

## **As possibilidades da actividade pedagógica como tratamento sócio-afectivo da criança hospitalizada**

Rejane de S. Fontes

Faculdade de Educação, Univ. Federal Fluminense, Brasil

Faculdade de Educação, Univ. do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

### Resumo

Refletir sobre a atuação de professores em hospitais tem sido uma questão bastante delicada na recente, mas polêmica, discussão da prática pedagógica em enfermarias pediátricas. Este trabalho busca compreender o papel da educação para a saúde da criança hospitalizada em enfermaria pediátrica, analisando a ação do professor em um hospital público (Hospital Universitário Antônio Pedro/Niterói, RJ). A metodologia de pesquisa foi a observação participante de situações de interação criança-criança, criança-adulto e de interação da criança com o meio. As categorias de análise foram: a linguagem, o brinquedo, a emoção e o conhecimento, apoiadas nos referenciais teóricos propostos por Wallon e Vygotsky. Como a educação pode contribuir para a saúde da criança hospitalizada? A conclusão a que chego é que a educação possibilita a criança re-significar sua vida e o espaço hospitalar onde se encontra, através de uma escuta pedagógica atenta e sensível que colabora para o resgate da subjetividade e da auto-estima infantis, contribuindo assim, para o bem estar e a saúde da criança hospitalizada.

### Palavras-chave

Educação; Saúde; Conhecimento; Subjetividade

Adoecer faz parte da vida. Todavia, algumas doenças levam à hospitalização, afetando a vida das pessoas durante um determinado período

de tempo. O caso torna-se mais grave quando o paciente em questão é uma criança e quando a causa de internação, além de ser alguma debilidade física, traz a marca da discriminação sócio-econômica de nossa sociedade e, por esta razão, acaba se tornando crônica, prejudicando uma das etapas mais importantes da vida: a infância.

Os estudos e pesquisas voltados para a análise da infância revelam que este é o período da vida que vai desde o nascimento até a puberdade. É a idade da meninice, porém, vale ressaltar que considerar o grau de importância social atribuído a esta fase é algo recente na história ocidental.

Na sociedade medieval não havia uma valorização da infância e a indiferença dessa época, para com a criança, era muito significativa. A particularidade dos cuidados com o infante era negada, o que resultava na elevada taxa de mortalidade infantil. Ariès (1981) nos mostra que o moderno sentimento familiar, caracterizado pela intensidade das relações afetivas entre pais e filhos, privacidade do lar e cuidados especiais com a infância foi produzido ao longo dos anos pelas mudanças sócio-econômicas instaladas nas sociedades industrializadas.

Todavia, é importante destacar que a história da infância no Brasil se confunde com a história do preconceito, da exploração e do abandono, pois desde o início houve a diferenciação entre as crianças, segundo sua classe social, com direitos e lugares diversos no tecido social. Elegeram-se assim, alguns poucos como portadores do "vir a ser" (grandes homens e grandes mulheres), enquanto tantos outros foram reduzidos à servidão, muitas vezes, classificados como geneticamente doentes e, assim, socialmente incapazes.

Ao me propor à realização desta pesquisa, procuro dar prosseguimento às reflexões que desenvolvi durante a graduação enquanto bolsista de Iniciação Científica pelo PIBIC/CNPq<sup>1</sup>, cuja preocupação central foi investigar a validade de um atendimento educacional em curto prazo realizado em hospitais.

Para melhor situar a abordagem metodológica do presente trabalho, apresento brevemente suas características, começando pelo problema que instigou a investigação: *Quais as possibilidades e os limites de uma educação para a saúde com crianças, na faixa etária dos 7 aos 14 anos, de ambos os sexos, com possibilidades de deslocamento (sala de recreação) e que*

*passam pelo processo de reinserção na Enfermaria Pediátrica do Hospital Universitário Antônio Pedro?*

Este trabalho pretendeu conduzir às seguintes questões:

*Objetivo geral:*

Compreender como o conhecimento da vivência hospitalar e a apropriação dos sentidos expressos no ambiente refletem o papel da Educação no desenvolvimento cognitivo, emocional e da saúde de crianças hospitalizadas na enfermaria pediátrica.

*Objetivos específicos:*

- Analisar o papel do conhecimento, da emoção e da linguagem, através de atividades pedagógicas, para a saúde da criança hospitalizada;
- Descrever e analisar uma prática pedagógica em hospital, como alternativa de atendimento educacional, apontando suas conquistas e dificuldades;
- Refletir sobre a atuação do professor e de novos caminhos para a educação a partir do acompanhamento pedagógico em âmbito hospitalar.

