisladores brasileiros norteiam tais práticas. Códigos de classe, tais como a Declaração dos Direitos do Doente e do Médico, está explicitado o reconhecimento de que “O doente tem direito (...) a todos os meios culturais que podem ajudá-lo a recuperar sua saúde física e moral” (artigo 11º da Declaração, In KOHN, 2010, p. 36).

Como afirma Cavalcanti,

[...] em todas as circunstâncias, o doente permanece uma pessoa cujos direitos e necessidades básicas são os mesmos que os de uma pessoa saudável. Unicamente a impossibilidade de fato pode impedi-lo de usufruir de seus direitos ou de satisfazer suas necessidades (...). Não se pode limitar seus direitos ou suas necessidades em matéria de cultura ou distração, por causa de sua doença (CAVALCANTI, 1997, p.6).

Assim, fica reiterada a relevância do trabalho pedagógico nos hospitais, desenvolvendo ações lúdico-educativas em benefício do hospitalizado.

No Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, regimentado pela Lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990, podemos observar as garantias instituídas pelos direitos das crianças e adolescentes em relação à situação de internamento hospitalar.

Artigo 57: O Poder Público estimulará pesquisas, experiências e novas propostas relativas a calendário, seriação, currículo, metodologia, didática e avaliação, com vistas à inserção de crianças e adolescentes excluídos do ensino fundamental obrigatório (BRASIL, 1990, p.164).

Analisando o artigo 57 pode-se perceber o respaldo regulamentar que temos na abordagem da pesquisa sobre a Pedagogia Hospitalar, embora o referido artigo não mencione especificamente a exclusão motivada por questões de internação hospitalar. O acompanhamento pedagógico é proposto nos hospitais com o intuito de dar continuidade à escolarização, amenizando e, por muitas vezes, evitando a evasão escolar após alta e durante o processo de hospitalização por consequência de patologias crônicas, que afastam a criança da escola por longos períodos. Sem esse trabalho, as crianças em condição de hospitalização acabam não conseguindo acompanhar o sistema educacional tradicional, na escola regular.

Portanto, é necessário que se tomem medidas no sentido de assegurar esse direito à educação e à recreação, através das iniciativas que atendam tanto as necessidades do tratamento médico quanto as educacionais do aprender e do se desenvolver, mesmo consideradas as limitações e possibilidades.

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

- 1 – Direito à proteção, à vida e à saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação.
- 2 – Direito a ser hospitalizada, quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça, crença religiosa.
- 3 – Direito a não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão não alheia ao melhor tratamento da sua enfermidade.
- 4 – Direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante a todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas.
- 5 – Direito de não ser separado de sua mãe ao nascer.
- 6 – Direito de receber aleitamento materno sem restrições.
- 7 – Direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la.
- 8 – Direito de ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados e do

prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico quando se fizer necessário.

9 – Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar.

10 – Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente de seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida.

11 – Direito a receber apoio espiritual/religioso, conforme a prática de sua família.

12 – Direito de não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal.

13 – Direito a receber todos os tratamentos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e/ou prevenção secundária e terciária.

14 – Direito a proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos.

15 – Direito ao respeito a sua integridade física, psíquica e moral.

16 – Direito à preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais.

17 – Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação de massa, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis ou a sua própria vontade, resguardando-se a ética.

18 – Direito à confidência de seus dados clínicos, bem como o direito a tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na instituição, pelo prazo estipulado em lei.

19 – Direito a ter seus direitos constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente respeitados pelos hospitais integralmente.

20 – Direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

(BRASIL, 1995, p. 319-320).

Verifica-se que o item 9 do documento, publicado em 1995, indica a realização de práticas educativas no hospital, nos aspectos metodológico curricular e recreativo, tendo amparo legal para tal prática.

Em 2002, o Ministério da Educação, por meio de sua Secretaria de Educação Especial, elaborou um documento de estratégias e orientações para o atendimento nas classes hospitalares, assegurando o acesso à educação básica de todas as crianças que, mesmo com problemas de saúde, poderiam participar de atividades educacionais no hospital. Esse documento dá início a reflexões sobre a criança hospitalizada, no sentido de que esta criança encontra-se em estado especial, e, por isso, requer cuidados especiais nas abordagens educacionais.

O referido documento tem como objetivo “estruturar ações políticas de organização do sistema de atendimento educacional em ambientes hospitalares e

domiciliares” (BRASIL, 2002, p.3). O documento propõe nortear e dar condições para o desenvolvimento de práticas pedagógicas no ambiente de tratamento da saúde, seja por internação hospitalar ou não, independente do tempo de tratamento, período durante o qual haja o afastamento da criança ou adolescente da escola.

Fica clara também a preocupação com o aspecto inclusivo, ao tratar da perspectiva da educação inclusiva. Tanto que o documento organizado pelo Ministério da Educação foi elaborado pela Secretaria de Educação Especial, visando acessibilidade e inclusão da diversidade de alunos na escolarização, mesmo que esta tenha que ser realizada em ambientes outros que não seja a escola, por motivos diversos, entre os quais a necessidade da hospitalização.

Conforme o documento, essa preocupação promove a oferta do atendimento pedagógico em ambientes hospitalares, assegurando o acesso à educação básica com atenção a necessidades educacionais especiais, sejam elas motivadas pelo fato de a criança estar doente, hospitalizada e também ser deficiente.

Também a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional assevera a garantia e o cumprimento da obrigatoriedade de ensino; sejam quais forem as circunstâncias desafiadoras para o cumprimento da lei, cabe ao Poder Público proporcionar e assegurar condições para que esse processo ocorra, seja estimulando a produção intelectual, através da pesquisa, neste caso sendo feita no campo da educação especial, com o intuito de atender as necessidades curriculares, de métodos e técnicas, de recursos educativos que possam atender as necessidades específicas de cada organização.

Consta no documento que,

O Conselho Nacional de Educação, por meio da Resolução nº 02, de 11/09/2001, define, entre os educandos com necessidades educacionais especiais, aqueles que apresentam dificuldades de acompanhamento das atividades curriculares por condições e limitações específicas de saúde (art.13,§1º e 20º - BRASIL, 2002, p.10).

As limitações especificadas no documento, pertinentes às condições de saúde momentânea ou não, por que passam os pacientes, dispõem sobre a necessidade de estes receberem o atendimento educacional a que têm direito, independente de onde estejam, ou do tempo que seja necessário.

Importa salientar a clareza com que o documento especifica a necessidade da atenção educacional, não apenas pelo fator cognitivo, mas também pelo afetivo.

A experiência de adoecimento e hospitalização implica mudar rotinas; separar-se de familiares, amigos e objetos significativos; sujeitar-se a procedimentos invasivos e dolorosos e, ainda, sofrer com a solidão e o medo da morte – uma realidade constante nos hospitais. Reorganizar a assistência hospitalar, para que dê conta desse conjunto de experiências, significa assegurar, entre outros cuidados, o acesso ao lazer, ao convívio com o meio externo, às informações sobre seu processo de adoecimento, cuidados terapêuticos e ao exercício intelectual (BRASIL, 2002, p.10).

O documento de orientações e estratégias ainda assevera que “esta atenção também diz respeito ao paradigma de inclusão e contribui para com a humanização da assistência hospitalar”. Por isso nossa afirmação da possibilidade educacional hospitalar em uma perspectiva inclusiva.

Através desse documento a Classe Hospitalar foi definida como:

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

Assim, e também de acordo com Kohn (2010), toda criança hospitalizada tem como alternativa a Pedagogia Hospitalar para garantir seu direito à continuidade do processo de escolarização interrompido pela internação; a Pedagogia Hospitalar possibilitará à criança afastada do ensino regular a reinserção no processo escolar durante o período de sua convalescença/hospitalização.

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

Em 21 de março de 2005, reconhecendo a importância do brincar para as crianças, surge a Lei Federal nº 11.104 que dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação

de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação.

Art.1º - Os hospitais que ofereçam atendimento pediátrico contarão, obrigatoriamente, com brinquedotecas nas suas dependências.

Parágrafo único - O disposto no caput deste artigo aplica-se a qualquer unidade de saúde que ofereça atendimento pediátrico em regime de internação.

Art. 2º - Considera-se brinquedoteca, para os efeitos desta Lei, o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinados a estimular as crianças e seus acompanhantes.

Art. 3º - A inobservância do disposto no art. 1º desta Lei configura infração à legislação sanitária federal e sujeita seus infratores às penalidades previstas no inciso II do art. 10 da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977 (BRASIL, 2005).

Diante do exposto podemos observar que a regulamentação da atividade já pode ser evidenciada, tendo em vista a obrigatoriedade do espaço destinado ao desenvolvimento das atividades; um espaço conquistado não apenas para a ludicidade, mas para a aprendizagem significativa das expressões sociais, culturais e cognitivas.

De acordo com Zardo (2007), o documento elaborado pelo Ministério da Educação, denominado “Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações” conceitua:

Denomina-se classe hospitalar o atendimento pedagógico-educacional que ocorre em ambientes de tratamento de saúde, seja na circunstância de internação, como tradicionalmente conhecida, seja na circunstância do atendimento em hospital-dia e hospital-semana ou em atenção integral à saúde mental (BRASIL, 2001, p.13).

Com isso, ainda de acordo com Zardo (2007), as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, através da Resolução nº 02, de 11 de setembro de 2001, do Conselho Nacional de Educação, propõem em seu artigo 13, parágrafo 1º que, as classes hospitalares devem dar continuidade ao processo de desenvolvimento e aprendizagem de alunos matriculados em escolas da Educação Básica, contribuindo para o retorno e reintegração ao grupo escolar, e desenvolvendo um currículo flexibilizado com crianças, jovens e adultos não matriculados no sistema educacional local, desse modo, facilitando o posterior acesso à escola regular, estabelecendo a classe hospitalar como modalidade de atendimento da Educação Especial.

Assim, a Classe Hospitalar constitui a possibilidade de crianças e adolescentes hospitalizados continuarem em contato com a educação e, conseqüentemente, com a construção de conhecimentos.

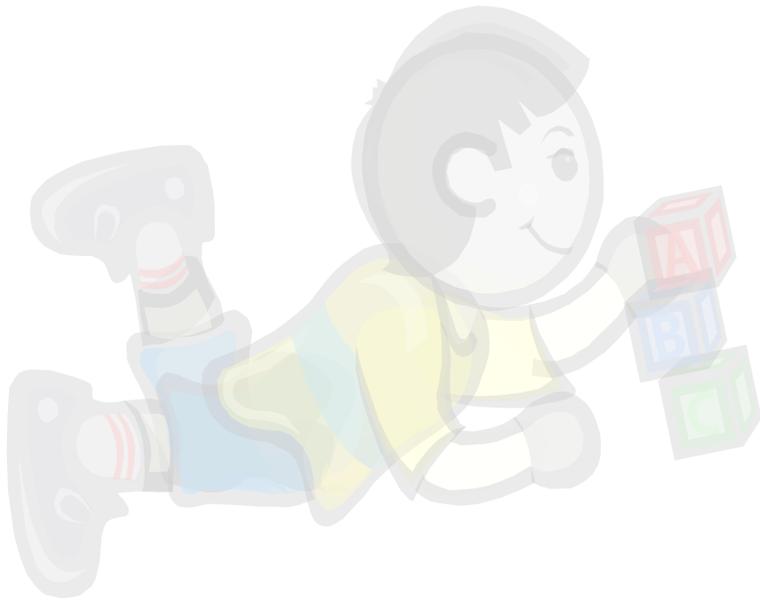
Nesse sentido, conhecer os aspectos organizacionais dos ambientes de ensino hospitalares constitui possibilidades de aperfeiçoamento e aprimoramento da organização do acompanhamento pedagógico em hospitais, visando à garantia dos direitos civis contemplados nas leis que reconhecem os direitos das crianças hospitalizadas.

Ainda que a legislação deixe explícitos os critérios para a implementação da Classe Hospitalar e mesmo de brinquedotecas, pode-se tomar como consenso que os hospitais, de forma geral, não cumprem a lei.

É necessário que os órgãos competentes realizem efetivamente a fiscalização do cumprimento da Lei, neste caso, a Vigilância Sanitária, como institui o Artigo 3º da Lei nº 11.104 de 2005, bem como as Secretarias Municipais e Estaduais de Educação, órgãos que representam a educação em cada município e estado, e os Conselhos Municipais e Estaduais de Educação, por terem a obrigação de conhecer a lei e buscarem alternativas para o cumprimento da mesma. Sem esta fiscalização, as leis continuarão sendo descumpridas, como temos visto até os dias de hoje.

Além disso, pode-se pensar que a trajetória democrática na reivindicação de direitos assegurados por lei e o acesso à informação só recentemente têm favorecido aos cidadãos que saibam dos seus direitos. Apesar disso, ainda há quem desconheça o direito de crianças hospitalizadas em relação à escolarização; assim, em paralelo aos órgãos fiscalizadores, também a comunidade e a própria escola podem atuar em cooperação para a garantia dos direitos assegurados por lei.

A articulação entre comunidade, escola, hospital, promovida na comunidade estanciana, pode estar na base do processo humanizador do hospital, tal como veremos no capítulo seguinte.



Capítulo III

*A infância e o brincar:
brinquedotecas na perspectiva
da humanização hospitalar*



Respaldados em autores que estudam sobre o brincar, neste capítulo apresentaremos as abordagens sobre o brincar como ação pertinente ao desenvolvimento infantil e sobre as contribuições do brincar para o desenvolvimento da criança.

Na sequência, fazemos uma análise da brinquedoteca enquanto espaço utilizado para a prática do brincar e como instrumento para a proposta de humanização no ambiente hospitalar, em particular a partir dos projetos de humanização hospitalar desenvolvidos com os pacientes da Pediatria do Hospital Regional Amparo de Maria, no município de Estância (SE).

Para compor a análise, também realizamos entrevistas com profissionais que atuam diretamente com as crianças hospitalizadas na Ala Pediátrica, visto que não foram encontrados no hospital formulários de acompanhamento das atividades desenvolvidas pelas crianças e seus acompanhantes na brinquedoteca.

Assim, foram gravadas entrevistas com roteiro estruturado com integrantes da equipe de profissionais, entre agosto a outubro de 2011. Esse recurso metodológico nos forneceu dados relevantes para análise do objeto estudado e compreensão de como se deu a implantação dos projetos de humanização; o relato dos profissionais entrevistados também testemunha o impacto na melhora do paciente, na qualidade do tratamento durante o período de internação e na diminuição do tempo de permanência do paciente internado, resultados originados na implantação dos projetos de humanização hospitalar no HRAM, principalmente da brinquedoteca.

3.1 A infância e o brincar na cultura infantil e no ambiente hospitalar

A infância e suas peculiaridades instigam pesquisadores da psicologia, pediatria, pedagogia, sociologia, dentre outras áreas, a pensar essa fase do desenvolvimento do ser humano, observando a importância do brincar e a influência dessa ação na vida da criança e nas suas relações com a família e na sociedade.

Não podemos nos valer apenas do senso comum e afirmar que toda criança é igual, que toda criança brinca, que todas se desenvolvem por igual, de que brincar faz parte da essência da criança. Nem todas as crianças brincam, tem criança que não teve respeitada a fase da infância. É muito subjetiva e complexa a cultura infantil, por isso

para escrever um pouco sobre a infância, a criança, o brincar, o brinquedo e a brincadeira, buscamos fundamentação teórica em diferentes autores que buscaram compreender a criança e suas especificidades. Assim, procuramos dialogar com Philippe Ariès, Lev S. Vygotsky, Jean Piaget, Gilles Brougère, Walter Benjamin, Tizuko Kishimoto, Adriana Friedmann, dentre outros.

Ao longo do tempo, vê-se o reconhecimento das características infantis e a preocupação em entender e registrar a existência de uma cultura infantil. Philippe Ariès é um dos autores que nos auxilia na compreensão das descobertas e reconhecimentos da criança e da infância através de sua obra clássica *História Social da Criança e da Família* (cuja primeira edição é de 1978), em que o autor desenvolve um conceito sobre a infância observando as mudanças no contexto social das famílias. Nesta obra, Ariès nos mostra os aspectos históricos que motivaram a separação entre o mundo adulto do infantil, antes uno, sem diferenciação, vistos claramente através do comportamento, atribuições de atividades, modo de vestir, em que as crianças eram caracterizadas como adultos em miniatura, diferindo deles apenas no tamanho. Mas antes disso, define:

a primeira idade é a infância que planta os dentes, e essa idade começa quando a criança nasce e dura até os sete anos, e nessa idade aquilo que nasce é chamado de *enfant* (criança), que quer dizer não-falante, pois nessa idade a pessoa não pode falar bem nem formar perfeitamente suas palavras, pois ainda não tem seus dentes bem ordenados nem firmes, como dizem Isidoro e Constantino (ARIÈS, 2006, p. 6).

A Idade da Infância, tal como configurado pelo autor, pode ser acompanhada também pela Idade dos Brinquedos, pois é predominantemente durante a infância que as crianças brincam e utilizam objetos, muitas vezes brinquedos, para desenvolver essa ação: “as crianças brincam com um cavalo de pau, uma boneca, um pequeno moinho ou pássaros amarrados” (ARIÈS, 2006, p. 8).

A duração da infância era longa, não sendo limitada à puberdade; a ideia de infância se associava à de dependência; enquanto a criança fosse dependente do adulto, considerava-se a criança e sua infância. Outras expressões foram surgindo para distinguir as idades: a palavra bebê, para denominar crianças bem pequenas, e juventude, para demarcar a puberdade.

De acordo com Ariès (2006), até por volta do século XII, a arte medieval desconhecia ou não representava a infância. Quando passa a fazer isso, as características

atribuídas a crianças são da pessoa adulta, ou seja, a criança é representada como um adulto em tamanho reduzido.

Segundo Ariès (2006), observando as imagens artísticas produzidas no decorrer da história, por volta do século XIII a criança passa a ser representada através da figura do anjo; em outro momento pelo Menino Jesus e, na fase gótica, ocorre a representação da criança nua. Outros aspectos da infância são trazidos pelo autor via análise da arte, como por exemplo os aspectos graciosos, ternos e ingênuos da primeira infância; a criança brincando com os brinquedos tradicionais da infância, com um pássaro amarrado ou uma fruta (ARIÈS, 2006, p. 20); cenas da criança com a família, a criança na multidão, brincando, jogando com adultos, acompanhando os ritos litúrgicos, a criança na escola, enfim, pistas deixadas através da arte para construção e entendimento da história social da infância.

A morte é outro aspecto interessante da história social da criança abordado por Ariès (2006); as crianças morriam ainda muito pequenas e em grande número, fato que não tinha importância para os adultos. No entanto, apesar da insignificância atribuída à criança, um retrato da criança morta, produzido no século XVI, marcou um momento muito importante na história dos sentimentos relativos à infância:

O gosto novo pelo retrato indicava que as crianças começavam a sair do anonimato em que sua pouca possibilidade de sobreviver as mantinha. É notável, de fato, que nessa época de desperdício demográfico se tenha sentido o desejo de fixar os traços de uma criança que continuaria a viver ou de uma criança morta, a fim de conservar sua lembrança (ARIÈS, 2006, p. 23).

O interesse e os sentimentos despertados nos adultos pelas crianças contribuíram para mudar o aspecto de desprezo dado as crianças nos séculos passados, sendo que esse despertar para a os cuidados da infância surgiu no século XVII.

Esse interesse pela criança precedeu em mais de um século a mudança de condições demográficas, que podemos datar aproximadamente da descoberta de Jenner. Correspondências como a do General de Martange mostram que algumas famílias então fizeram questão de vacinar suas crianças. Essa preocupação contra a varíola traduzia um estado de espírito que deve ter favorecido outras práticas de higiene, provocando uma redução da mortalidade, em parte compensada por um controle da natalidade cada vez mais difundido (ARIÈS, 2006, p. 25).

Segundo Ariès (2006), a descoberta da infância teve início no século XIII e sua evolução pode ser acompanhada na história da arte e da iconografia dos séculos XV e XVI; todavia seu desenvolvimento apresentou sinais mais numerosos e significativos no final do século XVI e durante todo século XVII.