Esses objetivos buscam não só compreender a contribuição da educação, ao operar com processos de conhecimento afetivos e cognitivos, no resgate da saúde da criança hospitalizada, como também definir o espaço de atuação do professor, muitas vezes confundido com o do psicólogo, na estrutura hospitalar.

O tema se reveste de uma importância crucial nos dias atuais a partir da constatação de que sua análise se volta para as populações já, sistematicamente, excluídas sócio-economicamente do acesso a bens culturais e de saúde. A relevância deste estudo se deve ao fato de se realizar em instituições hospitalares públicas que apresentem atendimento em enfermarias pediátricas. Entre elas, escolhi o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), situado em Niterói (RJ/Brasil), comprometido com a pesquisa e que atende a uma elevada parcela de nossa população historicamente desrespeitada em seus direitos, que tem na educação sua principal via de cidadania e esperança de ascensão social.

Desse modo, ao longo do estudo pretendi responder às seguintes questões:

- É possível pensar o hospital como um espaço educacional para as crianças internadas em enfermarias pediátricas?
- Pode a educação contribuir para a saúde da criança hospitalizada no HUAP?
- Que formas de educar são possíveis num hospital?
- Quais os limites e as possibilidades do professor nesse novo *locus* de atuação?

### **Pensando a atuação de professores em hospitais**

O trabalho pedagógico em hospitais apresenta diversas interfaces de atuação e está sob a mira de diferentes olhares que o tentam compreender, explicar e construir um modelo que o possa enquadrar. No entanto, é preciso deixar claro que tanto a educação não é elemento exclusivo da escola como a saúde não é elemento exclusivo do hospital.

Refletir sobre a atuação de professores em hospitais tem sido uma questão bastante delicada na recente, mas já polêmica discussão da prática pedagógica em enfermarias pediátricas.

A discussão começa entre duas correntes teóricas aparentemente opostas, mas que podem ser vistas como complementares. A primeira delas, talvez a mais difundida hoje no Brasil e com respaldo legal na Política Nacional de Educação Especial (Brasil, 1994) e seus desdobramentos (Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, 2001) defende a prática pedagógica em Classes Hospitalares. São representantes desta visão autores como Fonseca (2001 e 2002) e Ceccim (1997 e 1999) que têm publicações nesta área de conhecimento.

Segundo a política do MEC,

Classe Hospitalar é um ambiente hospitalar que possibilita o atendimento educacional de crianças e jovens internados que necessitam de educação especial e que estejam em tratamento hospitalar (Brasil, 1994: 20).

Esta corrente defende a presença de professores em hospital para a escolarização das crianças e jovens internados segundo os moldes da escola

regular, contribuindo para a diminuição do fracasso escolar e dos elevados índices de evasão e repetência que freqüentemente acometem os alunos das classes populares em nosso país.

A outra corrente de pensamento segue passos como os da professora Dra. Regina Taam (UEM) que sugere a construção de uma prática pedagógica com características próprias do contexto, tempos e espaços hospitalares e não simplesmente transplantada da escola para o hospital. Segundo esta autora (1997), faz-se necessária a construção de uma "*pedagogia clínica*", termo utilizado em seu artigo publicado na *Revista Ciência Hoje*. Com forte embasamento na Teoria da Emoção do médico francês Henri Wallon (1879-1962), Taam (2000) defende a idéia de que o conhecimento pode contribuir para o bem estar físico, psíquico e emocional da criança enferma, mas não necessariamente o conhecimento curricular ensinado no espaço escolar.

Podemos entender Pedagogia Hospitalar como uma proposta diferenciada da Pedagogia Tradicional, uma vez que se dá em âmbito hospitalar e que busca construir conhecimentos sobre esse novo contexto de aprendizagem que possam contribuir para o bem estar da criança enferma.

A contribuição das atividades pedagógicas para o bem estar da criança enferma passa por duas vertentes de análise, a primeira aciona o lúdico como canal de comunicação com a criança hospitalizada, procurando fazê-la *esquecer*, durante alguns instantes, o ambiente agressivo no qual se encontra, resgatando sensações da infância vivida anteriormente à entrada no hospital. Essa vertente procura *distrair* a criança e, muitas vezes, o que consegue é irritá-la e certamente não contribui para que ela reflita sobre a própria experiência e aprenda com ela. A segunda trabalha, ainda que de forma lúdica, a hospitalização como um campo de conhecimento a ser explorado. Ao conhecer e desmitificar o ambiente hospitalar, re-significando suas práticas e rotinas, como uma das propostas de atendimento pedagógico em hospital, o medo da criança que paralisa as ações e cria resistência, tende a desaparecer, surgindo em seu lugar, a intimidade com o espaço e a confiança naqueles que aí atuam.