O traje da criança também é um fato histórico na evolução e reconhecimento da infância, sendo que a relação entre o traje infantil e a compreensão daquilo que ele representa é bem abordada por Ariès. Em suas pesquisas, aborda as roupas de adultos utilizadas para vestir crianças, proporcionalmente ao seu tamanho, sendo que através do traje as crianças eram visivelmente vistas como adultos em miniatura, até mesmo nos vestidos ou túnicas usados tanto pelos meninos como pelas meninas durante uma época. Durante o processo de evolução do reconhecimento da criança e sua infância observou-se a necessidade de diferenciá-las dos adultos e *a priori* o traje diferenciado traria essa possibilidade.

De acordo com Ariès (2006),

[...] sentia-se a necessidade de separá-las de uma forma visível, através do traje. Escolheu-se então para elas um traje cuja tradição fora conservada em certas classes, mas que ninguém mais usava. A adoção de um traje peculiar à infância, que se tornou geral nas classes altas a partir do fim do século XVI, marca uma data muito importante na formação do sentimento de infância (ARIÈS, 2006, p. 38).

É relevante ressaltar que se deu uma importância maior em separar, através do traje, os meninos dos adultos mais do que separar os meninos das meninas. Após a primeira Guerra Mundial, novos costumes foram surgindo e outras mudanças no traje foram valorizando o aspecto infantil dos meninos e das meninas. O surgimento do uniforme foi rapidamente adotado pelas crianças burguesas.

O uniforme recém-criado foi rapidamente adotado pelas crianças burguesas, primeiro nos internatos particulares, que se haviam tornado mais numerosos após a expulsão dos jesuítas, e que muitas vezes preparavam meninos para as academias e as carreiras militares. A silueta agradou, e os adultos passaram a vestir seus meninos com um traje inspirado no uniforme militar ou naval: assim se criou o tipo de pequeno marinheiro que persistiu do fim do século XVIII até nossos dias (ARIÈS, 2006, p. 40).

Na sequência da adesão ao uso dos uniformes pela burguesia, que vestia seus filhos dessa maneira, foi adotado o uso de calças compridas para as crianças, ainda sob influência dos uniformes. Todavia o autor ressalta que esses trajes foram adotados pela burguesia ou nobres da época; as crianças do povo, os filhos de camponeses e artesãos, continuavam a usar o mesmo traje destinado aos adultos; as crianças eram representadas conservando o mesmo modo antigo de vida que não as separava dos adultos, nem através do traje, nem do trabalho ou nem dos jogos e brincadeiras (ARIÈS, 2006).

Ao abordar aspectos da infância pertinentes à história dos jogos e das brincadeiras, Ariès (2006) apresenta relatos do diário do médico Heroard que acompanhou a infância do rei Luís XIII, registros substanciais para a compreensão das etapas do desenvolvimento físico e cognitivo infantil da época, das brincadeiras e os objetos utilizados para brincar e das relações com o meio social.

Segundo Ariès (2006), o rei brincava de cavalo de pau, de cata-vento, de peão. Com 1 ano e 5 meses, tocava violino e cantava ao mesmo tempo, além de jogar malha; com um ano e 10 meses tocava um pequeno tambor; com dois anos de idade dançava todos os tipos de dança ao som de violino; com dois anos e sete meses ganhou uma carruagem cheia de bonecas e brincava com elas, brincava também de ações militares e frequentava o jogo da péla e o da malha; aos três anos e cinco meses gostava de um livro com figuras bíblicas e já identificava as letras; a partir dos quatro, já escrevia; aos seis anos brincava também com um pequeno gabinete alemão (miniaturas de madeiras), brincava de boneca e gostava de ouvir histórias e fábulas que, muitas vezes, eram contadas nas reuniões noturnas dos adultos. Por volta dessa idade, ele praticava arco, jogava cartas, xadrez e participava de jogos de adultos, como o jogo de raquetes, e de inúmeros jogos de salão; também gostava de participar do jogo de rimas, de acender uma vela com os olhos vendados, de brincar de esconde-esconde e de mímica (ARIÈS, 2006).

Mas ocorre uma ruptura na infância quando, ao completar sete anos, a criança perde esse *status* e passa a ser tratado como um adulto.

As coisas mudam quando ele se aproxima de seu sétimo aniversário: abandona o traje da infância e sua educação é entregue então aos cuidados dos homens; [...] Tenta-se então fazê-lo abandonar os brinquedos da primeira infância, essencialmente as brincadeiras de bonecas: “Não deveis mais brincar com esses brinquedinhos (os

brinquedos alemães), nem brincar de carreteiro: agora sois um menino grande, não sois mais criança” (ARIÈS, 2006, p. 45-46).

Esse marco na história social da infância é concebido por Ariès (2006) como uma etapa importante, pois geralmente é a idade fixada pela literatura moralista e pedagógica do século XVII com que a criança é encaminhada para a escola ou para o trabalho. Todavia o autor ressalta que analisando os relatos do médico que acompanhou a infância do rei Luís XIII, a criança continuava brincando, embora não mais com bonecas, permanecia brincando com outros objetos e com os mesmos jogos de adultos.

Parece, portanto, que no início do século XVII não existia uma separação tão rigorosa como hoje entre as brincadeiras e os jogos reservados às crianças e as brincadeiras e os jogos dos adultos. Os mesmos jogos eram comuns a ambos (ARIÈS, 2006, p. 46).

Segundo Ariès (2006), as representações de criancinhas brincando se multiplicaram entre os artistas, deixando registros para compor a construção da história social da criança. “Reconhecemos nessas pinturas o cavalo de pau, o catavento, o pássaro preso por um cordão... e, às vezes, embora mais raramente, bonecas.” (ARIÈS, 2006, p. 47).

As imagens analisadas pelo autor retratam traços da memória de uma sociedade, demarcam o tempo dos acontecimentos e contribuem para compreensão de uma cultura complexa como a infância e o sujeito dessa cultura, a criança, nas suas etapas de desenvolvimento físico, cognitivo, afetivo e aquisição do conhecimento através da interação com o outro.

Rousseau também deixa seu marco histórico através de sua obra “Emílio”, em que a criança é o personagem principal. Suas ideias instigam a continuação de pesquisas voltadas à criança e sua infância.

Com Emílio, a criança alcança um estatuto ontológico, enfatizando-se o ser singular: “Ela não deve ser um animal nem homem e sim criança mesmo” (1979: 68). Seu pensar, seu mundo, é entendido como um pensar que não é o pensar do homem. É notória nos vários livros do Emílio a presença de uma psicologia, uma metodologia de ensino, uma pedagogia, uma filosofia (JARDIM, 2003, p. 19).

De acordo com Jardim (2003), o século XVIII é considerado por muitos autores como sendo um marco do nascimento de uma concepção moderna de infância,

compreendida como consequência da mudança nas formas de organização da sociedade, das relações de trabalho, das atividades realizadas, da inserção da própria criança e da tentativa de compreendê-la historicamente.

A infância agora é vista como um estado específico e separado dos adultos. Verificou-se um claro incremento no ethos empático da sociedade ocidental. A domesticidade ganha importância: os pais se ligam a seus filhos, descobrindo a infância e aprendendo a usufruir de sua inocência. Ocorre uma revolução de mentalidades: muda a imagem da mãe, seu papel ganha importância e a estrutura da família se fecha em torno de si. Começa o reinado do Menino-Rei, centro do universo familiar. Os métodos de criação também mudaram: punitividade e brutalidade deram lugar a delicadeza e compaixão; distância, deferência e patriarcalismo abriram espaço para o individualismo afetivo. O modo de criação é visto como permissivo: as crianças passam a ser tratadas com indulgência e como indivíduos (os interesses grupais vão se tornando paulatinamente mais individuais). O emergente mundo novo da criança do final do século XVII agora se consolida, se complexifica e se especializa: modas e brinquedos se especializam; cresce o número de escolas, museus e exposições dirigidas a ela; as leis regulando aspectos da vida infantil se tornam mais usuais: os organismos estatais começam a se preocupar com a criança (JARDIM, 2003, p.23).

O ser criança se constrói historicamente, no seu reconhecimento pela sociedade, no modo de tratamento que começou a receber, permeado pela afetividade, nas roupas adequadas para a idade infantil, em brinquedos específicos para atender as suas peculiaridades e para as novas descobertas e curiosidades da infância, e também no surgimento de leis pensadas para atender os aspectos da vida infantil, resguardando sua proteção e os seus direitos.

Jardim (2003) afirma que o conceito de infância evidencia-se pelo novo valor do amor familiar. A criança passa dos cuidados das amas para os cuidados e controle da família e posteriormente da escola.

A preocupação em compreender a criança e suas relações com o mundo instigou muitos pesquisadores, observadores do processo de desenvolvimento, crescimento físico e intelectual da criança; contribuíram assim para a construção da história e, sem dúvida, nos revelam culturas, hábitos, valores e nos ajudam a compreender melhor os aspectos da infância. A perspectiva da construção histórica da criança é encontrada também em Walter Benjamin (1984), que vê a criança como indivíduo social; não a

trata de maneira romântica ou ingênua, mas a entende na história, inserida numa classe social, como parte da cultura e produzindo cultura.

Sendo uma das mais ricas culturas que podem ser estudadas, a cultura infantil está permeada por relações com a subjetividade humana, afetividade, com o tempo cronológico que delimita suas fases e seu crescimento, sua fragilidade e necessidade de proteção e orientação, fase que requer o controle dos pais, da escola e da sociedade, uma vida regrada, limitada, vigiada, dominada pelos adultos, que procuram entender a criança e seu desenvolvimento infantil.

Jardim (2003) afirma que

[...] o que percebemos ocorrer hoje é um deslizamento por parte dos adultos em relação ao que é ser criança. Em um momento colocam a criança como ser incompleto, inocente, ingênuo, subestima-se a capacidade de criar, de produzir, de pensar; em outro momento a colocam no lugar de perfeita, apta, pronta a enfrentar o mundo assimilando tudo o que aparece (JARDIM, 2003, p.27).

As inúmeras maneiras de compreender a infância vêm sendo construídas e alteradas/modificadas no contexto histórico, desde a percepção da sua existência num mundo que até então não a percebia como ser constituinte de uma sociedade, passando pela conquista do seu lugar na família e também na sociedade, o seu desenvolvimento físico e cognitivo, seus sentimentos, seu processo de aquisição do conhecimento, sua maneira de relacionar-se com as outras pessoas, enfim sua cultura peculiar.

Na trajetória da constituição de um campo específico de estudo, uma das áreas que tem despertado muito interesse entre os pesquisadores é a relação da criança com o brincar. Por que a criança brinca? De que maneira ela brinca? Para que servem as brincadeiras e os brinquedos? Brincar contribui para o desenvolvimento da criança? A criança que brinca é diferente da que não brinca? Quais as brincadeiras preferidas? Existe uma idade limite que determina até quando a criança deve brincar? Há diferença entre o brincar, o brinquedo ou a brincadeira? Tais questionamentos vêm ocupando a pauta intelectual da pesquisa há muito tempo, e mesmo na atualidade, pois brincar é uma ação que é pertinente à criança e a sua infância, como asseguram autores como Brougère (2001), Kishimoto (2001), Vygotski (1998), Piaget (1978), Friedmann (1992) que fizeram importantes contribuições nesse campo.

Jardim (2003) apresenta em suas pesquisas significados e conceitos relacionados ao brincar, jogar, brinquedos e brincadeiras, respaldando-se em autores que estudaram esse tema. Uma delas foi Roza (1993) que conceitua o brincar como uma característica da infância e que pertence a um conjunto de atividades que compõe a noção de jogo. Cunha (1982) utiliza o termo *ludus*, originado do latim, que se refere tanto ao brincar quanto ao jogar, significando também diversão (JARDIM, 2003, p. 32).

Essa diversão da criança pode ser associada tanto ao brincar quanto ao jogar; porém, muitos autores dizem que brincar é diferente de jogar, que são atividades distintas apesar de trazerem diversão e de serem as atividades preferidas das crianças.

Observamos a dificuldade de especificar o brincar/jogar, o grande número de palavras não contribui para sua precisão, pelo fato, por exemplo, de uma única palavra, “brinquedo”, designar tanto o objeto quanto a ação de brincar. Em geral os conceitos de brincar jogar acabam sendo utilizados como sinônimos, apesar de o jogo diferir do brincar em alguns aspectos (JARDIM, 2003, p. 33).

Carneiro (1990), Elkonin (1998) e Brougère (1995) citados por Jardim (2003) concordam que as distinções entre o brincar e o jogar não são suficientemente claras; observam a dificuldade de especificar o brincar e o jogar, apesar de o jogar diferir do brincar em alguns aspectos, por exemplo, o jogo possui regras, expressa competição, porém, ambos são ações que fazem parte de uma brincadeira.

Enquanto brincar aparenta ser mais livre, possui um fim em si mesmo e realiza-se apenas com um elemento, o jogo possui regras, pode ser utilizado como meio para chegar a um fim e, geralmente, envolve dois ou mais parceiros (CARNEIRO, 1990, In JARDIM, 2003, p.33).

Jogar pressupõe que deve ter um outro envolvido, ou várias outras pessoas para que ocorra uma disputa, uma competição; a diversão acontece, a ação pode expressar vários sentimentos, ser prazerosa, tensa, ter níveis de dificuldade, seu resultado pode trazer sofrimento, decepção para aquele que perde o jogo, e alegria, felicidade para quem ganha, o resultado depende das regras; no entanto o brincar parte da premissa de uma ação que envolve um objeto ou mais, pode ser uma ação individual ou partilhada com outras pessoas. A criança assume um papel enquanto brinca e faz suas opções.

Elkonin aponta como principal o papel que as crianças assumem enquanto brincam. Para o autor, no processo de interpretação do seu papel, a criança transforma suas ações e a atitude diante da realidade. Ao adotar o papel de outras pessoas, em uma situação fictícia, a criança executa suas ações e estabelece suas relações típicas nas condições lúdicas peculiares, constituindo assim a unidade fundamental do jogo (JARDIM, 2003, p.34).

Diferentes ou não, tanto o brincar como o jogar são atividades desenvolvidas pelas crianças também nos hospitais, onde percebemos a importância dessas atividades na interação com outros pacientes e para ressignificação de sentimentos ocasionados pela situação pela qual passam em virtude da hospitalização.

A criança que brinca interpreta papéis através do brincar; ela pode estar expressando várias situações vividas ou imaginárias, que gostaria de estar vivendo ou não, dependendo da situação pela qual esteja passando.

Nessa perspectiva, outro nível de significação é atribuído à brincadeira: o da incerteza ou indeterminação, pois a criança que brinca, independente de sozinha ou com outras crianças, segue passos que ela mesma desconhece, que *a priori* nem sabe aonde vai chegar. Durante o processo do brincar, novos significados são negociados e vão surgindo, objetos são introduzidos, caminhos são percorridos. Na busca de compreender o funcionamento social e simbólico do brinquedo, Brougère (2001) faz uma associação entre brinquedo e cultura, considerando o brinquedo como produto de uma sociedade dotada de traços culturais específicos.

De acordo com o autor, “uma das funções sociais do brinquedo é a de ser o presente destinado à criança, de forma relativamente independente do uso que se fará dele” (BROUGÈRE, 2001, p. 8). O autor considera o brinquedo um objeto de grande valor cultural, rico de significados, um instrumento que permite compreender determinada sociedade e sua cultura, através de diferentes perspectivas e exemplos variados.

Mas o brinquedo possui outras características, de modo especial a de ser um objeto portador de significados rapidamente identificáveis: ele remete a elementos legíveis do real ou do imaginário das crianças. Neste sentido o brinquedo é dotado de um forte valor cultural, se definimos a cultura como o conjunto de significações produzidas pelo homem (BROUGÈRE, 2001, p. 8).

Para o autor, a criança ao manipular um brinquedo tenta decifrar seus mistérios, explorar aquele objeto que tem em mãos. Brougère (2001) afirma que a função do brinquedo é a brincadeira. Já a brincadeira escapa a qualquer função precisa; o que a caracteriza é que a mesma pode fabricar seus objetos, utilizando-se de objetos que cercam a criança e transformando-os de acordo com o imaginário. Por exemplo, a criança pode pegar a tampa de uma panela e imaginar ser um volante de um carro e brincar como se estivesse dirigindo um automóvel.

O valor expressivo do brinquedo estimula a brincadeira ao criar possibilidades de ações coerentes com as representações. É o que acontece com uma boneca bebê; ao representar um bebê, desperta na criança que brinca atos de carinho, de troca de roupa, de dar banho, de dar comidinha e um conjunto de atos ligados à maternidade. Porém não é no brinquedo que está essa função maternal; há, sim, uma representação que instiga essa atividade. Isso fica claro ao lembrarmos que ao brincar com o mesmo objeto, a representação pode ser elaborada de outra forma bem diferente: com agressividade, por exemplo, pois a criança também reproduz com o brinquedo, durante a brincadeira, aquilo que vive no seu cotidiano. Assim, se a criança é tratada com carinho, provavelmente tratará sua boneca desta forma; mas se é mal-tratada pelos cuidadores, poderá tratar sua boneca de igual maneira.

A boneca, como outros brinquedos, pode ser considerada como um objeto mediador entre adultos, entre um mundo adulto e o mundo infantil; nele a criança é uma projeção abstrata construída por eles [brinquedos]. Esse é o espelho de uma imagem destinada à criança: a deformação deve estar condicionada a seu destinatário (BROUGÈRE, 2001, p. 36).

As representações feitas na infância, através do brinquedo ou das brincadeiras podem refletir uma realidade vivida pela criança ou pela sociedade em que ela está inserida. Ao brincar, utilizando-se ou não de brinquedos, as crianças representam aspectos do seu cotidiano: quando brincam de casinha, de escola, de médico, de polícia, elas estão impregnadas de representações da cultura que vivenciam.

A infância é, conseqüentemente, um momento de apropriação de imagens e de representações diversas que transitam por diferentes canais. As suas fontes são muitas. O brinquedo é, com suas especificidades, uma dessas fontes. Se ele traz para a criança um suporte de ação, de manipulação, de conduta lúdica, traz-lhe, também,

formas e imagens, símbolos para serem manipulados (BROUGÈRE, 2001, p. 40-41).

Dessa forma o brinquedo deve ser considerado em duas dimensões: a funcional e a simbólica. Essas funções, segundo o autor, parecem ser indissociáveis, todavia para fins de análise elas devem ser separadas para uma melhor compreensão de sua influência sociocultural.

O brinquedo parece afastado da reprodução do mundo real constantemente evocado por ele. É um universo espelhado que, longe de reproduzir, produz, por modificação, transformações imaginárias. A criança não se encontra diante de uma reprodução fiel do mundo real, mas sim de uma imagem cultural que lhe é particularmente destinada. Antes mesmo da manipulação lúdica, descobrimos objetos culturais e sociais portadores de significações. Portanto manipular brinquedos remete, entre outras coisas, a manipular significações culturais originadas numa determinada sociedade (BROUGÈRE, 2001, p. 43).

O brinquedo funcional traz uma intencionalidade; se o brinquedo é uma boneca ele vai instigar a criança a determinadas brincadeiras em que a boneca vai representar um sujeito na brincadeira, seja um filhinho, um irmãozinho, um amigo, representações comportamentais, de sentimentos. O brinquedo simbólico deixa a criança que brinca livre em suas opções, ela vai utilizar a imaginação e criar situações dentro da brincadeira, bem como representações culturais com o que tem a sua volta.

Outra abordagem feita por Brougère (2001) está relacionada à cultura lúdica, que integra elementos externos que influenciam a brincadeira, assim como os brinquedos. O objeto utilizado na brincadeira deve encontrar seu lugar na cultura lúdica da criança, sua representatividade torna-se objeto de apropriação.

É certo que, atualmente, nossa cultura lúdica está muito orientada para a manipulação de objetos; sem dúvida, isso é uma dimensão essencial. Como consequência, ela evolui, em parte, sob o impulso de novos brinquedos. Novas manipulações (inclusive jogos eletrônicos e de videogame), novas estruturas de brincadeiras, ou desenvolvimento de algumas em detrimento de outras, novas representações: o brinquedo contribui para o desenvolvimento da cultura lúdica. Porém, o brinquedo se insere na brincadeira através de uma apropriação, ou seja, deixa-se envolver pela cultura lúdica disponível, usando práticas de brincadeiras anteriores (BROUGÈRE, 2001, p. 51).

Para o autor a cultura lúdica também pode ser simbólica; a brincadeira também é imaginação. Dispõe de certa autonomia, de um ritmo próprio, também é estratificada, e não acontece do mesmo modo em todos os lugares em que a brincadeira pode acontecer, ou seja, a mesma brincadeira em casa pode ser diferente na escola, no hospital; a criança pode atribuir à brincadeira aspectos diferentes de sua cultura lúdica.

No hospital os objetos se transformam de acordo com a imaginação da criança que brinca. A relação com o ambiente contribui para a formação de uma nova cultura lúdica. É o que acontece com um mesmo objeto inserido numa prática de brincadeira desenvolvida dentro ou fora do ambiente hospitalar; em um e outro lugar, o valor que a criança atribui ao objeto vai estar associado a sua circunstância de vida, contingenciada pela hospitalização.

Segundo Brougère (2001) os brinquedos podem estar definidos de duas maneiras: em relação à brincadeira ou a uma representação social. No primeiro caso o brinquedo é o objeto utilizado como suporte na brincadeira, pode ser um objeto adaptado, reciclado, uma sucata, de duração equivalente à brincadeira a que se destina. No segundo caso, o brinquedo é um objeto industrial ou artesanal, a materialização de um projeto adulto destinado à criança.

Projetado ou não, o brinquedo é um objeto atraente para a criança que, se apropriando dele, utiliza a imaginação para sua representação sociocultural. Estimulante para uma ação funcional, o brinquedo pode ajudar a estruturar comportamentos e contribuir para a socialização das crianças.

No hospital, vivenciamos muitas situações onde o espaço da brinquedoteca foi utilizado de forma intencional, de maneira estratégica para que as crianças hospitalizadas pudessem expressar seus sentimentos, socializar-se com outras crianças, com a equipe de profissionais da saúde, contribuindo com a mudança de comportamento quanto à aceitação da doença e do tratamento ao qual foi submetida.

As relações vinculadas com o brinquedo constroem uma história e estão atreladas a uma cultura, independente de época ou de circunstância vivida. Para Benjamim (1984),

brinquedos não foram em seus primórdios invenções de fabricantes especializados; eles nasceram sobretudo nas oficinas de entalhadores em madeira, fundidores de estanho, etc. Antes do século XIX a produção de brinquedos não era função de uma única indústria. O estilo e a beleza das peças mais antigas explicam-se pela circunstância

de que o brinquedo representava antigamente um produto secundário das diversas indústrias manufatureiras, as quais, restringidas pelos estatutos corporativos, só podiam fabricar aquilo que competia a seu ramo (BENJAMIM, 1984, p.67).

Benjamim (1984) afirma que a partir do século XIX, com o avanço da sociedade industrial, os brinquedos passaram a se distinguir entre novos (industrializados) e antigos (artesanal). Esses velhos brinquedos a que o autor se reporta eram os brinquedos produzidos no âmbito familiar, de maneira artesanal, rústica, que primavam pela simplicidade. De acordo com Benjamim (1984) nesse brinquedo estava a transmissão de como a família e seu meio social percebiam o mundo.

Neste sentido, as contribuições de Vygotsky (1998) sobre a psicologia histórico-cultural são importantes, pois, partindo do princípio de que o sujeito se constitui nas relações com os outros, a brincadeira infantil é uma ação privilegiada para a análise do processo de constituição do sujeito, rompendo com a visão tradicional de que ela é atividade natural de satisfação de instintos infantis.

Vygotsky (1998) apresenta o brincar como uma atividade em que, tanto os significados social e historicamente produzidos são construídos, quanto outros novos significados podem surgir. A brincadeira e o jogo de faz-de-conta são considerados pelo autor como espaços de construção de conhecimentos pelas crianças, na medida em que os significados que ali transitam são apropriados por elas de forma específica.

Para Vygotsky (1998), a criança nasce em um meio cultural repleto de significações social e historicamente produzidas, definidas e codificadas, que são constantemente ressignificadas e apropriadas pelos sujeitos através das relações e interação com o meio social, determinadas pelas atividades mediadas; o sujeito transforma e é transformado, influencia e sofre influência do meio em que vive, seja através de instrumentos, signos ou ferramentas. Os objetos com os quais a criança se relaciona têm significados culturais, e a relação estabelecida com eles se modifica à medida em que ela se desenvolve.

Para o desenvolvimento infantil a importância do brincar está no fato de a atividade contribuir para a mudança na relação da criança com os objetos, pois estes perdem sua força determinadora na brincadeira. “A criança vê um objeto, mas age de maneira diferente em relação ao que vê. Assim, é alcançada uma condição que começa a agir independentemente daquilo que vê” (VYGOTSKY, 1998, p. 127).

A criança atribui ao objeto a representação que ela lhe quer dar, dependendo da brincadeira que ela esteja executando. Ela age incondicionalmente, levada pela sua imaginação. Ela pode simplesmente brincar com pedrinhas e as representar como se fossem carrinhos.

No ambiente hospitalar, observamos crianças hospitalizadas brincando com objetos diversos, brinquedos industrializados, artesanais. Motivadas pela imaginação, atribuem aos objetos representações associadas ao momento vivido ao brincarem de médico e paciente, por exemplo, como também atribuindo representações de situações externas ao ambiente hospitalar; como se não estivessem no hospital, doentes, internadas e afastadas do seu convívio social, brincam de casinha, de escola, levando as representações externas para dentro do hospital e transformando o seu momento atual, quiçá amenizando um pouco seu sofrimento.

Também de acordo com Cerisara (2002), na brincadeira, a criança pode dar outros sentidos aos objetos e jogos; a partir da imaginação, as relações que se estabelecem com os amigos produzem novos sentidos.

Igualmente para Queiroz (2006), a brincadeira é de fundamental importância para o desenvolvimento infantil na medida em que a criança pode transformar e produzir novos significados. Ainda pequena, sendo estimulada, é possível observar que a criança rompe com a relação de subordinação ao objeto, atribuindo-lhe novos significados e conduzindo a ação, o brincar.

A criança utiliza a imaginação durante a brincadeira e transforma os objetos que utiliza, sejam estes brinquedos industrializados ou não. Elas dão representações variadas aos objetos utilizados, a exemplo de pedrinhas, pedaços de madeira, tampinhas de garrafa, dentre outros, que no imaginário infantil são transformados em outros objetos. No hospital, objetos utilizados na rotina hospitalar, como seringas, espátulas, algodão, caixinhas de remédio, também são utilizadas nas brincadeiras, nas quais as crianças criam representações de situações vividas, a exemplo de quando brincando de médico pegam bonecas e com as seringas simulam a aplicação da injeção no paciente.

Segundo Benjamin (1984),

[...] a criança quer puxar alguma coisa, torna-se cavalo, quer brincar com areia e torna-se padeiro, quer esconder-se, torna-se ladrão ou guarda e alguns instrumentos do brincar arcaico desprezam toda a máscara imaginária (na época, possivelmente vinculados a rituais): a bola, o arco, a roda de penas e o papagaio, autênticos brinquedos,

tanto mais autênticos quanto menos o parecem ao adulto (BENJAMIN, 1984, p.76-77).

De acordo com o autor, enquanto a criança brinca, ela desenvolve seu potencial criativo, e, através da sua imaginação ela transforma os objetos e seus empregos, aproximando-se através da brincadeira das funções do adulto. Essa aproximação talvez seja pelo fator cultural, da convivência e do ajudar o adulto em tarefas cotidianas. Assim, as brincadeiras são representações dessas atividades.

Vygotsky (1998) diz que a concepção de situações imaginárias na brincadeira surge da tensão entre o indivíduo e a sociedade, e a brincadeira libera a criança das amarras da realidade imediata, dando-lhe oportunidade para controlar uma situação existente.

No ambiente hospitalar as crianças hospitalizadas sofrem desde o primeiro momento da internação e durante todo o processo de hospitalização; a oportunidade de poder brincar lhes proporciona momentos de alívio quanto aos sentimentos de dor e sofrimento. As crianças utilizam-se do imaginário, de brincadeiras de faz- de- conta e criam representações diferenciadas que as ajudam a suportar o momento difícil e enfrentar a doença, o tratamento, intervenções medicamentosas, convalescenças cirúrgicas e demais procedimentos a que são submetidas.

Essa distância entre o real e o ideal ou o desejado, mediada pela representação, foi definida por Vygotsky (1998) como zona de desenvolvimento proximal.

Ela é a distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas, e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com os companheiros mais capazes (VYGOTSKY, 1998, p. 97).

A brincadeira representa a ação da criança na zona de desenvolvimento proximal, entre a sua realidade e o que idealiza, através da imaginação; o que ela pode realizar através da brincadeira e que ainda não lhe é permitido fazer ou que ela não consegue fazer na realidade.

Vygotsky (1998) também chama a atenção para as afirmações consensuais de que a brincadeira é uma atividade que dá prazer à criança, pois isso nem sempre acontece, partindo da premissa que outras atividades podem lhe dar mais prazer do que as que envolvem a brincadeira, e destaca, ainda, que há brincadeiras que podem se tornar

desagradáveis; é o que acontece, por exemplo, com brincadeiras que envolvem o jogo com regras, com ganhadores e perdedores. Estas são frequentemente acompanhadas de desprazer para a criança que não alcança o resultado favorável, ou seja, aquela que perde a partida.

Pode-se pensar que a criança brinca mais se utilizando da brincadeira do faz-de-conta, sendo que quando brinca ela utiliza a imaginação durante a brincadeira e a todo momento tende a transformar a realidade e os objetos utilizados nesse processo, ressignificando, criando e recriando seu mundo, suprimindo suas necessidades imediatas.

Pesquisadores como Vygostky e Piaget, que trabalham com as teorias do desenvolvimento cognitivo, destacam a importância da brincadeira do faz-de-conta como comunicação integrada, ou seja, o faz-de-conta é uma atividade complexa e constituinte do sujeito, diferente das que caracterizam o cotidiano da vida real, que já aparece nos jogos de esconde-esconde que a criança faz com os adultos, quando aprende que desaparecer, no jogo, não é algo real, mas inventado para poder brincar.

Piaget (1978), afirma que a brincadeira de faz-de-conta

[...] está intimamente ligada ao símbolo, uma vez que por meio dele, a criança representa ações, pessoas ou objetos, pois estes trazem como temática para essa brincadeira o seu cotidiano (contexto familiar e escolar) de uma forma diferente de brincar com assuntos fictícios, contos de fadas ou personagens de televisão (PIAGET, 1978, p.76).

Partindo desse pressuposto o símbolo possui função mediadora oportunizando a criança a expressar seu pensamento, através dos objetos utilizados ou ações expressadas na brincadeira. Tanto Piaget quanto Vygotsky concebem o faz-de-conta como atividade importante para o desenvolvimento infantil. As crianças que brincam de faz-de-conta aguçam a criatividade, a imaginação.

Kishimoto (2001) também faz relevantes contribuições em relação à infância, ao brincar, à brincadeira e à educação. Para a autora, o brincar coloca a criança na presença de reproduções, estimula as representações sociais, propõe um mundo imaginário da criança e do adulto, criador do objeto lúdico.

Para Kishimoto (2001), a infância é a idade do possível, é a fase portadora de uma imagem de inocência, de candura moral, é reconstituída pelo adulto por meio de um duplo processo. De um lado, associada a valores e aspirações da sociedade; de outro, incorporada de memórias da infância dos adultos.

Para esta autora, o brinquedo educativo data dos tempos do Renascimento e concebe sua amplitude através da educação infantil, especialmente a partir deste século, e é entendido como um recurso que ensina, desenvolve e educa de maneira prazerosa.

O brinquedo educativo materializa-se no quebra-cabeça, destinado a ensinar formas ou cores, nos brinquedos de tabuleiro que exigem a compreensão do número e das operações matemáticas, nos brinquedos de encaixe, que trabalham noções de sequência de tamanho e de forma, nos múltiplos brinquedos e brincadeiras, cuja concepção exigiu um olhar para o desenvolvimento infantil e a materialização da função psicopedagógica: móveis destinados à percepção visual, sonora ou motora; carrinhos munidos de pinos que se encaixam para desenvolver a coordenação motora, parlendas para expressão da linguagem, brincadeiras envolvendo músicas, danças, expressão motora, gráfica e simbólica (KISHIMOTO, 2001, p. 36).

Kishimoto (2001) apresenta o uso do brinquedo e jogos para fins pedagógicos e sua relevância no processo de ensino-aprendizagem e do desenvolvimento infantil. Segundo a autora quando as situações lúdicas são intencionalmente criadas pelo adulto com vistas a estimular certos tipos de aprendizagem, surge a dimensão educativa.

Sob essa perspectiva, observamos na brinquedoteca de hospitais a possibilidade educacional quando as atividades são motivadas e coordenadas com tal finalidade, convidadas as crianças a participar de atividades lúdico-educativas, nas quais, através do brinquedo, elas possam expressar e adquirir conhecimentos.

Na proposta educacional, o lúdico deve ser bem explorado pelos adultos para que as crianças aprendam brincando, utilizando-se de brinquedos e brincadeiras para apropriarem-se de conhecimentos relacionados às diversas áreas do saber.

Foram necessários muitos séculos até que a criança chegasse ao reconhecimento infantil, das suas representações, simbologias, direitos, da conquista do seu espaço na sociedade. Nesta perspectiva, o brincar, a brincadeira e/ ou o brinquedo tem significados importantes e muito contribuem para o desenvolvimento da criança.

As brincadeiras eram fórmulas condensadas de vida, modelos em miniatura da história e destino da humanidade. A brincadeira era o fenômeno social do qual todos participavam, e foi só bem mais tarde que ele perdeu seus vínculos comunitários e seu simbolismo religioso, tornando-se individual (FRIEDMANN, 1992, p. 25).

Nas pesquisas de Friedmann (1992), a evolução do brincar passou por vários processos sociais e civilizatórios, visando à formação do novo homem. Segundo a

pesquisadora, esses processos deram forma à sociedade, e dois fatores tiveram forte influência em tais processos: a segregação das crianças em um grupo separado da vida dos adultos e a institucionalização das crianças, bem como a utilização da atividade lúdica como um instrumento.

A segregação das crianças transformou suas relações e afetou a institucionalização do desenvolvimento e da educação. Junto com as crianças, também a atividade lúdica foi segregada para transformar-se no trabalho infantil (FRIEDMANN, 1992, p. 25).

Para Friedmann a infância tornou-se pedagogizada, pois os pedagogos tinham a visão de criar um novo homem, e através da brincadeira descobriram as possibilidades educacionais; passaram a conquistar a criança através do lúdico, utilizando essa estratégia para disseminar ensinamentos de maneira prazerosa, com jogos e brincadeiras.

Os documentos da época [a autora se refere ao século XIX] mostram as medidas aplicadas para suprir a esfera físico-sensorial-emocional e estabelecer propriedades racionais, produtivas e disciplinadas da personalidade. A brincadeira, considerada como um vício no começo da idade moderna, foi introduzida nas instituições educacionais filantropistas, com o intuito de tornar esses espaços prazerosos e também como meio educacional (FRIEDMANN, 1992, p. 25).

A brincadeira como meio educacional até então tinha o caráter de moldar a sociedade, de treinar a criança e era vista como agressivo. A própria história da educação apresenta em diversas passagens os moldes de homem que a sociedade impunha através dos modelos que deveriam ser seguidos. Modelos estes que nem sempre respeitavam o desenvolvimento infantil, as relações e interações sociais, fossem entre crianças e adultos ou entre crianças com outras crianças.

Friedmann afirma em suas pesquisas que na evolução do brincar houve grandes avanços a respeito da compreensão e importância deste ato para a educação, surgindo várias contribuições nas dimensões do desenvolvimento integral infantil, da aprendizagem, no respeito às faixas etárias, na preservação histórico-cultural.

As pesquisas e contribuições sobre a importância do brincar são tão relevantes que na esfera educacional o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (MEC, 2001) estabeleceu a brincadeira como um de seus princípios norteadores, definindo-a

como um direito da criança para desenvolver seu pensamento e capacidade de expressão, além de situá-la em sua cultura.

As brincadeiras são praticadas na educação infantil há muitos anos, entretanto, torna-se imprescindível que o professor distinga o que é brincadeira livre e o que é atividade pedagógica que envolve brincadeira. Se optar em realizar atividades envolvendo brincadeiras com a turma, deve considerar que o mais importante é o interesse da criança por ela; se seu objetivo for a aprendizagem de conceitos, habilidades motoras, pode trabalhar com atividades lúdicas, sendo que dessa maneira não estará promovendo a brincadeira, mas atividades pedagógicas de natureza lúdica.

Considerando as necessidades da criança, independente do local em que esteja inserida, o brincar faz parte do seu desenvolvimento e não lhe deve ser negada a prática dessa atividade. Para isso deve ser observado o contexto sociocultural em que a criança está inserida e devem ser disponibilizadas condições de acesso ao brincar e aos brinquedos. Seja em casa, na escola, em creches ou hospitais, espaços devem ser organizados em que a criança possa ser estimulada para o seu desenvolvimento físico e cognitivo, permeado pela afetividade dos adultos contribuindo para o seu estado emocional.

3.2 A brinquedoteca

Para autores como Vygotsky (1998), Kishimoto (2001), Brougère (2001), Winnicott (1975) e Friedmann (1992), o brinquedo ou os objetos utilizados na brincadeira são instrumentos que mediam a relação da criança com o mundo e influenciam na maneira como elas se relacionam e interagem. Quando as crianças brincam, liberam e canalizam suas energias, podendo transformar uma realidade difícil em uma fantasia prazerosa.

Versar sobre o brincar e as possibilidades dessa ação para o desenvolvimento infantil nos possibilita entender tal ação dentro do ambiente hospitalar e compreender os benefícios adquiridos pelas crianças/pacientes que têm oportunidade de brincar; nos permite também entender como o brinquedo e a brincadeira podem ser mediadores durante o processo de restabelecimento da saúde das crianças.

De acordo com Friedmann (1992), nesses diferentes contextos, as crianças estabelecem relações com o mundo, transformando, através do brincar, seus significados. Porém, percebemos que no mundo contemporâneo a criança tem perdido o espaço do brincar livremente. Fatores como o crescimento da população, o aumento da violência, têm instigado pessoas preocupadas com a infância a pensar em novos espaços para que as crianças possam brincar, como também quando as crianças encontram-se afastadas do seu convívio social por motivos de saúde e para tratamento de alguma enfermidade.

Esses espaços podem ser brinquedotecas, um espaço apropriado para o resgate da brincadeira.

O intuito é de resgatar, na vida dessas crianças, o espaço fundamental da brincadeira, que vem progressivamente se perdendo e comprometendo de forma preocupante o desenvolvimento infantil como um todo (FRIEDMANN, 1992, p. 30).

O resgate deste espaço é importante, pois o brincar se manifesta na saúde física, emocional e intelectual do ser humano, como afirma Winnicott (1975), quando diz que o brincar é a base fundamental da existência humana, representando, pois, a própria saúde, sendo a base de todo agenciamento simbólico e da própria possibilidade de se dar o desenvolvimento.

Brinquedos e brincadeiras orientadas ou livres trazem valores que contribuem na formação da personalidade da criança, como nos mostram Piaget e Vygotsky. Brincadeiras e jogos possuem características peculiares que contribuem para o desenvolvimento da criança. Todavia, nem todas as crianças dispõem de brinquedos ou espaços apropriados para brincar.

Assim, as brinquedotecas foram criadas para assegurar o direito de a criança brincar.

É um espaço preparado para estimular a criança a brincar, possibilitando o acesso a uma grande variedade de brinquedos, dentro de um ambiente especialmente lúdico. É um lugar onde tudo convida a explorar, a sentir, a experimentar (FRIEDMANN, 1992, p. 36).

As brinquedotecas devem ser espaços atrativos, alegres, coloridos, que estimulem a criatividade, incentivem o “faz-de-conta”, a construção, e proporcionem a interatividade.

Friedmann destaca vários objetivos da brinquedoteca, dentre eles elencamos:

- Valorizar o brinquedo e as atividades lúdicas e criativas;
- Possibilitar o acesso a variedade de brinquedos;
- Estimular o desenvolvimento global das crianças;
- Desenvolver hábitos de responsabilidade e trabalho;
- Provocar um tipo de relacionamento que respeite as preferências das crianças e assegure seus direitos (FRIEDMANN, 1992, p. 37).

De acordo com Friedmann (1992, p. 39), as primeiras brinquedotecas, denominadas *lekoteks* (ludoteca, em sueco), surgiram por volta de 1963, na Suécia, com o objetivo de emprestar brinquedos e dar orientações às famílias de crianças síndrômicas sobre como poderiam brincar com seus filhos para melhor estimulá-los. “A filosofia básica dos trabalhos das *lekoteks* é a de que as crianças aprendem através do brinquedo, portanto é necessário prover brinquedos adequados às suas reais necessidades” (1992, p. 39).