Esta definição, no entanto, não exclui o conceito de Classe Hospitalar. Pelo contrário, a Pedagogia Hospitalar parece ser mais abrangente, pois não exclui a escolarização de crianças que se encontram internadas por várias semanas ou meses, mas a incorpora dentro de uma nova dinâmica educativa.

A função do pedagogo/professor necessita ser de re-significação daquele espaço para a criança enferma. Porém, nada impedirá que este seja simultaneamente, um espaço educativo (no sentido amplo do termo) e mais tarde, para crianças que permaneçam por longo tempo, um espaço escolar, com a incorporação e acompanhamento dos conteúdos escolares da série em que está a criança. A partir do contato com a professora da escola ou na dificuldade de estabelecer contato com a instituição, os conteúdos poderão ser elaborados pelo próprio professor de acordo com o nível de conhecimento e aprendizagem identificado na criança hospitalizada.

Assim, deve-se deixar claro que as práticas pedagógicas no contexto hospitalar, a princípio, não devem se caracterizar pela transposição curricular das matrizes escolares, ou seja, configurar-se como um processo de *escolarização* da criança hospitalizada. No entanto, com crianças que apresentem um quadro clínico mais complexo e que necessitem de uma estadia maior nos leitos hospitalares, a *escolarização formal* pode ser possível, desde que seja desejável pela criança hospitalizada. Desta forma, penso que tais correntes de pensamento, embora com especificidades próprias, tendem a se integrar na prática pedagógica hospitalar. A educação em hospitais oferece um amplo leque de possibilidades e de um acontecer múltiplo e diversificado que não deve ficar aprisionado a classificações ou enquadres.

O que se verifica na prática é uma infinidade de patologias infanto-juvenis que coexistem num mesmo espaço de atendimento médico-hospitalar e que, por suas especificidades, demandam tempos e espaços diferenciados de atuação pedagógica. Paula (2002), identifica três grupos de crianças internadas em hospitais: crianças que são internadas com graves comprometimentos físicos, afetivos, sociais e cognitivos e que permanecem durante muito tempo no hospital; crianças que apresentam comprometimentos moderados e que permanecem em média quinze dias nos hospitais e crianças que são internadas com comprometimentos leves e que permanecem pouco tempo nos hospitais.

O ofício do professor no hospital apresenta diversas interfaces (política, pedagógica, psicológica, social, ideológica), mas nenhuma delas é tão constante quanto a da disponibilidade de se estar *com o outro e para o outro*. Certamente fica menos traumático enfrentar este percurso quando não

se está só, podendo compartilhar com o outro a dor, através do diálogo e da escuta atenciosa.

Ceccim (1997) fala da *escuta pedagógica para agenciar conexões, necessidades intelectuais, emoções e pensamentos* e que entendo como pontos importantes para serem recuperados neste texto. Segundo este autor,

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

Começamos a perceber nesse contexto intersubjetivo do hospital, em que se interpenetram os conceitos de educação e saúde, uma nova perspectiva de educação que fertilize a vida, pois o desejo de aprender/conhecer engendra o desejo de viver no ser humano.

A escuta pedagógica diferencia-se das demais escutas realizadas pelo Serviço Social ou Psicologia no hospital, ao trazer a marca da construção do conhecimento sobre aquele espaço, aquela rotina, as informações médicas ou aquela doença, de forma lúdica e, ao mesmo tempo, didática. Na realidade, não é uma escuta sem eco. É uma escuta da qual brota o diálogo, que é a base de toda a educação.

Durante o tempo de hospitalização o volume de informações a que as crianças e seus acompanhantes estão submetidos precisa ser trabalhado de modo pedagógico num contexto de atividades de socialização das crianças e de seus conhecimentos, sejam eles escolares, informais ou hospitalares (no caso das crianças reincidentes ou com maior tempo de internação). A criança aprende a criar mecanismos para minimizar a sua dor e este mecanismo pode ser socializado e até utilizado por outras crianças. Essa também é uma prática educativa, mediada pelo indivíduo mais experiente da cultura.

O importante é perceber a criança e seus familiares como seres pensantes que, quando chegam ao hospital, já trazem histórias de vida, conhecimentos prévios, sobre o que é saúde, doença e sobre sua ação na dinâmica saúde/doença. A atuação do professor deve ser a de proporcionar uma articulação significativa entre o saber do cotidiano do paciente e o saber

científico do médico, sempre respeitando as diferenças que existem entre ambos os saberes.

### **A constituição do sujeito através da linguagem e da afetividade**

Na tentativa de desvendar esse mistério chamado homem vários cientistas, entre eles, médicos psiquiatras, psicólogos e lingüistas se aventuraram na tarefa de compreender o funcionamento da mente e a constituição da subjetividade humana. Embora muito se tenha avançado na direção de se entender a constituição subjetiva do ser humano, ainda há muito a se discutir sobre o modo como o homem constrói seu conhecimento.