Há registro do surgimento de brinquedotecas em todo o mundo: na Inglaterra, África do Sul, Argentina, Austrália, Bélgica, Canadá, China, Estados Unidos, França, Itália, Japão, Noruega, Portugal, dentre outros. Em Londres, no ano de 1976, foi realizado o primeiro Congresso Internacional sobre o assunto.

No Brasil, a primeira brinquedoteca é de 1981, na Escola de Indianópolis (SP), um ano mais tarde, passa a funcionar a primeira brinquedoteca da região Nordeste, em Natal (RN). Em 1985, é inaugurada a brinquedoteca da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. De acordo com Friedmann (1992, p. 47), cada nova brinquedoteca representava um espaço a mais para crescimento não só das crianças beneficiadas, mas especialmente dos adultos que a elas se dedicavam em estudos e pesquisas sobre os benefícios que o espaço poderia oportunizar.

Segundo Friedmann, as brinquedotecas tinham objetivos semelhantes; o principal deles era proporcionar o resgate da brincadeira, pelo empréstimo de brinquedos ou do espaço aberto para o brincar através de projetos movidos pelo entusiasmo de pessoas sensíveis que, mesmo enfrentando dificuldades financeiras, montavam os espaços, adquiriam brinquedos e mantinham o projeto.

Existem hoje diferentes tipos de brinquedotecas, com finalidades pedagógicas, criadas para escolas infantis e creches; brinquedotecas de comunidades ou bairros, mantidas geralmente por associação de moradores ou prefeituras; com brinquedos adaptados para atender alguma modalidade de deficiência motora, visual, auditiva ou mental. Neste caso há uma equipe de especialistas que orienta as crianças e seus familiares quanto à utilização do brinquedo. Há também brinquedotecas em universidades, onde os alunos podem observar as crianças e desenvolver pesquisas inerentes às brincadeiras realizadas; são verdadeiros laboratórios de brinquedos e materiais pedagógicos para os pesquisadores.

As brinquedotecas podem ter também a função de testagem de brinquedos, em especial no que se refere à segurança dos mesmos. Há também brinquedotecas em clínicas psicológicas para colaborar com o tratamento de crianças com distúrbios de comportamento. Há brinquedotecas circulantes, móveis, que levam os brinquedos às crianças de locais diferentes.

E também há brinquedotecas em hospitais. Para Friedmann (1992), brincar é um direito de qualquer criança, inclusive daquela que se encontra hospitalizada. As crianças que já estão sofrendo por estarem doentes ainda são privadas de brincar, quando não há uma brinquedoteca no hospital onde estão internadas. “Embora as brinquedotecas em hospitais não ocupem, ainda, um papel significativo no Brasil, elas são de extrema importância para a recuperação da criança hospitalizada” (FRIEDMANN, 1992, p. 53).

Apesar de no Brasil já existirem políticas públicas que regulamentem a existência de brinquedotecas no ambiente hospitalar e de serem evidenciados os benefícios que trazem à recuperação das crianças hospitalizadas, não há uma fiscalização que mobilize a criação destas em todos os hospitais com internamento pediátrico.

Friedmann afirma:

[...] as consequências psicológicas de uma hospitalização são múltiplas: problemas de sono, de comportamento, de apetite e dificuldades escolares. A criança doente continua sendo criança e, para garantir seu equilíbrio emocional e intelectual, o jogo é essencial. A criança impossibilitada de brincar tem seu desenvolvimento comprometido e seu equilíbrio emocional perturbado (FRIEDMANN, 1992, p. 55).

Os traumas sofridos pelas crianças submetidas a tratamentos hospitalares podem comprometer por longo tempo ou para sempre o seu emocional. As crianças tendem a ter medo de pessoas vestidas de branco; muitas em idade escolar sentem-se desmotivadas para retornarem à escola, ficam deprimidas, o grau de estresse aumenta. Com a possibilidade do brincar dentro do hospital, elas resgatam a autoestima, o sofrimento é minimizado, e até mesmo a permanência dentro do hospital pode ser diminuída pelo fato de a criança corresponder melhor ao tratamento, recuperar o ânimo, assim, revigorando sua saúde.

É de suma importância. Trazem benefícios visíveis, o paciente corresponde melhor ao tratamento, a família também e facilita a atuação dos profissionais. [...] pois a criança torna-se mais disposta ao tratamento, trazendo uma comunicação mais efetiva com os profissionais de saúde e diminuindo sua permanência no hospital¹⁷
(Tereza Gomes, Assistente Social, 2011)

O tratamento humanizado e a possibilidade de brincar e desenvolver algum tipo de atividade lúdico-educativa apresentam benefícios na recuperação da saúde da criança hospitalizada.

Ceccim (1997), Matos e Muggitti (2009) ressaltam a importância do tratamento humanizado que deve ser trabalhado nos hospitais, e a nosso critério, especialmente com as crianças que estão em pleno desenvolvimento físico, cognitivo, adquirindo a compreensão de valores e que precisam da interação com outros sujeitos e objetos para entender e ajudar a superar as implicações do “estar hospitalizadas”.

Concordando com esses autores e pela experiência adquirida durante o período vivenciado no hospital, locus desse trabalho, podemos perceber o reconhecimento dos trabalhos de humanização pela equipe da saúde, em uma das falas do médico pediatra que acompanha as crianças internadas na Ala Pediátrica.

O processo de humanização tem influência direta sobre a saúde integral da criança hospitalizada. Observamos durante o tempo de internação um melhor relacionamento entre a família e a equipe de saúde (Humberto Ralim, Médico, 2011).

¹⁷Foi adotado o itálico para citações retiradas das entrevistas estruturadas.

Para Friedmann (1992), a utilização do jogo como meio terapêutico baseia-se na ideia de que, ao brincar, a criança se expressa e se recupera mais rapidamente. Por meio das brincadeiras, elas buscam mecanismos de defesa para enfrentar seus medos e angústias. O estímulo às brincadeiras permite uma recuperação mais rápida.

Os profissionais da equipe de saúde entrevistados no HRAM – o médico, as assistente sociais, a psicóloga, as enfermeiras, concordam com a premissa de que as crianças que têm um tratamento humanizado, que participam das atividades lúdico-educativas desenvolvidas na brinquedoteca do hospital têm uma aceitação mais tranqüila quanto à doença e uma recuperação mais rápida.

A motivação com aquele brinquedo, com aquela atividade é como se as células doentes, como se elas começassem a vibrar novamente, a ficarem mais ativas, e assim as crianças se recuperam mais rápido.
(Isabel Carvalho, Psicóloga, 2011)

As brinquedotecas hospitalares também auxiliam nos trabalhos educativos, sendo que as crianças, além de brincar, podem desenvolver atividades vinculadas à escola, que ajudarão quando do seu retorno à mesma. Para isso essas atividades são introduzidas de maneira intencional, sob o aporte de uma educação não formal, mas com objetivos claros de uma intervenção lúdico-pedagógica que vão auxiliar no tratamento humanizado, trazendo benefícios para as crianças nos aspectos educacionais e afetivos. É uma estratégia pedagógica que, valorizando a brincadeira e o brinquedo, pode diminuir na criança o trauma ocasionado com o processo de internação.

Já houve casos que a criança não perdeu o desempenho escolar, mesmo estando doente e frágil. Precisamos das atividades lúdicas urgentes, medicamentos não curam sozinhos, pois precisamos olhar, ouvir, brincar, falar e sorrir, pois são essenciais à vida, inclusive da criança, do adolescente. (Luzia Pinheiro, Assistente Social, 2011)

Afirmações como essa nos fazem pensar sobre as possibilidades existentes dentro dos hospitais, que de fato podem trazer benefícios para as crianças hospitalizadas, resguardando seus direitos respaldados nas políticas públicas e oportunizando um outro tipo de vivência neste local.

3.3 O processo de humanização do Hospital Regional Amparo de Maria

Há várias formas de se trabalhar com as crianças internadas em um hospital. Cada iniciativa diz respeito ao processo de humanização hospitalar, com a finalidade de melhorar as condições de vida dos pacientes internos, principalmente se esses pacientes forem crianças.

Para contar como se deu tal processo no HRAM, tomo a liberdade de me colocar, de maneira mais pessoal, pois minhas memórias serão utilizadas para “contar” sobre esse processo de humanização, tendo em vista que fui testemunha ocular de tudo o que aconteceu. Inicialmente, de maneira mais distante, pois era uma funcionária do setor administrativo e, posteriormente, como pedagoga, com carteira assinada nesta função, neste hospital.

O processo de humanização no HRAM teve início no segundo semestre de 2002 quando um grupo de estudantes da Faculdade Pio Décimo solicitou permissão à diretoria do hospital para desenvolver estágio com as crianças internadas na ala pediátrica do hospital. Eles cursavam Pedagogia e estavam no período de estágio, sua orientadora desenvolvia pesquisas sobre a Pedagogia Hospitalar e até esse momento eu desconhecia essa área.

Os estagiários trouxeram uma proposta de trabalho diferente e apresentaram o projeto de intervenção “Projeto Desafio, Brinquedo e Alegria – PDBA”, com o objetivo de implantar uma brinquedoteca na ala pediátrica do hospital e um parque infantil, visando uma integração do lúdico com o processo de recuperação das crianças enfermas da pediatria.

Eles iniciaram o estágio na ala pediátrica, observando a rotina hospitalar, como as crianças se comportavam dentro daquele ambiente, o que o local tinha para oferecer àquelas crianças que ali se encontravam, debilitadas, submetidas a tratamentos invasivos que lhes causavam dor e sofrimento.



Figura 8: Ala Pediátrica

Após o período de observação, conseguiram da diretoria do hospital a liberação de um espaço para instalar a brinquedoteca e arrecadaram doações em brinquedos, material didático e mobiliário.

Durante todo o processo de instalação da brinquedoteca, os estagiários permaneceram realizando atividades lúdico-educativas com as crianças hospitalizadas, adequando os espaços do hospital, nos corredores e no próprio leito dos pacientes, como prova de que não precisa ter muitos recursos para desenvolver a ludicidade junto a crianças hospitalizadas, embora ter um espaço garantido seja ideal para um hospital que atenda crianças.

Segundo o relatório de estágio produzido pelos estagiários,

[...] o espaço físico da Pediatria é limitado. As crianças não possuem um local adequado para desenvolver atividades, ficando sempre ociosas. Baseados nestes relatos, resolvemos que a criação de um espaço onde pudéssemos dar um pouco de alegria a estes pacientes seria muito bom para seu processo de recuperação. Existem pesquisas realizadas que afirmam que uma criança doente poderá ter seu processo de cura acelerado se ela estiver feliz (PDBA, 2002).

De acordo com os relatos dos estagiários, a escolha pelo Hospital Regional Amparo de Maria se deu após a visita à sua pediatria, pois ficaram sensibilizados com o público que frequentava o hospital: crianças carentes que vinham de cidades de toda região Centro-Sul de Sergipe.

Com a brinquedoteca temos como objetivo uma melhoria na qualidade de vida dessas crianças, para que elas aprendam brincando e possam desenvolver suas potencialidades físicas, cognitivas, sociais, afetivas, intelectuais e o lúdico que é próprio da idade. (PDBA, 2002)

Nesta época, eu não podia acompanhar a realização das atividades de perto, pois trabalhava como funcionária do setor administrativo, setor que estava localizado no térreo do Hospital, logo abaixo do primeiro andar onde se localizava a Pediatria.

Neste espaço, ouvíamos muito choro, um lamento das crianças, que causava tristeza pelo sofrimento que elas e suas mães estavam passando. As crianças não tinham opção, não tinham nada para ver, aonde ir e, dessa forma ficavam durante quase todo o tempo no leito, sentadas ou deitadas e na maioria das vezes chorando, situação que angustiava a todos, principalmente as mães.

Além da dor pela doença, as crianças ficavam muito angustiadas por não entender o motivo de estarem ali, “presas” naquele local, com pessoas vestidas de branco ministrando medicamentos, injeções, sem muito diálogo, afeto, enfim, um ambiente desfavorável ao desenvolvimento de qualquer criança.

Logo após a instalação da brinquedoteca, começamos a perceber uma mudança no ambiente, as crianças começaram a se distrair com os brinquedos e brincadeiras trazidos pelas estagiárias. Eram momentos de prazer, conforto, e percebíamos que as crianças aliviavam o estresse com os brinquedos e atividades desenvolvidas.

A própria estrutura física do hospital mudou; a sala da brinquedoteca tinha cores diferentes, ilustrações nas paredes, enfim tinha “vida”. Os sons que ouvíamos nos corredores do hospital, também suavizaram, antes apenas choros, gritos, reclamações, lamentos; agora se misturavam a outros sons, de músicas, de desenhos animados que passavam na televisão, dos risos das crianças.



Figura 9: Brinquedoteca



Figura 10: Interior da Brinquedoteca

Após a implantação da brinquedoteca e durante o desenvolvimento do estágio, os alunos/estagiários elaboravam planos de aula que proporcionassem aos pacientes momentos de interação em busca de conhecimentos e informações.

Os estagiários tinham como meta desenvolver as atividades do projeto duas vezes por semana durante quatro meses, porém dada a necessidade e envolvimento com o mesmo, ampliaram para quatro vezes por semana, quando então desenvolviam atividades de desenhos, pintura, recorte e colagem, identificação de letras e números, leitura, contação de histórias, dentre outras. Trabalhavam também com jogos interativos, brincadeiras, música, dança, teatro.

Para Kishimoto (2001) tanto o brinquedo quanto o jogo têm função educativa, e podem ser um instrumento estratégico utilizado pelo pedagogo nos hospitais para proporcionar a crianças hospitalizadas uma melhor interação com a equipe de profissionais da saúde, facilitando o tratamento, como também um momento de ressignificação e aprendizagem.

Na etapa final do projeto, como traz o relatório, no dia 22 de novembro de 2002 foram entregues à direção do HRAM a brinquedoteca e o parquinho, conforme a proposta do projeto.

Durante a realização do projeto notamos que o nosso trabalho foi satisfatório, fato esse, verificado através das expectativas das crianças que ao se despedirem demonstravam sua ansiedade na espera do dia seguinte, como também, através de depoimentos das enfermeiras e mães, ao nos revelarem a melhora das crianças após nossos encontros (PDBA, 2002).

A criança hospitalizada vivencia um momento estressante na sua vida, sua rotina é desestruturada, fica afastada da família, dos amigos, da escola, levando ao sentimento de isolamento, medo, que afeta seu desenvolvimento cognitivo e emocional. Ao encontrarem no hospital pessoas que trazem um pouco da sua rotina externa para dentro do hospital, resgatando sua autoestima, devolvendo a alegria, as crianças criam uma expectativa positiva em relação ao hospital, à equipe de profissionais cuida delas, e a recuperação da sua saúde evolui consideravelmente.

Assim, o relatório dos estagiários traz em sua conclusão o seguinte relato:

Com base no desenvolvimento deste projeto concluímos que a implantação da brinquedoteca melhorou a autoestima e o humor, diminuiu a agressividade, a ociosidade e a permanência das crianças no hospital. Os que ali ficaram receberam carinho, amor e atenção por parte de todos que direta ou indiretamente participaram do projeto (PDBA, 2002).

As autoras Ortiz e Freitas (2005), Barros e Kohn (2010) relatam que a intervenção pedagógica com atividades lúdicas contribui para a recuperação mais rápida da enfermidade da criança. Essas ações atuam sob a postura de resistência exercida pelo paciente frente à doença, possibilitando o desenvolvimento de um tratamento mais humanizado; esse olhar beneficia os aspectos físico, afetivo e cognitivo do paciente.

Ao término do estágio, os estagiários entregaram à diretoria do HRAM a brinquedoteca montada, um parque infantil, uma proposta de trabalho através de projetos e cópia do relatório de estágio. Constava no relatório também a prestação de contas sobre como foram investidos os recursos adquiridos e o que era ainda necessário comprar para manter o espaço em funcionamento. Entretanto, a brinquedoteca permaneceu fechada por alguns meses, por falta de interessados em continuar o trabalho, que nesse momento tinha que ser através de voluntários, pois a diretoria do hospital não contratou um funcionário para esse fim.

Em 2003, outra turma da mesma faculdade chegou para estagiar no hospital na Brinquedoteca da Ala Pediátrica e novos trabalhos foram desenvolvidos. Como a Brinquedoteca já havia sido instalada, realizaram um novo projeto para a implantação de uma Sala de Vivência para atender aos pais – quase sempre mães – e acompanhantes das crianças hospitalizadas. De longe, na condição de agente administrativa do HRAM

eu acompanhava esse trabalho e percebia os benefícios trazidos às crianças internadas, visto que as crianças aderiam facilmente às propostas de atividades ofertadas pelos estagiários, brincavam, desenhavam, pintavam, riam. Expressavam alegria, assim o sofrimento parecia amenizado.

Os estagiários vinham e tentavam deixar um registro de seus trabalhos, através de ações e benefícios, complementando o projeto, adquirindo televisão, vídeo, som, livros e desenvolvendo atividades lúdico-educativas com as crianças.

Durante essa sequência de estágios, mais precisamente em 2004, durante a atuação do terceiro grupo de estagiários, o hospital passou por uma intervenção judicial, e um dos interventores se destacou pelo humanismo com que administrou o hospital. O Sr. Argemiro dos Santos não só acolheu os estagiários do curso de pedagogia da Faculdade Pio Décimo como também contratou uma funcionária para a brinquedoteca dando continuidade aos trabalhos iniciados pelos estagiários.

3.4 O desenvolvimento das atividades de humanização hospitalar no HRAM

Nesse contexto da implantação da Brinquedoteca e da Sala de Vivência estava sendo formado um grupo para trabalhar com a humanização hospitalar. Neste grupo estava presente a Sra. Tereza Beatriz Gomes, assistente social do hospital, que, seguindo as orientações do Ministério da Saúde, deu início aos trabalhos de humanização e convidou vários funcionários para fazerem parte desse grupo. Em 2004, fui inserida ao Grupo de Trabalhos de Humanização Hospitalar (GTHH), já era pedagoga, mas desenvolvia atividades administrativas no hospital.

A Coordenação do GTHH organizou reuniões para apresentar aos integrantes os objetivos de sua formação e sua importância no processo de qualidade no atendimento e tratamento dos pacientes hospitalizados. Durante as reuniões surgiram sugestões de atividades que poderiam ser desenvolvidas para sensibilizar os profissionais que atuavam no hospital, nos diversos setores e funções, bem como atividades para serem desenvolvidas com os pacientes hospitalizados.

Kohn (2010) afirma que tão importante quanto os avanços tecnológicos nos hospitais também é a humanização, priorizando sempre a escuta sensível das pessoas e suas histórias de adoecimento.

Dessa forma a humanização vem resgatar uma prática de saúde baseada no respeito das necessidades individuais do ser humano, cuja essência está na qualidade das relações desenvolvidas com a criança, sua família e entre os profissionais (KOHN, 2010, p. 33).

Com o objetivo de tornar o ambiente hospitalar mais humanizado e proporcionar melhor qualidade no atendimento aos pacientes e uma escuta e um olhar mais sensível em tono dos agentes envolvidos nesse processo, organizávamos palestras disseminando a proposta de humanização entre os funcionários dentro do hospital; também realizávamos eventos especialmente em datas marcantes como Páscoa, Dia das Mães, festas juninas e o Natal, com o intuito de interagir e aproximar as pessoas, criando um vínculo afetivo e mais humano.

Muitas pessoas dizem que nós nos tornamos pessoas frias, que perder esse contato com o paciente, essa parte de humanização, dificulta por muitas vezes até o relacionamento do paciente e equipe de enfermagem (Patrícia Falcão, Enfermeira, 2011).

Daí a proposta de humanizar o ambiente de trabalho, criar estratégias para aproximar as pessoas, sejam elas funcionários ou pacientes, evitando que a rotina diária do trabalho cause insensibilidade nas pessoas e dificulte os relacionamentos, causando mais ansiedade, tensão e sofrimento.

Todavia, infelizmente, o grupo não permaneceu constituído por muito tempo; como a maioria do trabalho desenvolvido o era de forma voluntária, aos poucos o grupo sofria com as intervenções corriqueiras do trabalho “oficial” e da “falta de tempo”, dispersando seus integrantes. Porém, meu olhar e interesse pela humanização e pela pedagogia hospitalar se intensificavam cada vez mais; com o apoio do Sr. Argemiro dos Santos comecei a desenvolver algumas atividades dentro do hospital, mais precisamente dentro da Brinquedoteca.

Iniciei algumas pesquisas sobre trabalhos desenvolvidos nos hospitais por profissionais da educação, procurei informações sobre hospitais que tinham brinquedoteca, busquei informações sobre a importância de atividades lúdicas dentro de hospitais, enfim, procurei me aproximar e conhecer um pouco sobre o assunto.

Durante essas buscas, encontrei um site do Hospital Joana Gusmão, no Rio de Janeiro, e verifiquei que havia legislação que regulamentava a atuação do profissional da educação na área da saúde. Com isso, apresentei um relatório à diretoria do hospital,

descrevendo as possibilidades da realização de trabalhos pedagógicos no hospital e os benefícios que poderiam trazer aos pacientes internados; mostrei meu interesse pelo assunto e solicitei a oportunidade de desenvolver esse trabalho enquanto funcionária legalizada nessa área e função.

Os interventores acataram a minha solicitação e passei a exercer minhas atividades em 2005 como Pedagoga no Hospital Regional Amparo de Maria. Daí em diante, me tornei responsável pela brinquedoteca, pelas atividades desenvolvidas naquele espaço, bem como por outras atividades de humanização hospitalar.

Assim, fui a primeira funcionária a ter uma carteira de trabalho registrada como pedagoga em um hospital no Estado de Sergipe. Esta é uma das razões pelas quais me insiro como sujeito desta pesquisa, pois, uma das principais fontes com as quais tenho trabalhado, são minhas memórias, lembranças de um período da minha história pessoal e da história desse hospital que se misturam e da qual participei ativamente.

Segundo Mesquita (2008), Halbwachs ilustra a diferença entre história produzida e história vivida, afirmando que

Não é na história apreendida, é na história vivida que se apoia nossa memória. Por história é preciso entender então não uma sucessão cronológica de acontecimentos e de datas, mas tudo aquilo que faz com que um período se distinga dos outros, e cujos livros e narrativas não nos apresentam em geral senão um quadro bem esquemático e incompleto (HALBWACHS, 1990, p. 60; In MESQUITA, 2008, p. 18).

Nessa perspectiva tentarei relatar traços da minha memória e das experiências vividas durante o tempo em que estive à frente das atividades de humanização desenvolvidas no Hospital Regional Amparo de Maria e dos projetos implantados e desenvolvidos com os pacientes e funcionários do referido hospital.

A minha nova função desagradou alguns funcionários do hospital, ocasionando uma rejeição pelo meu trabalho durante aproximadamente seis meses; em contrapartida, tive o apoio dos médicos, especialmente dos pediatras e da equipe de enfermagem que motivaram as atividades, elogiavam o trabalho e me acolheram como membro da equipe, reconhecendo os benefícios que o nosso trabalho causava aos pacientes.

Após essa fase de conquista e legitimação da função pedagógica dentro do ambiente hospitalar, todas as áreas apoiaram e reconheceram a relevância do trabalho pedagógico dentro do hospital; foi formada então uma equipe multidisciplinar, e

especialmente firmada uma parceria com o setor de psicologia que sempre participa das atividades e ações educacionais desenvolvidas na ala pediátrica do hospital.

[...] eu acho que a humanização, o cuidado com o outro é muito importante, em vários sentidos, esse usuário, esse hospitalizado ele vai se sentir mais humanizado, como uma pessoa que não está ali sozinho, ele pode contar com aquela equipe para aliviar seu sofrimento (Izabel Carvalho, Psicóloga, 2011)

Em 2006 minhas pesquisas se intensificaram; de maneira sistemática buscava artigos, notícias, entrevistas, tudo que se relacionasse aos trabalhos educacionais desenvolvidos em hospitais, tentando adaptar minhas atividades, desenvolvendo um trabalho educativo, mas, até o momento, sem nenhum aporte especializado.

Comecei a ler alguns artigos da pesquisadora Eneida Fonseca e tentava entender como funcionava a Pedagogia Hospitalar, que conheci o conceito de Classe Hospitalar disseminado pela autora em 2002. Assim, mesmo sem contar com assessoria ou orientação especializada, tentei adaptar as minhas atividades profissionais e o espaço da brinquedoteca do hospital para atividades com vínculo educacional que se aproximassem desse conceito.

Assim, comecei a adaptar o espaço da brinquedoteca a um espaço “escolar”, adquirindo pastas para organizar tarefas e orientei a brinquedista para aplicar essas atividades. Até então, as pesquisas que desenvolvia eram de interesse particular e para meu crescimento profissional, não guardava nenhum registro dessas pesquisas e nem as próprias pesquisas, apenas tentava aprender para trabalhar.

A brinquedista e eu começamos a delinear um trabalho de organização das pastas e a separar atividades escolares para serem desenvolvidas de acordo com a idade do paciente; principalmente atividades de pintura, recorte e colagem, atividades que não cansassem as crianças, mas que lhes dessem prazer em realizar. Seleccionávamos e elaborávamos atividades de português e matemática, sempre acompanhadas com gravuras para colorir, para chamar a atenção das crianças. Orientações para que elas ouvissem músicas infantis, para que assistissem programas educativos e desenhos na televisão.

Dessa forma, criamos uma rotina de trabalho com sugestões de atividades a serem desenvolvidas pela brinquedista diariamente com as crianças. Essa organização visava adaptar o espaço hospitalar ao espaço escolar, ajustando um currículo que

pudesse acompanhar a rotatividade dos internamentos, destacando o acompanhamento das datas comemorativas escolares. Elaboramos uma capa para ser anexada às atividades das crianças; nessa capa constava a identificação do hospital, da brinquedoteca, o nome do paciente e das responsáveis pelo setor, a brinquedista e a pedagoga. Quando as crianças que participavam das atividades recebiam alta hospitalar, recebiam as atividades organizadas para que pudessem apresentar na escola de origem e mostrar para professora da sua escola que apesar de terem estado hospitalizadas, haviam realizado algumas atividades educativas no hospital.

Toda equipe de profissionais envolvidos com o tratamento dos pacientes observava nossa atuação e expressava aprovação e reconhecimento quanto aos benefícios para as crianças hospitalizadas, em especial ao perceberem a adesão do paciente à proposta de trabalho e sua visível recuperação.

O trabalho pedagógico no ambiente hospitalar proporciona a garantia da continuidade do processo de aprendizagem, fazendo com que as crianças ao retornarem à escola não venham a se sentir em defasagem em relação aos seus colegas e que não percam também o vínculo com a escola e seu cotidiano. (Tereza Gomes, Assistente Social, 2011)

Muggiati (2009), que desenvolve pesquisas sobre a escolarização hospitalar, assegura os benefícios e possibilidades no vínculo que deve existir entre a educação e a saúde, proporcionando à criança hospitalizada a continuidade educacional, para que não haja prejuízos quando do retorno dessa criança à escola.

Partindo dessa premissa tentamos desenvolver atividades que motivassem as crianças a desenvolver atividades lúdico-educativas e que, ao receberem alta hospitalar, voltassem para a escola para dar continuidade ao seu processo de escolarização. Todavia, não atuávamos como uma escola hospitalar, nossa estrutura não dava condições para esse fim, a alta rotatividade do nosso público não se encaixava neste modelo, mas em um modelo com atividades lúdicas.

Muitas atividades lúdicas eram realizadas no parquinho, inaugurado pelos primeiros estagiários que estiveram no hospital em 2002, bastante utilizado pelos pacientes internos e pela brinquedista, que levava as crianças para o banho de sol e para brincar. Todavia, este espaço durou pouco tempo, pois como era feito de ferro e o local

não tinha cobertura, a ação do tempo, da chuva, do sol acabou por danificá-lo e ele foi interditado.

Em 2009, aproximadamente, o parquinho ficou interditado, até que atendendo a vários apelos que encaminhávamos à direção do hospital, ele foi recuperado; todavia, continua sendo de ferro e novamente foi alocado em uma área descoberta.

Durante algum tempo o parquinho foi utilizado quase que diariamente. As crianças eram levadas para “passear” no parquinho e lá brincavam, ouviam música, faziam bolinha de sabão e voltavam para seus leitos como se não estivessem em um hospital, sofrendo por doenças diversas e submetidas a vários tipos de intervenções medicamentosas durante seu tratamento e permanência no hospital. Estavam recebendo um tratamento coadjuvante, através de brinquedos e brincadeiras, atenção e muito afeto, com isso, a estadia no hospital tornava-se menos dolorosa.

Ceccim (1997) afirma a necessidade de olhar o ser de maneira integral, o físico e o afetivo, que as crianças internadas necessitam de um atendimento humanizado. E as atividades que foram desenvolvidas no HRAM, através da proposta da Pedagogia Hospitalar, possibilitaram um tratamento humanizado, sendo a criança/paciente atendida em suas necessidades físicas, cognitivas e afetivas.

3.5 Projetos de humanização x práticas educativas

Ao relatar as narrativas históricas e experiências vividas, busco as lembranças que estão guardadas na memória do período em que os projetos de humanização no HRAM foram desenvolvidos.

Mesquita (2008) diz que

[...] lembrar significa, por assim dizer, um entrelaçamento de tempos, porque partimos de indagações do presente em direção ao passado como opção de busca de experiências vividas, com a intenção de imprimir sentidos para agir sobre o presente em direção ao futuro (MESQUITA, 2008, p. 25)

Ao passar a exercer a função de pedagoga no hospital, não tinha clareza do papel que tinha que desempenhar, nem a dimensão das atividades que poderia realizar. Mesmo assim, iniciei minhas atividades na brinquedoteca, tentando vincular as ações da

humanização à prática educativa. Através de pesquisas, fui conhecendo as possibilidades de fazer do puro ato de brincar, divertir e distrair as crianças hospitalizadas, atos de ensinar. Assim, comecei a desenvolver um trabalho lúdico-educativo, procurando respaldo legal e orientações pertinentes para o desenvolvimento dessas atividades.

Na tentativa de realizar atividades multidisciplinares com as crianças internadas, fui me envolvendo cada vez mais com a pesquisa e tomando conhecimento das possibilidades legais de desenvolver atividades lúdico-educativas no hospital. Assim, durante o período de 2005 a 2010 implantamos projetos e desenvolvemos ações de humanização hospitalar e realizamos atividades lúdico-educativas com os pacientes da ala pediátrica.

Segundo Paula (2007),

Os projetos de humanização nos hospitais brasileiros estão sendo incorporados nas histórias dessas instituições ainda de forma muito gradual. Embora existam mudanças de mentalidades e ações, a operacionalização e manutenção desses projetos têm ocorrido, com algumas resistências, pois eles rompem com abordagens tradicionais de profissionais de saúde que defendem o distanciamento médico-paciente e com a concepção da pessoa internada como um ser passivo e apático. Aliadas a essas características, as condições de trabalho precárias dos profissionais de saúde, a mercantilização das instituições hospitalares e a massificação do atendimento repercutem em relações sociais superficiais e distanciadas entre profissionais e pacientes. Nos hospitais, tanto profissionais como pacientes e familiares estão envolvidos em um sistema complexo de inter-relações (PAULA, 2007, p.106).

De acordo com a autora o processo de humanização não é tão simples, precisa de sensibilização e aceitação de toda equipe de profissionais que atuam direta ou indiretamente com o paciente. Todos os setores do hospital devem estar envolvidos, não adianta humanizar a equipe de enfermagem, se a recepção não está comprometida com esse objetivo de dar qualidade ao tratamento do paciente, se o médico não está sensibilizado e assim também os demais setores e profissionais.

Na brinquedoteca começamos a desenvolver atividades de humanização imbuídas de atividades lúdicas, iniciamos (ainda de forma leiga) um trabalho de escolarização hospitalar, com o intuito de criar um vínculo da escola com o hospital e durante a permanência da criança, possibilitar que a mesma continuasse desenvolvendo atividades educativas.

Nesse momento minhas pesquisas estavam voltadas para classe hospitalar, mas a realidade do HRAM não se adequava à proposta de trabalho das classes hospitalares; sendo um hospital geral, atendia a vários municípios circunvizinhos e algumas cidades do Estado da Bahia, e enfrentávamos grandes dificuldades com a comunicação. Outro entrave foi a duração da permanência do paciente; às vezes não dava tempo de conseguir o contato ou de ter o retorno, e aos poucos vimos a inviabilidade de desenvolvermos atividades pertinentes a Classe Hospitalar.

O mesmo se deu também em relação à Escolarização Hospitalar, por motivos semelhantes, sem contar a falta de parcerias com instituições educacionais ou com a própria Secretaria de Educação do Município; optamos então em investir na proposta da Pedagogia Hospitalar com aporte na humanização e nas atividades lúdicas.

Trabalhos relacionados à Pedagogia Hospitalar têm características diferentes dos que podem ser caracterizados como Classe Hospitalar ou Escola Hospitalar. Como assegura Kohn (2010),

[...] acreditamos que nosso trabalho no Hospital Universitário pode ser classificado como uma Pedagogia Hospitalar, pois trabalhamos com as crianças sempre de forma integral e mesmo sem o contato com as escolas onde estão matriculadas. Trabalhamos, assim, de maneira bastante flexível com as bases curriculares e principalmente com suas realidades e limitações (KOHN, 2010, p. 15).

Assim, elaboramos um projeto educacional com ênfase no acompanhamento e valorização das datas comemorativas evidenciadas no calendário escolar, atividades de leitura, de interpretação textual, artísticas, de cálculos matemáticos, recorte, colagem, pintura; criamos uma rotina de trabalho com orientações para aplicação das atividades elaboradas e distribuídas proporcionalmente de acordo com a idade do paciente.

Observando o desenvolvimento das atividades pelos pacientes da pediatria, constatamos a preferência na realização das atividades lúdicas, preferência que nos orientou a desenvolver mais atividades com esse perfil, envolvendo brincadeiras, contos, jogos.

Este trabalho consistia em uma rotina de atividades respaldadas no projeto intitulado “Doentes Sim, Tristes Não!”.

HOSPITAL REGIONAL AMPARO DE MARIA
ESTÂNCIA – SE
PROJETO: *Doentes Sim, Tristes Não!*



Figura 11: Logomarca do Projeto "Doentes Sim, Tristes não!"

Foram criados subprojetos com atividades correlatas a datas comemorativas, e outros abordando temas sobre higiene, prevenção de acidentes domésticos, ética, comportamento, relacionamento; priorizamos atividades a serem desenvolvidas com as crianças/pacientes, porém, alguns dos projetos eram extensivos às mães e demais acompanhantes.

Os projetos destinados aos acompanhantes, geralmente mães, sempre que possível trazíamos convidados para participar da sensibilização: pediatras, nutricionistas, enfermeiros, odontólogo, psicóloga, pastores, alguns da própria equipe de profissionais do HRAM e outros, convidados para colaborar de maneira voluntária. Os temas eram voltados aos cuidados com a criança, higiene, prevenção de acidentes domésticos, aleitamento materno, como também orientações educacionais, valorização da educação, frequência e permanência da criança na escola; outros temas era de caráter espiritual, já que o hospital era visitado por católicos e por evangélicos, estes se apresentavam como voluntários para levar um alimento espiritual, como assim diziam, um conforto para os enfermos.

O projeto tinha a participação de muitos profissionais da saúde, que ora acompanhavam observando, em outros momentos atuando e partilhando das experiências que vivenciávamos.

De acordo com a assistente social Luzia Pinheiro (2011), *“Acho importante dar continuidade e assegurar as crianças o seu vínculo com o estudo. Hospital também é lugar de aprender. Aqui muito se aprende de várias maneiras.”* A percepção e o apoio que recebíamos de outros profissionais nos davam motivação para cada vez buscar estratégias de desenvolver atividades que contemplassem os aspectos cognitivos e afetivos do paciente.

Dentro desse projeto criamos atividades extensivas aos funcionários para proporcionarmos a interação e a sensibilização para as práticas humanitárias dentro do ambiente hospitalar. Os principais projetos eram finalizados em datas festivas, trazendo alegria e proporcionando um ambiente descontraído e acolhedor, que pode ser visto registrado nas fotos que seguem em anexo a este trabalho.

Durante esta pesquisa resgatamos a fala de profissionais que atuavam diretamente com as crianças na ala pediátrica. O médico pediatra Dr. Humberto Ralin relata: “*a brinquedoteca é com certeza o local preferido pelo paciente pediátrico*”.

Foi observado pela equipe multidisciplinar que atendia as crianças que quando a brinquedoteca estava aberta, elas queriam ficar o tempo todo naquele local. Era um momento que a criança parecia não estar dentro do hospital. Mesmo com algum membro do corpo imobilizado com talas ou material para conservação do acesso venoso, as crianças queriam estar na brinquedoteca para brincar e participar das atividades propostas pela brinquedista ou pela pedagoga.

Para Winnicott (1975),

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

As lembranças das atividades desenvolvidas com as crianças hospitalizadas nos remetem a refletir sobre essa afirmação, sendo que evidenciamos muitas vezes crianças com braços ou pernas imobilizados, e mesmo assim brincando no triciclo, jogando bola, brincando de casinha. Eram momentos em que elas pareciam esquecer que estavam dentro do hospital, hospitalizadas. Não havia barreiras para a diversão, elas conseguiam fazer de conta que não estavam no hospital, a autoestima estava elevada, o medo não fazia parte daquela realidade, assim seu tempo de permanência no hospital também reduzia.

Essa declaração é confirmada pela fala da psicóloga Isabel Carvalho: “*muitas vezes só pelo fato de estar em contato com os brinquedos, em contato com aquelas atividades lúdicas, a criança começa a melhorar, contribui bastante*”.

As atividades desenvolvidas na brinquedoteca trouxeram contribuições visíveis para os pacientes. De acordo com a assistente social Tereza Gomes, a brinquedoteca tem “fundamental importância”:

Quando uma criança sofre uma internação hospitalar, há uma modificação na rotina e na vida da criança e de seus familiares. E para dar uma assistência melhor, é necessário buscar diminuir os efeitos da doença e do seu tratamento, através da brinquedoteca que é um espaço lúdico e educacional, de valorização da saúde, do brincar, da socialização e também da cidadania (Tereza Gomes, Assistente Social, 2011).

A brinquedoteca tornou-se dentro do hospital o local mais humanizado, visto no seu aspecto físico, colorido, com motivos infantis, com diversos brinquedos e jogos. Tanto as crianças quanto as mães sentiam-se melhor quando estavam na brinquedoteca. A atendente de enfermagem Maria do Carmo, conhecida por todos no hospital como Carminha, concorda com a importância do local: “É importante. Eles ficam o tempo todo brincando, de manhã, de tarde, até de noite. Traz um conforto pra eles.”

No dia-a-dia, observávamos os benefícios que o trabalho humanizado traziam aos pacientes, principalmente na ala pediátrica, quando os paciente chegavam no internamento, geralmente chorando, com os olhos arregalados, com medo e ainda sofrendo, com dor, elas não imaginavam que iriam encontrar um local especial, pensado para elas. Uma sala com paredes coloridas, com brinquedos, jogos, televisão, atividades educativas, com música e com uma “tia” – assim chamavam a brinquedista – que lhes acolhia com carinho e estimulava a participação nas atividades.

Para a enfermeira Patrícia Falcão, a importância da brinquedoteca está

[...] na própria integração da criança, como eu já disse, ela deixa de tirar o foco dela da doença, ela consegue ver que o hospital não é só aquele lugar cheio de gente vestida de branco, que quando vem é pra furar, é pra maltratar, é pra machucar (Patrícia Falcão, Enfermeira, 2011).

A criança, ao ser convidada pela brinquedista para conhecer a brinquedoteca, no início resistia, tinha medo de ser algo doloroso, mas quando viam que era uma sala colorida, com brinquedos, a fisionomia mudava, parecia alegres e sem resistência, começando a brincar.

O projeto “Doentes Sim, Tristes Não!” trouxe a possibilidade de serem desenvolvidas várias atividades lúdicas e educativas no ambiente hospitalar, em todos os setores do hospital, com pacientes e funcionários, principalmente na pediatria.

Os subprojetos que abordavam sobre saúde e higiene viabilizaram muita aprendizagem. Observávamos crianças que não tinham nenhuma noção sobre higiene e o projeto apresentava para as crianças hospitalizadas e seus acompanhantes “aulas” relacionadas à temática, como por exemplo, os cuidados que deveriam ter com a higiene pessoal do corpo, da boca, os cuidados com as unhas e os cabelos.

Paradigmas e crendices foram quebrados, como por exemplo, mães que resistiam em dar banho no filho, porque este estava com febre ou não penteavam os cabelos se estivesse com dor de cabeça, foram sendo desmistificadas com a intervenção educacional em parceria com os profissionais de saúde, que quando detectavam situações como estas, de imediato reuniam os pacientes e seus acompanhantes para “aulas” e “palestras” de orientação, que sempre foram bem acolhidas. Da mesma maneira, acidentes domésticos, que aconteciam com certa frequência, eram tratados nas atividades desenvolvidas no hospital e apresentavam para as crianças e seus acompanhantes os cuidados preventivos para que não houvesse reincidência.

Através da brinquedoteca havia a possibilidade de executar várias atividades artísticas e culturais com os pacientes hospitalizados. Assim, outros subprojetos eram colocados em prática, como por exemplo, o projeto junino. O ambiente era produzido/enfeitado com bandeirinhas, colocávamos uma mesa com comidas típicas para aqueles que não tivessem dieta restritiva e outra mesa especial para os que estavam de dieta; havia apresentações culturais como batucada, trio pé de serra; havia as brincadeiras como quebra-pote, dança da cadeira, corrida de saco, dança do limão, numa festa que contava com a participação de pacientes, acompanhantes e funcionários.

Nesses momentos, observávamos a interação entre as pessoas, pouca distinção entre paciente e funcionário, salvo os que visivelmente tinham algum membro imobilizado, ou com suporte de soro. Interessante ver a participação, principalmente das crianças que, mesmo com a perna ou o braço quebrado, participavam ativamente das brincadeiras possíveis às suas limitações. Nesse momento, questionava: não estão sentido dor? Não estão tristes? Não pareciam estar doentes, porque a vida, do lado de fora do hospital, estava dentro do hospital. E os pacientes sentiam essa diferença.

Outro subprojeto que desenvolvemos junto aos pacientes foi o de resgate cultural. Durante a semana que antecedia o Dia do Folclore, as crianças faziam atividades com parlenadas, contação de histórias, cantigas de roda, pintura de personagens folclóricos, ajudavam a confeccionar máscaras. Enquanto brincavam, também aprendiam sobre a nossa cultura popular.

Segundo a enfermeira Patrícia esse tipo de atividade auxilia a criança a enxergar o hospital com outros olhos.

É uma forma de você tirar o foco da criança da doença, você consegue desviar a atenção delas e elas enxergam o hospital de outra maneira, não só como um lugar que ela vem pra ser furada, só pra tomar remédio, só pra fazer curativo, que não pode comer tudo que quer, que não pode brincar, não pode fazer tudo que quer, não pode correr, não pode brincar, não pode botar o pé no chão, não pode tomar banho, não pode pegar no amiguinho porque está doente, então isso tudo a gente observa aqui (Patrícia Falcão, Enfermeira, 2011).

Nossa postura era de, sempre que possível, trazer a escola e a cultura da criança para dentro do hospital, através das atividades e das brincadeiras possíveis de serem realizadas a depender do estado de saúde de cada criança. As atividades educativas foram aos poucos sendo descobertas na ação diária, com as atividades práticas, com as brincadeiras e percebíamos que a adesão era satisfatória. O pediatra Dr. Humberto diz: *“Os pacientes aderiram de forma total ao processo de humanização. Percebemos que algumas crianças participavam de atividades que não encontravam na escola e nem em suas casas.”*

Foi observado em alguns momentos o desejo da criança em permanecer no hospital internada para poder continuar brincando com os brinquedos que o hospital disponibilizava, que elas não tinham em suas casas. Crianças que, ao serem questionadas pelo médico pediatra se estavam se sentindo melhores, sem dor, respondiam que estavam sentindo dor de barriga, de cabeça, para não irem para casa, pois deixariam de brincar.

A participação da equipe de profissionais da saúde nos projetos de humanização, suas lembranças e relatos das experiências compartilhadas nos ajudam a contar essa história. Segundo Mesquita (2008), Halbwachs estabelece o conceito de memória coletiva, porém não nega a memória individual, mas acredita que esta existe a partir da memória coletiva.

Diríamos voluntariamente que cada memória individual é um ponto de vista sobre a memória coletiva, que este ponto de vista muda conforme o lugar que ali ocupo, e que este lugar mesmo muda segundo as relações que mantenho com os meios (HALBWACHS, 1990, p.5, In MESQUITA, 2008, p. 17)

Penso que essa memória coletiva nos ajuda a legitimar os relatos oriundos da nossa memória individual, sendo que a memória coletiva traz vivências de uma experiência compartilhada, e neste caso com elementos positivos sobre projetos que deram muito resultado.

Assim, em 2007, investimos em um novo projeto. Após muitas conversas com uma voluntária do hospital, que era funcionária de uma rede de supermercados, surgiu a ideia de escrevermos um projeto a fim de concorrermos a uma premiação que viesse a contemplar os nossos trabalhos, já que a empresa em que ela trabalhava estava promovendo um concurso para financiar projetos voluntários. Foi quando surgiu a ideia de montar uma biblioteca dentro do hospital. Pesquisei a viabilidade de implantar esse projeto nas dependências do hospital, pois é necessário ter muito cuidado com os materiais que entram no hospital devido às possibilidades de contaminação.

Após realizar várias pesquisas, principalmente no meio eletrônico, elaborei um projeto com respaldo teórico que possibilitasse a instalação de uma “biblioteca” dentro do hospital, justificando a importância da leitura para o ser humano e as possibilidades de aprendizagem.

Mais uma vez tivemos o apoio de profissionais que reconheciam a importância dos projetos em benefício dos pacientes e da humanização hospitalar.

É natural o desejo do paciente/usuário continuar tendo atividade para melhorar sua autoestima, que a partir do momento que ele adoecer, faz com que o psicológico fique abalado, e as atividades podem ser com projetos como os de leitura, música, palestras. Dá resultado (Luzia Pinheiro, Assistente Social, 2011).

O projeto intitulado “Biblioteca Viva” apresentava em seu objetivo geral o incentivo à leitura, proporcionando momentos de prazer, distração, aprendizagem e socialização para os pacientes internados. Trazia como proposta a implantação da biblioteca, aquisição de estantes e acervos literários, bem como de um carrinho para

promover a biblioteca itinerante, para que pudéssemos levar o entretenimento para os pacientes internados que não podiam se locomover.

Conversamos com a comissão interventora, composta por quatro interventores representantes do poder judiciário e das secretarias estaduais e municipais de saúde. E, como tínhamos Sr. Argemiro dos Santos como parceiro apoiador nos projetos de humanização, esse convenceu os demais membros da comissão para a liberação de mais um espaço dentro do hospital, que foi intitulada “Biblioteca Viva”.

Assim, inscrevemos este projeto no concurso “Gente Voluntária do Instituto G. Barbosa”, e ganhamos em primeiro lugar. Com isso, recebemos toda estrutura física e de acervo para a montagem da biblioteca.

**HOSPITAL REGIONAL AMPARO DE MARIA
ESTÂNCIA – SE
PROJETO: BIBLIOTECA VIVA**



Figura 13: Logomarca do Projeto "Biblioteca Viva"

Assim, mais um projeto foi contemplado dentro do Hospital, esse desenvolvido principalmente com a ajuda da voluntária Luciana Limeira que, uma vez por semana, percorria os internamentos do hospital com o carrinho de leitura oferecendo livros, revistas, lendo para os pacientes e contando histórias. Durante os outros dias da semana, a biblioteca ficava aberta sob a responsabilidade da brinquedista que deixava as crianças e suas mães à vontade para manusear os livros durante todo o dia. A biblioteca fica frente à brinquedoteca, na ala pediátrica do hospital, o que facilitava o desenvolvimento dos trabalhos e das ações educativas.

Com a biblioteca conseguimos mais um mecanismo para desenvolver atividades educativas no hospital. As crianças eram estimuladas para a prática de leitura; as que sabiam ler escolhiam livros ou histórias em quadrinhos e passavam um bom tempo entretidas lendo. Quando chegava o horário de fechar a sala da biblioteca, alguns solicitavam o empréstimo do livro para que pudessem ler durante a noite. Algumas mães faziam o empréstimo dos livros para ler para seus filhos. Para as crianças que

ainda não sabiam ler, havia livros com ilustrações que elas folheavam e contavam suas próprias histórias a partir da imagem que viam, ou então as mães ou a brinquedista lhes contavam a história.

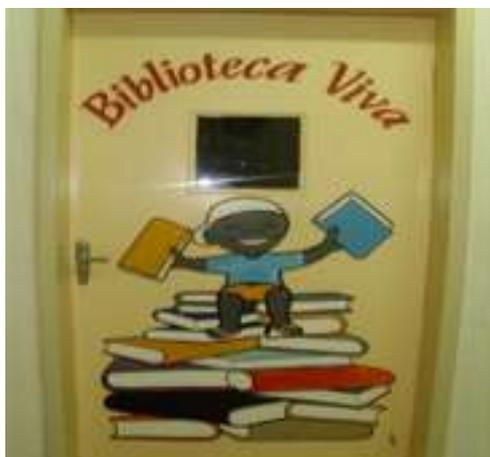


Figura 14: Biblioteca Viva



Figura 15: Interior da Biblioteca Viva

Para a psicóloga Isabel Carvalho, com as possibilidades de atividades educativas no hospital os pacientes se motivaram: *“com as atividades, a melhora, a participação, ficaram mais motivados, o apoio emocional contribuiu significativamente para a recuperação do paciente.”*

Quando o paciente não podia sair do leito, a brinquedista, a pedagoga ou algum voluntário que estivesse no momento saía oferecendo aos pacientes livros ou revistas para que pudessem ter momentos de entretenimento, de lazer, utilizando-se da leitura. Essa prática também era estendida aos pacientes de outras alas de internamento de adultos, não apenas aos pacientes da pediatria.

A assistente social Luzia nos relata que *“vale destacar que o processo de humanização e o educacional dentro da instituição hospitalar é de grande necessidade e valor.”* Através da biblioteca tivemos a oportunidade de motivar vários pacientes a ler. Sempre depois da leitura as crianças gostavam de desenhar e pintar, e colocávamos à disposição delas todo material didático necessário para que elas criassem suas imagens, suas histórias.

Vale ressaltar que esta biblioteca foi importante também para os funcionários do hospital, que foram incentivados à prática da leitura, funcionários de diversos setores do hospital iam até a biblioteca solicitar empréstimo de livros para levar para casa, para ler

ou para levar a um filho. Com este fluxo, criamos uma ficha de registro para empréstimo dos livros para melhor organizar o setor e controlar as saídas dos livros.

Assim, pudemos observar a dimensão do projeto que se estendia para fora do hospital. Além de atender aos pacientes, primeiramente crianças, que era nosso objetivo principal, o projeto da biblioteca estava atendendo aos funcionários e seus familiares.

Matos e Muggiati (2009) apresentam em suas pesquisas, diversas experiências de projetos pedagógicos desenvolvidos em hospitais. Segundo as autoras esses projetos integram pacientes e familiares, a equipe de profissionais, médicos, enfermeiros, promovendo um novo sentido ao ambiente hospitalar, fazendo principalmente com que o paciente tenha um novo conceito sobre o hospital, um novo olhar desmistificador. Entendemos que não só os pacientes adquirem este novo olhar, mas também a equipe de saúde e demais funcionários começam a se relacionar com os pacientes e com o próprio hospital de outra forma, mais integrado à sociedade, não mais como um lugar de isolamento e sofrimento.

Em 2008, pensamos em um novo projeto para concorrer a outro edital de captação de recursos para o hospital. A essa altura, havia me especializado em Psicopedagogia e estudado sobre a importância da música no desenvolvimento infantil; assim, escrevemos um projeto solicitando instrumentos musicais para desenvolvermos atividades musicais com os internos. Este projeto de musicoterapia, denominado “Música que cura”, foi inscrito pela voluntária Luciana Limeira, novamente, no concurso “Gente Voluntária do Instituto G Barbosa” e, mais uma vez, para minha alegria ganhamos em primeiro lugar e recebemos como prêmio vários instrumentos musicais como teclado, pandeiro, violão, violino, guitarra, flauta, berimbau, triângulo, chocalhos, além de outros.

A aquisição desses instrumentos nos provocou um desafio: quem iria manusear tais instrumentos? Não tínhamos ninguém que soubesse tocar e precisamos procurar voluntários com essas habilidades. Aos poucos, fomos descobrindo dentro do próprio hospital, funcionários que tocavam violão, teclado, violino, bem como alguns voluntários que desejaram participar e criamos uma agenda de atividades semanais. Foi um momento intenso de atividades lúdico-educativas e de humanização hospitalar que pudemos colocar em prática, agora com música.

HOSPITAL REGIONAL AMPARO DE MARIA
ESTÂNCIA – SE
Projeto: MUSICOTERAPIA: *Música que cura*



Figura 16: Logomarca do Projeto "Musicoterapia: Música que cura"

Depois dessas intervenções que o processo de humanização hospitalar nos proporcionou, a nossa atuação profissional também foi transformada, pois trabalhávamos e éramos gratificados com o bem-estar dos pacientes promovido pela realização de atividades que proporcionavam momentos agradáveis aos pacientes, que antes estavam acamados e prostrados nos leitos, e que, em decorrência desse projeto, aos poucos, começavam interagir e vinham participar das atividades e saíam visivelmente melhores.



Figura 17: Musicoterapia



Figura 18: Musicoterapia 2

A auxiliar de enfermagem Rita da Costa nos relata a visível melhora dos pacientes que recebiam um tratamento humanizado e participavam das atividades de humanização: *“Bastante mesmo, quem passava um mês no hospital, passou a passar*

quinze dias, oito dias. Totalmente diferente a recuperação dos pacientes, é mais rápida.”

Os trabalhos agiam na autoestima do paciente que aceitavam a sua situação momentânea e o tratamento com mais facilidade, com isso percebíamos que o paciente tinha uma recuperação mais rápida e estava mais pré-dispostos para levantar, caminhar pelos corredores, tomar banho, alimentar-se. De acordo com a psicóloga Isabel Carvalho, *“não era só aquele tratamento mecânico, com uso medicamentoso; com o processo de humanização associado à medicação, os pacientes começavam a evoluir significativamente.”*

Foi observado pelos profissionais da saúde que a maioria dos pacientes aderiu às atividades e que com isso elevaram a autoestima, começaram a aceitar a doença e corresponder melhor ao tratamento. Como afirma a assistente social Tereza: *“é perceptível nos usuários a melhora da autoestima, redução dos níveis de ansiedade, [que] estimulam a participação do usuário no seu próprio cuidado, melhorando o prognóstico.”*

De acordo com Humberto Ralin, médico pediatra que acompanhava diariamente todas as crianças hospitalizadas, foi observada *“uma melhora significativa porque tira o foco exclusivo do paciente em relação ao tratamento da doença. Eles percebem que o ambiente hospitalar não é só de injeção, dietas restritivas, medicamentos frequentes, dor e sofrimento.”*

Ao reviver através da memória alguns fatos e experiências através do projeto de musicoterapia, eu não podia deixar de relatar um fato que marcou a minha trajetória profissional como também da psicóloga Isabel Carvalho que participava de uma das sessões de musicoterapia. Ao convidar os pacientes para participarem da atividade, que nesse dia foi com pacientes adultos dos internamentos masculino e feminino, a psicóloga encontrou resistência em alguns pacientes, por estarem debilitados e terem que se locomover para a sala onde iria ser realizada a atividade. Uma jovem paciente que se encontrava muito triste por estar doente e hospitalizada, após muita insistência da psicóloga, é levada na cadeira de rodas para participar da atividade. Ao término da sessão, na qual cantamos com muito entusiasmo, lemos algumas mensagens e fizemos algumas reflexões, essa paciente, ao voltar para seu leito, não mais quis mais a cadeira de rodas, preferiu ir caminhando, pois aquela atividade lhe tinha feito tão bem, que subitamente ela se encheu de energia e alegria, voltando até a sorrir.

Diante de experiências como esta, podemos constatar que apenas o medicamento não basta para curar o paciente. Que estes precisam de um tratamento coadjuvante, auxiliado pela Pedagogia Hospitalar, um olhar integral de suas dimensões físicas, afetivas e cognitivas, como afirmam os pesquisadores Barros (2008), Kohn (2010) e Ceccim (1999).

Os trabalhos realizados através dos projetos eram pensados e desenvolvidos a partir de muita pesquisa e apoio de toda equipe. Foram momentos em que a área educacional passou a ser bastante respeitada por todas essas iniciativas e pelos resultados dos trabalhos alcançados.

Durante a realização dessa pesquisa, vários artigos foram escritos e apresentados em eventos científicos. A exposição desta pesquisa e troca de conhecimentos entre os pesquisadores foi de grande importância para a realização deste trabalho. Em uma dessas participações, no IV Encontro Internacional Educação e Contemporaneidade - EDUCON em 2010, pude perceber a curiosidade dos presentes ao indagarem sobre os projetos quando apresentei o artigo intitulado “Pedagogia Hospitalar: possibilidades educacionais na área da saúde”. Em outros momentos percebia a surpresa dos ouvintes quando relatava sobre as políticas públicas que regulamentam essa atividade nos hospitais, como foi o caso no I Congresso Nacional de Educação Especial e Inclusiva quando apresentei o trabalho sob o título “As políticas públicas que implementam a pedagogia hospitalar em uma perspectiva inclusiva”, como vários outros trabalhos que tivemos a oportunidade de partilhar contribuindo com a pesquisa científica nos eventos acadêmicos.

Assim, pudemos legitimar os trabalhos educacionais dentro do HRAM numa perspectiva humanística, na qual a humanização e as atividades lúdico-educativas provaram ser viáveis no ambiente de saúde, sendo que a adesão dos pacientes e dos funcionários foi significativa, aceita e partilhada pela equipe de profissionais da saúde – médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicóloga, nutricionista e pelos funcionários de todos os setores.

Os projetos superaram as nossas expectativas; diante das incertezas de sua viabilidade, pode-se constatar a eficácia de cada projeto a cada passo iniciado, na adaptação da proposta à realidade encontrada no dia-a-dia no hospital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisar sobre a origem do hospital e conhecer sua história, nos proporcionou a compreensão da trajetória de um hospital centenário, que mesmo enfrentando problemas administrativos e financeiros, como muitos hospitais públicos do país, pode contemplar ações educacionais inovadoras dentro do ambiente hospitalar, e durante algum tempo manter uma equipe multidisciplinar atendendo aos pacientes hospitalizados.

Consideramos as ações educacionais implantadas no Hospital Regional Amparo de Maria – HRAM como ações de humanização hospitalar, pois têm como finalidade beneficiar os pacientes em várias dimensões: na satisfação em participar das atividades, na alegria provocada pelas atividades lúdicas, pelo aprendizado que nunca cessa, mesmo estando hospitalizados e, por fim, na qualidade de vida do paciente, na aceleração de sua melhora e, conseqüentemente, na diminuição do tempo de hospitalização.

Foi possível verificarmos possibilidades de realização de ações pedagógicas que influenciaram no tratamento do paciente, ajudando na ressignificação de sentimentos que se manifestam na criança hospitalizada quando internadas no hospital e se deparam com uma realidade diferente daquela que viviam: medo, tensão, ansiedade, tristeza, ressignificados em sentimentos de confiança, compreensão, paciência, alegria.

O marco temporal delimitado para o nosso estudo foi suficiente para que pudéssemos acompanhar a implantação do serviço de pedagogia dentro do HRAM, em Estância (SE); acompanhando o início e, provavelmente, o encerramento das atividades educacionais daquela unidade de saúde, pois o hospital, atualmente sob intervenção judicial e novo gerenciamento, desvinculou alguns integrantes da equipe multidisciplinar alegando contenção de despesas e priorização das atividades fins da unidade hospitalar.

Por esta razão os projetos estão parados. Não queremos pensar que possam ser inviabilizados. Acreditamos que apenas seja uma fase, e que após sua reestruturação, este estabelecimento de saúde, pioneiro no estado de Sergipe em humanização hospitalar e ações educacionais, possa voltar a ser modelo de humanização, devolvendo à criança e ao adolescente o direito de desfrutar de alguma forma de lazer e educação dentro do hospital, pois com este trabalho, conseguimos, durante o período de 2005 a 2010 vencer a dor com os remédios, e o sofrimento com a alegria, desenvolvendo um

tipo de tratamento mais holístico, que pensava o ser humano em suas múltiplas dimensões, com respeito, atenção, afetividade em busca da qualidade no atendimento e no tratamento.

Dentro dessa perspectiva da humanização da área da saúde, surgem diferentes discussões e teorias que apresentamos no segundo capítulo. As denominações Pedagogia Hospitalar, Escolarização Hospitalar e Classe Hospitalar são discutidas pelos pesquisadores que defendem pontos de vista distintos, pois cada uma dessas denominações apresenta especificidades e limitações em suas ações educativas. Entretanto, têm em comum o fato de desenvolverem essas ações em hospitais, com pacientes em idade escolar que, embora hospitalizados, possam ter o direito de ser assistidos educacionalmente.

Os teóricos que respaldam este trabalho de investigação trazem posicionamentos distintos. Fonseca (2010), Matos e Mugiatti (2009) defendem a terminologia Escolarização Hospitalar. Documentos orientadores do Ministério da Educação e pesquisadoras como Gabardo (2002) e Zardo (2007) tratam de Classe Hospitalar; Ortiz e Freitas (2005) Barros (2008), Vasconcelos (2010) e Kohn (2010) entendem as ações lúdico-educativas como atividades da Pedagogia Hospitalar.

Nós comungamos deste último posicionamento, quando observamos impossibilidades que estruturam uma escolarização ou classe hospitalar, devido à estrutura arquitetônica dos hospitais gerais, à falta de uma equipe multidisciplinar e de parcerias com as secretarias estaduais e municipais de educação. Partilhamos desta concepção, pois as ações lúdicas também podem ser consideradas educativas e, por fim, porque todas as ações dentro do hospital, sejam elas na brinquedoteca, na biblioteca, na sala de música ou na produção de tarefas escolares, têm algo em comum: foram orientadas pedagogicamente, com fins de aprendizagem em diferentes níveis, seja para a aceitação da condição atual, seja para aprender conteúdos escolares.

No decorrer da pesquisa, procuramos entender aspectos da infância, da importância do brincar e da brincadeira para a criança, para que pudéssemos compreender projetos e propostas de trabalho lúdicos desenvolvidos no hospital, pois naquele momento em que foram desenvolvidos, a equipe era inexperiente e as atividades foram pensadas, primeiramente, de maneira intuitiva. Todavia, tínhamos como princípio que a criança hospitalizada deveria ter assegurado seu direito de brincar, como uma das ações de humanização na área da saúde, que envolve o cuidado integral

do ser humano, resguardando a sua integridade emocional e cuidando da sua saúde física e psíquica.

Éramos orientados também pelas políticas públicas, documentos e leis que regulamentam a atividade dentro de hospitais através da Secretaria de Educação Especial e do reconhecimento do Ministério da Educação, cujo documento orientador prevê o desenvolvimento da Pedagogia Hospitalar como uma modalidade de ensino. Esses estudos nos mostraram o avanço em relação à preparação de profissionais para atuarem nessa área, pois algumas universidades, a exemplo da PUC-PR, já ofertam o curso de especialização (*lato sensu*) nessa modalidade educacional.

Nossa constatação é de que com as intervenções lúdico-educacionais os pacientes tiveram uma resposta mais rápida ao tratamento e não esmoreceram devido à fatalidade de estarem na condição de internados. Com a criação de uma rotina de brincadeiras, jogos, estudos, as crianças não sentem tanto a falta de sua vida “fora do hospital” e enfrentam melhor esta situação momentânea que as tomou de assalto.

Desse modo, é importante o desenvolvimento deste tipo de trabalho em todos os hospitais, principalmente os hospitais que têm pediatria para que o paciente possa construir um novo olhar sobre si mesmo, sobre sua enfermidade, seu desempenho acadêmico e seu papel social.

Por fim, percebemos que, por mais importante que seja esta discussão e a implementação dessas ações nos hospitais pediátricos, é possível observar que as políticas públicas são ainda desconhecidas ou desrespeitadas por muitos governantes. Esta modalidade educacional encontra-se em poucos hospitais do país e onde ela existe falta, muitas vezes, acompanhamento e manutenção adequada desses espaços, não só em termos físicos, quanto de pessoal qualificado para a especificidade do trabalho.

Fica nítido que há muito trabalho a ser feito, assim como pesquisas, análises e reflexões sobre as práticas pedagógicas em hospitais, a fim de contribuirmos para o desenvolvimento deste tipo de trabalho, tão importante na intersecção das áreas da saúde e humanidades, visando à melhoria das condições de vida dos pacientes dentro dos hospitais.

REFERÊNCIAS

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

BARROS, A. S. Escolas Hospitalares como espaço de intervenção e pesquisa. *Presente!* Salvador, 16, n.61, p.32-37, 2008.

BENJAMIN, Walter. **Reflexões**: a criança, o brinquedo, a educação. São Paulo: Summus, 1984.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados**. Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995. Diário Oficial da União. Brasília: Imprensa Oficial, 1995.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o **Estatuto da Criança e do Adolescente**, e dá outras providências. Brasília, 13 jul.1990.

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

BRASIL. **Ministério da Educação**. Direito à Educação: necessidades educacionais especiais: subsídios para atuação no Ministério Público, 2001.

BRASIL. **Ministério da Educação**. Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. SEESP, 2001.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Especial**. Educação Especial: um direito assegurado. Livro 1. Brasília: MEC/SEESP, 2008.

BROUGÈRE, Gilles. **Brinquedo e cultura**. 4 ed. São Paulo, Cortez, 2001.

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

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

CERISARA, A. B. **De como o Papai do Céu, o Coelho da Páscoa, os anjos e o Papai Noel foram viver juntos no céu**. Em T. M. Kishimoto (Org.), *O brincar e suas teorias* (pp.123-138). São Paulo: Pioneira-Thomson Learning, 2002.

CUNHA, Nylse Helena Silva. **Brinquedoteca**: um mergulho no brincar. São Paulo: Maltese, 1994.

FERREIRA Filho, Clodoaldo. **Hospital Amparo de Maria**: a história do hospital mais antigo de Sergipe em funcionamento (1860-2002). Aracaju/SE, 2002.

FONSECA, E. **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 A 17 de julho de 1998. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 1998.

FONSECA, E. **Classe hospitalar:** atendimento pedagógico-educacional para crianças e jovens hospitalizados. 1997. Disponível em <<http://craae.ptr.usp.br/lgt/classe>>. Acesso em 20 de março de 2010.

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

FONTES, Adriana Rocha. **Pedagogia Hospitalar:** possibilidades educacionais na área da saúde. In Colóquio Internacional Educação e Contemporaneidade. 4, 2010. São Cristóvão, Se. Anais... São Cristóvão, Se, 2010. p. 1 – 12.

FONTES, Adriana Rocha. **As políticas públicas que implementam a pedagogia hospitalar em uma perspectiva inclusiva.** In Congresso Nacional de Educação Especial e Inclusiva & II Encontro de Inclusão Escolar da Pessoa com Deficiência. 1, 2010. São Cristóvão, Se, 2010. p. 1 – 15.

FONTES, Rejane de Souza. **Da Classe à Pedagogia Hospitalar:** a educação para além da escolarização. Linhas, Florianópolis, v 9, n. 1, p. 72 – 92, jan./jun. 2008.

FRIEDMANN, Adriana (org.). **O Direito de Brincar:** a brinquedoteca. São Paulo: Scritta: ABRINQ, 1992.

GABARDO, Andréia Ayres. **Classe Hospitalar:** aspectos da relação professor-aluno em sala de aula de um hospital. Universidade Federal de Santa Catarina. Dissertação de Mestrado. Florianópolis, 2002.

GAGNEBIN, Jeanne Marie. **Sete aulas sobre linguagem, memória e história.** Rio de Janeiro: Imago Editor, 1997.

JARDIM, Cláudia Santos. **Brincar:** um campo de subjetivação na infância. São Paulo: Annablume, 2003.

KISHIMOTO, Tizuko M. (org.). **Jogo, Brinquedo e a Educação.** 5 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

KOHN, Carla Daniela. **Ludoterapia:** uma estratégia da Pedagogia Hospitalar na Ala Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe. Dissertação. (Mestrado em Educação). São Cristóvão/SE, 2010.

MACHADO, Roberto (Org.). In: Foucault. **Microfísica do Poder.** 10 ed. Rio de Janeiro, Graef, 1974.

MATOS, Elizete L. M.; MUGIATTI **Escolarização Hospitalar:** educação e saúde de mãos dadas para humanizar. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MESQUITA, Ilka Miglio. **Memórias/identidades em relação ao ensino e formação de professores de história:** diálogos com fóruns acadêmicos nacionais. Tese de doutorado. Campinas, São Paulo, 2008.

NEVES, José Luis. **Pesquisa qualitativa:** características, usos e possibilidades. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 1, n. 3, 2º Sem/ 1996.

NUNES, Maria Thetis. **A História da Educação em Sergipe.** 2. ed. São Cristóvão/SE: UFS; Aracaju/SE: Fundação Teixeira, 2008.

OLIVEIRA, F. A. de M. Projeto **Pedagógico Hospitalar Escola Móvel –Aluno Específico:** cultura escolar e debate acadêmico (1989-2008). Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

ORTIZ, Leodi C. M. FREITAS, Soraia N. **Classe Hospitalar:** Caminhos pedagógicos entre saúde e educação. Santa Maria: Ed. UFSM, 2005.

PAULA, Ercília M. A. T. **Escola no Hospital:** espaço de produção de subjetividades, cultura e transformação social. Cadernos de Educação nº29, ano 16 – Faculdade de Educação – PPG, 2007.

PIAGET, J. **A formação do símbolo na criança:** imitação jogo e sonho, imagem e representação. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

PORTO, Olivia. **Psicopedagogia Hospitalar:** intermediando a humanização na saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2010.

QUEIROZ, N. L. N. **Brincadeira e desenvolvimento infantil:** um olhar sociocultural construtivista. Programa de Pós-graduação em Psicologia em Desenvolvimento Humano e Saúde – PED/IP – UnB, Brasília- DF, 2006.

SANTOS, Clese Anne Almeida (et al.). **Projeto:** Desafio, brinquedo e alegria. Relatório de Estágio. Aracaju, 2004.

SANTOS, Josefa Oseane dos (et.al). **Projeto:** Desafio, Brinquedo e Alegria. Relatório de Estágio. Aracaju/SE, 2002.

SANTOS, Santa Marli Pires dos. **Brinquedoteca:** a criança, o adulto e o lúdico. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

SILVA, Anne Isabel Sobral (et al.). **Projeto:** Desafio, brinquedo e alegria. Relatório de estágio, Aracaju, 2005.

SILVA, Henrique Batista. **História da Medicina em Sergipe.** Aracaju/SE, 2006.

SOBRAL, Carlos Oliva. **Sociedade Beneficência e Hospital Amparo de Maria.** Aracaju/SE: Ed. J. Andrade Ltda., 2002.

THOMPSON, E. P. **A miséria da teoria.** Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

VASCONCELOS, K. M. **Pedagogia Hospitalar**. Artigo Científico. Faculdade Alfredo Nasser. Aparecida de Goiânia, 2010.

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

VON SIMSON, O. R. de M.; PARK, M. B.; FERNANDES, R. S. **Educação Não-Formal: cenários da criação**. Campinas/SP: Editora da Unicamp, 2001.

WEISS, Maria Lúcia Lemme. **Psicopedagogia Clínica: uma visão diagnóstica dos problemas de aprendizagem escolar**. 10. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

WILES, P. M. **The schoolteacher on the hospital ward**. Journal of advanced Nursing. Londres, 1987, n. 12, p. 631-640.

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

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. São Paulo: Bookman, 2010.

ZARDO, Sinara Pollom. **O desenvolvimento organizacional das Classes Hospitalares do RS: uma análise das dimensões econômicas, pedagógica, política e cultural**. Universidade Federal de Santa Maria. Dissertação. (Mestrado em Educação). Santa Maria/RS, 2007.

ZARDO, Sinara Pollom. FREITAS, Soraia Napoleão. **Educação em classes hospitalares: transformando ações e concepções à luz da teoria da complexidade**. Educar, Curitiba, n. 30, p. 185 – 196, Editora UFPR, 2007.

REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS

CLASSE HOSPITALAR. Hospital Infantil Joana Gusmão. Disponível em <http://www.sade.se.gov.br/hijg/Pedagogia/HistoricoClasse.htm>. Acesso em 16 de junho de 2005.

FONSECA, Eneida Simões. Aspectos da ecologia da Classe Hospitalar no Brasil. Disponível em http://www.educacaoonline.pro.br/aspectos_da_ecologia.asp?f_id_artigo=177 Acesso em 20 de julho de 2005.

ROCHA, Yloma Fernanda de Oliveira. O Trabalho Pedagógico no Âmbito Hospitalar. Disponível em <http://www.webartigos.com/articles/15233/1/O-Trabalho-Pedagógico-no-Ambito-Hospitalar/pagina1.html>. Acesso em Fevereiro de 2010.

SANJAD, Nelson. **Cólera e medicina ambiental no manuscrito 'Cholera-morbus' (1832)**, de Antonio Correa de Lacerda (1777-1852). Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos [online]. 2004, vol.11, n.3, pp. 587-618. ISSN 0104-5970. doi: 10.1590/S0104-59702004000300004. Disponível em <<http://www.scielo.br>>, Acesso em 14 de maio de 2010.

ANEXOS

UNIVERSIDADE TIRADENTES – UNIT
DIRETORIA DE PESQUISA E EXTENSÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO - PPED
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

**PESQUISA: PEDAGOGIA HOSPITALAR: POSSIBILIDADES EDUCACIONAIS NA
ÁREA DA SAÚDE, UM ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL REGIONAL AMPARO DE
MARIA**

MESTRANDA: ADRIANA ROCHA FONTES
ORIENTADORA: PROFA. DRA. GIOVANA SCARELI

ROTEIRO DA ENTREVISTA

- 1 – Nome:
- 2 – Profissão:
- 3 – Há quanto tempo exerce a profissão? E no HRAM?
- 4 – Você considera importante a humanização no hospital? Por quê?
- 5 – Você acompanhou ou acompanha o processo de humanização no hospital? De que maneira?
- 6 – Como se deu a participação dos pacientes após o início das atividades lúdicas e educacionais no hospital?
- 7 – Percebeu se houve melhora do paciente após participação nas atividades de humanização?
- 8 – E quanto a brinquedoteca, você considera importante seu papel no processo de humanização hospitalar? De que forma?
- 9 – Enquanto (médico...) , qual a sua opinião em relação ao desenvolvimento das atividades de humanização para o paciente? Traz benefícios para o tratamento da saúde? De que modo?
- 10 – A humanização também envolve um processo educacional, de aceitação, mudança de comportamento. Na sua opinião, quando o paciente hospitalizado é uma criança, como elas se comportam diante do tratamento com atividades de humanização no hospital?
- 11 – Você vê possibilidade de serem desenvolvidas práticas educativas dentro do hospital?

12 – Tendo acompanhado diversos pacientes na ala pediátrica, você poderia afirmar que as crianças que tiveram um tratamento humanizado e envolvido com atividades lúdicas educativas obtiveram uma recuperação mais rápida do que a prevista diante do seu quadro clínico?

13 – Há algo que considere relevante que gostaria de dizer?

ENTREVISTA - 1

1 – Izabel Carvalho

2 – Psicóloga

3 – No HRAM^a há 5 anos

4 – Sim, porque é o local onde o usuário... onde permeia assim, muito sofrimento, então eu acho que a parte da humanização, ou seja, do apoio emocional, contribui significativamente para recuperação desse paciente, onde muitas vezes eles chegam abalados com sua doença afastados da sua família, onde tem um vínculo afetivo, segurança, preocupação com seu trabalho. Então, eu acho que a humanização, o cuidado com o outro é muito importante, em vários sentidos, esse usuário, esse hospitalizado ele vai se sentir mais humanizado, como uma pessoa que não está ali sozinho, ele pode contar com aquela equipe para aliviar seu sofrimento.

5 – Eu acompanhei muitas vezes levando apoio, dando apoio emocional, assistência psicológica aos pacientes hospitalizados e também com práticas através dos projetos de humanização, musicoterapia, brinquedoteca, dentre outros, foram tantas ações.

6 – Inicialmente, antes da chegada desse atendimento, os pacientes muitas vezes se encontravam mais tristes, desmotivados, ou seja, desanimados. Depois, com as atividades a melhora, a participação, ficaram mais motivados, o apoio emocional contribuiu significativamente para a recuperação do paciente.

7 – Muitas vezes eles estavam tristes, com seus problemas e começavam a ver as coisas de um jeito mais positivo, eles se alegravam, se motivavam, isso colaborava cada vez mais para seu tratamento, não era só aquele tratamento mecânico, com uso medicamentoso, com o processo de humanização associado a medicação os pacientes começavam a evoluir significativamente.

8 – A brinquedoteca tem papel fundamental dentro da instituição hospitalar, é através da brinquedoteca que as crianças mesmo com seus problemas, mas criança é muito espontânea, e muitas vezes só pelo fato de estar em contato com os brinquedos, em contato com aquelas atividades lúdicas, a criança começa a melhorar, contribui bastante, não só isso, a equipe nos seus eventos, as datas comemorativas são sempre lembradas na brinquedoteca, isso ajuda a desenvolver a auto estima, elas se motivam e desse jeito vão melhorando e xô doença, a doença vai saindo, dessa forma vai melhorando.

9 – Significativamente. A humanização, a brinquedoteca dentro do hospital é fundamental, tem que ter em todo o ambiente, não só no hospitalar, mas como nas escolas, tem que ter um canto reservado para brinquedoteca, para criança que está se desenvolvendo, vivendo sua fase de infância, o brincar é muito importante, é quem faz com que elas se desliguem de coisas ruins, até de maus comportamentos, é mesmo uma situação que faz bem a sua saúde mental.

10 – Sim, a criança sofre, a família sofre, os pais sofrem. Não só o usuário, o paciente, a criança, mas os pais também, quando os pais vêem que as crianças estão sendo bem apoiadas, acompanhadas, esse familiar vão adquirir força e confiança, e cria um vínculo mais confiável entre o familiar e a equipe de profissionais, tudo em função da melhora do seu paciente.

11 – Possibilidade? Sim, eu vejo que tem possibilidade sim, mesmo quando o ambiente não dispõe de área, de recursos. Mas, eu acho que pode que tem alternativas, o ambiente pode ser improvisado, a gente pode adquirir alguns materiais como brinquedos e outros recursos, através de patrocínio, e acho que o resto é ter força de vontade, vamos atrás, vamos em busca, isso é primordial.

12 – Com certeza. É verdadeiro, agente percebe. Mesmo a criança com o bracinho quebrado, ou a perna fraturada, aquela criança está animada, brincando, pulando de um pé só, agente nota a motivação com aquele brinquedo, com aquela atividade é como se as células doentes, como se elas começassem a vibrar novamente, a ficarem mais ativas, e assim as crianças se recuperam mais rápido.

13 – Eu considero, eu acho que os nossos superiores, ou seja, os nossos supervisores, os administradores, acho que eles deveriam ter o olhar mais focado na humanização, a gente não pode ver só aquele paciente através de máquinas, remédios, aquele tratamento muito objetivo. O paciente tem moção. Os nossos administradores deveriam se reciclar, não sei bem se é essa a palavra, mas deveriam se reciclar mais para melhorar a maneira de pensar, de valorizar, começar a valorizar o lado humano do indivíduo, o lado sensível, ou seja, o lado emocional, sentimental, tratando esse lado humano é como aquele ditado que diz, mente sã, corpo são, ela vai ajudar o somático, o físico. Porém, a humanização tem ficado em segundo plano.

ENTREVISTA 2

1 – Patrícia de Carvalho Falcão

2 – Enfermeira

3 – 16 anos, sendo que está há 3 anos e 6 meses no HRAM^a

4 – Sim. Muitas pessoas dizem que nós nos tornamos pessoas frias, que perder esse contato com o paciente, essa parte de humanização, dificulta por muitas vezes até o relacionamento do paciente e equipe de enfermagem, a própria cura do paciente, a melhora do paciente, acho que todo hospital tem que ter as parte de humanização, tanto da equipe interligado equipe, paciente e família.

5 – Bem, aqui no hospital quando eu cheguei já tinha o projeto de humanização, o projeto da brinquedoteca, foi uma das coisas que dentro do hospital me chamou a atenção, a brinquedoteca, a biblioteca, a parte da humanização com as comemorações que tinha da interação paciente e equipe, do projeto de musicoterapia, então, eu já cheguei meio que com o bonde andando, então eu sempre participava, tentava me inteirar do que acontecia, fazia visita de supervisão pra ver a aceitação das pessoas como era feita, a gente faz isso.

6 – É como eu disse, quando eu cheguei já tava aqui, então quando tinha as atividades, principalmente na parte das crianças, na Pediatria, eles interagem e os próprios pais e as mães também. Que é uma forma de você tirar o foco da criança da doença, você consegue desviar a atenção delas e elas enxergar o hospital de outra maneira, não só como um lugar que ela vem pra ser furada, só pra tomar remédio, só pra fazer curativo, que não pode comer tudo que quer, que não pode brincar, não pode fazer tudo que quer, não pode correr, não pode brincar, não pode botar o pé no chão, não pode tomar banho, não pode pegar no amiguinho porque está doente, então isso tudo a gente observa aqui. Então, as crianças aderem mais, os adultos nem tanto, mas as crianças aderem mais. Adulto a gente via a participação deles quando tinha um pastor, que tinha uma palestra, que tinha a parte da musicoterapia que vinha um cantor, principalmente se for uma coisa religiosa, ligados a religião deles, então eles participavam bem mais.

7 – Ah, com certeza, até na própria aceitação da doença, a convivência com os outros doentes, quando consegue enxergar que seu problema é menor do que o do outro que está na cama ao lado, então eles começam a se conscientizar e acabam discutindo

doenças, família e começam a enxergar o problema dele bem menor do que o do vizinho, então eles conseguem ver isso.

8 – Pra mim a brinquedoteca é o xodó. Na própria integração da criança, como eu já disse, ela deixa de tirar o foco dela da doença, ela consegue ver que o hospital não é só aquele lugar cheio de gente vestida de branco, que quando vem é pra furar, é pra maltratar, é pra machucar, porque dói, então quando a gente consegue observar isso, é tanto que a gente tenta mudar na própria Pediatria, colocar um jaleco de outra cor pra tirar o medo do branco, o medo da injeção, e a criança já vem muito assim, quando dá trabalho em casa, já tem o velho ditado, fique quieta porque se não eu vou lhe dar uma injeção, já cria aquele trauma, vou lhe levar no hospital pra te dar uma injeção, então a criança já vem com aquele medo, a gente já cria aquilo na própria criança. Ah! Eu tenho medo de injeção. Então, a gente já vê a dificuldade não só no Hospital, como também nos postos de saúde, porque também tem as vacinas, que é injeção do mesmo jeito, isso tem que ser trabalhado lá também, então as crianças já vem com esse estigma, a gente tenta não ser tudo branco, ser uma coisa mais alegre, mais colorida, o jaleco fazer uma coisinha mais colorida. O perfil de pessoas que trabalham na Pediatria, nem todo mundo se adapta pra trabalhar na Pediatria, tem que ser gente que tenha o perfil de lidar com crianças e principalmente com pai e mãe do menino doente, da criança hospitalizada, da criança enferma, então isso tudo agente observa.

9 – Acho que todo hospital tem que ter, tem que trabalhar com essa parte de humanização, e mais uma vez eu friso, não só com o paciente, principalmente com a equipe, porque querendo ou não a gente absorve, acaba absorvendo o problema do paciente, o próprio profissional da saúde ele cria uma defesa, a gente ouve, ah porque você não liga, porque você é fria. Aqui se o profissional de saúde não souber lidar, ele acaba doente também, absorvendo aquilo. É uma relação muito complicada.

10 – Com certeza. Você já começa a tratar a criança, cria na criança o processo de convivência com o outro, você não isola a criança, o que é que acontece hoje, uma criança que fica internada quinze dias, ela sai daquele convívio social da escola, e fica assim. A gente enquanto pai e mãe, a gente super protege. Aí, quando ficam melhorzinhas, começam a ficar cheio de dengo, cheio de vontade, tudo é meu, tudo que quer a gente dá. É um erro, eu não sei o quanto isso é certo ou não. Porque a gente tem muito daquilo de proteger a criança, de super proteção, até os próprios pais, a gente tem que conversar com elas, dizer por que ela está aqui, porque está dodói, que é pra ficar

boa, pra ir pra casa, pra voltar pra escolinha, e trazer um pouco da escola, da convivência com as outras crianças pra dentro da instituição, pra não tirar tanto tempo a criança de dentro da vivência escolar dela, do lado educacional, pra não ficar tão afastada assim.

11 – Com certeza, isso aí eu acho que tem que ser desenvolvido em qualquer instituição que você atenda a criança, pra não afastar tanto tempo ela da escola. Nem que seja a grade curricular, como se fala, mas, alguma coisa ligada a parte educacional, algumas atividades educacionais, a gente não pode afastar totalmente a criança disso.

12 – Muito mais rápida. Com certeza, é da própria convivência dentro do ambiente hospitalar, ela não vê o hospital como um hospital que ela vem pra tomar injeção. O psicológico dela, ela vai aceitando aquilo, a doença mais rápida, ela aprende a conviver com a doença e esquece que está doente. Se achar um brinquedo, um carro, esquece que está doente e vai em frente, esquece mesmo que está doente, as vezes é você que fica, meu filho você não pode isso porque está doente, com febre. Eles melhoram a olhos vistos.

13 – Só sinto hoje que perdi as pessoas que trabalhavam com os projetos, com a brinquedoteca, quero de volta.

ENTREVISTA 3

1 – Maria do Carmo Santos Silva

2 – Atendente de Enfermagem

3 – Há 39 anos

4 – Sim, porque sem isso aqui, as crianças não recupera os problemas que tem, que vem a ser hospitalizada.

5 – Acompanhamento de perto no dia-a-dia.

6 – Antes as crianças ficavam tristes, não tinham o acompanhamento dos pais. Antes quem tomava conta das crianças era as enfermeiras mesmo, hoje tudo mudou, está cem por cento. Só no horário de visita é que os pais vinham, só vinham para visitar e depois voltavam. As crianças ficavam agitadas, choravam muito, depois se conformavam, agente consolava e voltava ao normal. Aqui no setor da Pediatria a gente tomava conta de toda criança, de toda idade de 0 até 12 anos. Teve muitas mudanças. As crianças teve aqueles estudozinhos, fazia trabalho, as mães também teve serviço, teve pessoas pra se comunicar com elas, brincar.

7 - Teve. Com toda certeza.

8 – É importante. Eles ficam o tempo todo brincando, de manhã, de tarde, até de noite. Traz um conforto pra eles, é bem melhor.

9 – Traz benefícios. Pra criança, pras mães, pra nós enfermeiras que trabalha aqui.

10 – É melhor com atividade de humanização, elas participam bem mesmo. Param de chorar, brincam muito. Quando está fechado fica uma tristeza. Elas pedem pra abrir.

11 – Sim. Elas participavam com a maior alegria da vida.

12 – Sim. Se recupera mais rápido. A humanização ajuda muito. Se tinha que passar muitos dias, diminui.

13 – Agora, acabou tudo, a humanização. Eu sinto falta e acho que deveria volta. Faz bem, pro paciente e pro funcionário, pra gente.

ENTREVISTA 4

1 – Rita da Costa Nascimento Silva

2 – Técnica de enfermagem

3 – 28 anos

4 – Sim, porque ajuda bastante a todo mundo, não só como na área de enfermagem, como na copa, o pessoal da limpeza, as mães, as crianças.

5 – Sim. Observando, participando com os colegas, assistindo.

6 – Melhorou, e como. Antes era muito sofrimento, os pacientes ficavam sozinhos, sem apoio da família, sofriam muito. Depois com o acompanhamento da família, o paciente se sentia mais seguro. Quando a gente tem companhia nem vê a hora passar.

7 – Com certeza. Bastante mesmo, quem passava um mês no hospital, passou a passar quinze dias, oito dias. Totalmente diferente a recuperação dos pacientes, é mais rápida.

8 – Sim. Com certeza. Bastante importante. Antes as crianças só ficava no leito, quando era horário de visita, era outra coisa, quando as mães iam embora, ficava aquelas crianças tristes chorando. Depois, as mães começou a poder acompanhar os filhos e com a brinquedoteca as crianças começou a brincar. Aqui ficou mais alegre.

9 – Muito. Com certeza traz benefício, melhora, ajuda.

10 – Quando se interna, no início elas começa a chorar, depois elas começam a participar, tudo direitinho, aí dá umas folhinhas pra elas ficarem riscando, pintando aqueles desenhos, brincando, aí diminui o choro bastante.

11 – Sim, acho. Elas já faziam os deverzinhos.

12 – As crianças se recuperavam mais rápido sim. Passa um dia, dois e elas vão ficando boas.

13 – A humanização tá mais lenta. Eu queria que voltasse como começou. Como era antes com as músicas, as brincadeiras.

ENTREVISTA 5

1 – Tereza Beatriz Gomes

2 – Assistente Social

3 – Há 17 anos. No Hospital também no mesmo tempo.

4 – Sim. Porque é de extrema importância termos um olhar diferenciado sob o paciente que chega fragilizado ao hospital e fica o tempo todo esperando gestos de acolhida, cuidado e atenção. Gestos estes proporcionados através do atendimento humanizado, proporcionando uma aproximação com a equipe, visando o bem estar do paciente, dando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana.

5 – Acompanhamento. Lidamos diariamente com vidas e cada uma delas trata-se de um ser. Para que eu trate bem os meus pacientes tenho que ter comigo paciência e educação para com os outros e muita dedicação com minha profissão. Antes de tudo isso, preciso ser humana, para poder ter gestos de humanização. Um simples olhar, um sorriso, atenção, são atos simples, mas que fazem toda a diferença.

6 – A participação dos pacientes no processo de humanização hospitalar se deu através da criação de eventos a partir de datas comemorativas como o dia das crianças, a páscoa, o natal, o dia do enfermeiro, da assistente social. Também por meio de palestras, enfatizando a humanização dentro do hospital.

7 – Sim. Através das atividades de humanização é perceptível nos usuários a melhora da auto-estima, redução dos níveis de ansiedade, estimula a participação do usuário no seu próprio cuidado, melhorando o prognóstico. Através de atividades recreativas os pacientes experimentam momentos de alegria e descontração, permitindo uma visão diferente do processo de hospitalização, proporcionando um ambiente agradável.

8 – Sim, é de fundamental importância. Quando uma criança sofre uma internação hospitalar, há uma modificação na rotina e na vida da criança e de seus familiares. E para dar uma assistência melhor, é necessário buscar diminuir os efeitos da doença e do seu tratamento, através da brinquedoteca que é um espaço lúdico e educacional, de valorização da saúde, do brincar, da socialização e também da cidadania.

9 – É de suma importância. Trazem benefícios visíveis, o paciente corresponde melhor ao tratamento, a família também e facilita a atuação dos profissionais. Para a minha profissão, a humanização é fator primordial é essência para nossa atuação junto ao usuário, ao paciente, que é entendido ao seu acompanhante, a sua família.

10 – O trabalho de entretenimento das crianças hospitalizadas demonstra que existem modificações de comportamento nos pacientes que participam de atividades educacionais, lúdicas, artísticas e recreativas nos hospitais. No princípio, as crianças revoltam-se com a internação. Posteriormente entram em um estado de apatia no hospital e com o processo de humanização, de formação de vínculos com a equipe médica, de enfermagem, assistente social, passam a ser afetivos, aceitando os cuidados que estão sendo oferecidos.

11 – Com a internação de crianças hospitalizadas, surge a necessidade das mesmas terem um acompanhamento pedagógico em seu período de internação. A criança que está hospitalizada, ela sofre pelo afastamento do seu meio de convivência familiar, social e escolar. O trabalho pedagógico no ambiente hospitalar proporciona a garantia da continuidade do processo de aprendizagem, fazendo com que as crianças ao retornarem a escola não venham a se sentir em defasagem em relação aos seus colegas e que não percam também o vínculo com a escola e seu cotidiano.

12 – Sim, pois a criança torna-se mais disposta ao tratamento, trazendo uma comunicação mais efetiva com os profissionais de saúde e diminuindo sua permanência no hospital.

13 – Sim, eu acho que humanizar é procurar melhorar todos os dias, sendo interlocutores uns dos outros, compartilhando experiências, afetos, derrotas e vitórias, erros e acertos, dúvidas e certezas, mas todos os dias sendo humanos com nossos pacientes.

ENTREVISTA 6

1 – Maria Luzia Pinheiro Costa Silva

2 – Assistente Social

3 – Como Assistente Social atuo há 9 anos. No HRAM sou funcionária há 30 anos.

4 – Sim, claro. Humanizar é garantir a dignidade com ética, para que o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas. É preciso ouvir o outro, e que essa escuta seja reconhecida, e daí é que fazemos as descobertas e participamos das particularidades do sujeito. Sem comunicação não há humanização, e isso depende da nossa capacidade de falar e ouvir o paciente, usuário, que demandam os serviços de saúde.

5 – Sim. Não como integrante do grupo de humanização hospitalar, porque na época em que foi implantado no hospital, eu não exercia a função de assistente social, trabalhava na área administrativa, e devido a sobrecarga das tarefas demandadas, não havia esse interesse de conhecer o grupo, nem saber quais os fins. Hoje, como já trabalho em um setor que requer que eu seja humana para humanizar, e que a partir da minha ética profissional, do respeito e da solidariedade que tenho pelo paciente/usuário, eu dou o melhor do meu profissionalismo para humanizar.

6 – Ah, vale destacar que o processo de humanização e o educacional dentro da instituição hospitalar é de grande necessidade e valor. Seria um engano negar essa origem ou desconsiderar essa enorme força que motiva a promoção, recuperação do paciente e do seu acompanhante. É necessário ir além desse impulso, precisa tentar fortalecer essa política na defesa de seu direito, como prega a Constituição Federal de 88, e que deixa claro a todo cidadão, tais como liberdade pessoal, religião, direitos políticos e sociais referente às condições de saúde e assistência médica, conforme sua necessidade.

7 – Sim, é notório como as atividades do grupo de humanização hospitalar ajuda na recuperação, tanto da saúde física, como da psicológica. Quanto maior o acesso e a participação do paciente e de seus familiares, isso propicia formar mais abertas e livres de interação. Todos saem ganhando quando são estabelecidos esses vínculos de pacientes e família, passam a conquistar mais espaço de liberdade e confiança no atendimento. Os profissionais passam a contar com uma rede de ajuda maior para o desenvolvimento de suas tarefas, de seus procedimentos.

8 – A importância das brinquedotecas nas instituições de saúde no meu ponto de vista, não é só o lugar de brinquedos e brincadeiras. As brinquedotecas tem que ser um ambiente acolhedor, inclusive junto as famílias, o que é extremamente positivo para a recuperação da saúde da criança. E que nesse ambiente hospitalar durante o tempo de internação, a criança não perca os vínculos com o material lúdico. Porém, pra isso não basta ser um profissional que não tenha formação específica para o cargo, no caso da brinquedoteca da instituição hospitalar onde presto serviços, precisa hoje avançar nas questões dos projetos, que venham propor uma melhor qualidade nas atividades de rotina e que tenha um profissional da área adequada na realidade que as brinquedotecas exigem.

9 – Enquanto assistente social, penso que humanizar é um ato de amor, que expressamos através dos nossos cuidados que temos com o outro. É importante humanizar porque é uma forma de nos aproximar e deixar que ele confie no nosso profissionalismo. É natural o desejo do paciente/usuário continuar tendo atividade para melhorar sua auto-estima, que a partir do momento que ele adoecer, faz com que o psicológico fique abalado e as atividades podem ser com projetos como os de leitura, música, palestras. Dá resultado.

10 – Bem, o tratamento humanizado é muito importante no ambiente hospitalar, o paciente e seus familiares saem ganhando, principalmente quando se trata de criança. Muitas são as dimensões em que estamos comprometidos, prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, vejo que são essas as propostas e desafios para humanizar. O comportamento de uma criança interna no ambiente hospitalar não é diferente de um adulto. Ela, mesmo doente, debilitada, sente a necessidade de brincar e interagir com outras crianças e seus familiares. Portanto é de grande necessidade que haja há brinquedoteca que vai dar qualidade no ambiente de internação. Vai ajudar no tratamento.

11 – Sim, são inúmeras as práticas e as necessidades que temos dessas práticas. No hospital também se aprende. Acho importante dar continuidade e assegurar as crianças o seu vínculo com o estudo. Dar condições de desenvolverem essas atividades proporcionam também a socialização, a valorização da auto-estima que vai contribuir para o enfrentamento da doença, diminuindo o trauma , ajudando o seu psicológico, o seu emocional. Hospital também é lugar de aprender. Aqui muito se aprende, de várias maneiras.

12 – Com certeza. Hoje não acompanhamos devido ao descaso com nossa brinquedoteca. Já houve casos que a criança não perdeu o desempenho escolar, mesmo estando doente e frágil. Nesse instituição em que trabalho, a pedagoga e a brinquedista foram demitidas devido a uma serie de questões políticas, porem deixando a criança a mercê de um espaço, a brinquedoteca, sem a presença do profissional especializado para fazer esse acompanhamento. Avanços, tivemos no que se refere a conquista da brinquedoteca no hospital, mas também é visível o retrocesso atual. Precisamos das atividades lúdicas urgentes, medicamentos não curam sozinhos, pois precisamos olhar, ouvir, brincar, falar e sorrir, pois são essenciais a vida, inclusive da criança, do adolescente.

13 – Sim. Quero dizer que humanizar é respeitar o próximo, ouvir, olhar, sorrir, cuidar do outro, ser solidário. O hospital precisa ser humanizado, se manter humanizado.

ENTREVISTA 7

- 1- Humberto Piedade Ralin
- 2- Médico Pediatra
- 3- Há 28 anos no HRAM.
- 4- Muito importante porque eleva o aspecto psicológico de profissionais envolvidos no tratamento hospitalar das crianças. O pessoal médico, de enfermagem, pedagogo, animadores, de limpeza, dentre outros, vêem as crianças de forma diferente. Também o acompanhante que geralmente é a mãe da criança, nota um tratamento integral da criança no ambiente hospitalar.
- 5- Acompanho dia a dia, pois sou Pediatra internista da enfermaria da Ala Pediátrica de domingo a domingo. Verifico os benefícios que traz para as crianças, como redução do tempo de hospitalização, satisfação do acompanhante quando vê os pacientes na brinquedoteca ou na mini biblioteca.
- 6- Os pacientes aderiram de forma total o processo de humanização. Percebemos que algumas crianças participavam de atividades que não encontravam na escola e nem em suas casas.
- 7- Uma melhora significativa porque tira o foco exclusivo do paciente em relação ao tratamento da doença. Eles percebem que o ambiente hospitalar não é só de injeção, dietas restritivas, medicamentos frequentes, dor e sofrimento.
- 8- A brinquedoteca é com certeza o local preferido pelo paciente pediátrico. Uma sala ampla com TV, vídeo, sonzinho, colorida, com brinquedos diversos, deixa as crianças alegres no ambiente hospitalar, tirando delas o foco único do seu tratamento, que é o ócio do médico e enfermeiras.
- 9- O processo de humanização tem influência direta sobre a saúde integral da criança hospitalizada. Observamos durante o tempo de internação um melhor relacionamento entre a família e a equipe de saúde, devido a atenção dada criança hospitalizada apostamos na observação da valorização dos cuidados prestados pela equipe de humanização, afim de que sejam praticadas em casa após alta hospitalar.
- 10- Para a criança hospitalizada é um momento de surpresa verificar um ambiente fora de sua casa, com injeção, soros, dietas restritivas. Quando o contato é feito com a equipe de humanização, paciente e acompanhante passam a conhecer o

outro lado do hospital, diferente do tratamento convencional.

11- Sim, através de incentivo a leitura e outras atividades que são desenvolvidas.

12- Perfeitamente, principalmente através do Projeto: Doentes Sim, Tristes Não.

13- O processo de humanização e atendimento ao paciente hospitalizado deve ser objetivado em todo o hospital, seja público ou privado. Percebemos que uma equipe interdisciplinar atendendo a criança hospitalizada tem influencia direta na recuperação da sua saúde.