Em busca desta árdua tarefa, vemos despontar no início do século XX, dois autores que trouxeram contribuições bastante originais na compreensão da constituição do sujeito histórico e sua compreensão da realidade social e, como não poderia deixar de ser, suas idéias encontraram ressonância no meio educacional. São eles, o médico francês Henri Wallon (1879-1962) e o filólogo e psicólogo russo Lev Semenovitch Vygotsky (1896-1934), dois contemporâneos da virada do século passado, cujas idéias, só tardiamente difundidas, permanecem vigorosas na tentativa de compreender o que é ainda um dos maiores mistérios da humanidade: o funcionamento da mente humana.

Wallon (1941) admite o organismo como primeira condição do pensamento, afinal toda função psíquica supõe um equipamento orgânico. Todavia, o próprio autor nos adverte que isso não é suficiente, uma vez que o objeto do pensamento vem do meio no qual o indivíduo encontra-se inserido.

A maior contribuição de Vygotsky (2000, 2000a) para a educação nasce de seu esforço ao tentar compreender a relação entre o *aprendizado* e o *desenvolvimento* em crianças em idade escolar. É no brincar e no faz-de-conta que a criança pode imitar uma variedade de ações que estão muito além de seus limites de compreensão e de suas próprias capacidades.

O brincar surge na vida da criança juntamente com sua capacidade de imaginar, de transcender o real e construir um mundo simbolicamente possível. O brincar, na realidade, surge da necessidade e do desejo frustrado da criança em realizar algo que concretamente ela não pode



naquele momento. Esse mundo de desejos realizáveis que desencadeia um novo comportamento na criança, é o que chamamos de *brinquedo*<sup>2</sup>.

Vejamos, no exemplo seguinte, como é significativo o papel que o brinquedo desempenha na organização mental e sentimental da criança em relação ao seu processo de hospitalização.

### **Cena 1: A brincadeira (ou a rota de fuga da realidade)**

Data: 05/02/02

A primeira imagem que tenho de Kaká<sup>3</sup> é brincando de casinha com a boneca Barbie e seu kit junto a duas colegas da mesma idade (Thaís e Vivi), internadas na enfermaria pediátrica.

(P) Pesquisadora                      (K) Kaká                      (T) Thaís

Aproximei-me para observar melhor a interação do grupo.

1 (K) Hi, a tia chegou.

2 (P) O que vocês estão fazendo?

3 (K) Brincando de casinha.

4 (P) Mas a casinha não é de vocês. É da Barbie.

5 (K) Mas a gente é ela.

Cada menina tinha uma Barbie. Todas as bonecas eram da sala de recreação.

6 (P) E quem é o Bob?

7 (T) Bob é o namorado da Barbie.

8 (K) É.

9 (P) De qual Barbie?

10 (K) De todas.

11 (T) Bibibibibi... Vamos meu amor.

12 (P) Que chique! Um carro conversível vermelho! Para onde Bob vai levar a Barbie?

13 (K) Ué, pra casa.

O que significa *brincar de casinha* (expressão clássica do vocabulário infantil) numa enfermaria pediátrica? (3)

O recorte desta breve cena é para mostrar que quando as crianças brincam, elas criam um mundo imaginário seguro capaz de re-elaborar uma realidade que lhe seja dolorosa, tornando-a compreensível e, até certo ponto, prazerosa. A brincadeira propicia a aproximação de pares. Note-se que as crianças eram todas meninas e possuíam idades próximas, sete anos. As interações fluíam espontaneamente, sem a intervenção de um adulto, e davam suporte a troca de conhecimentos durante a brincadeira (7).

A brincadeira também pode ser lida, neste caso, como uma rota de fuga de uma realidade que não pode ser suportada como ela é. Mais comunicativa, Kaká dominava o cenário das brincadeiras com segurança. Talvez em outras interações de brincadeiras, o tema *doença* tivesse aparecido. Mas naquele momento, as crianças encarnavam a fantasia de ser a própria Barbie (5), bela, elegante, rica, feliz e voltando para casa (13). Através dos jogos de imaginação, a criança projeta seus desejos irrealizáveis.

Liga-se aos seres que para ela têm maior prestígio, aos que têm importância para os seus sentimentos, aos que exercem um atrativo (...). Mas ao mesmo tempo, ela própria torna-se nessas personagens (Wallon, 1941: 76).

Embora pareça apenas prazeroso, o brincar é uma re-elaboração das frustrações causadas pelos desejos não satisfeitos da criança. Talvez em função disso, possamos compreender os motivos das diversas referências que a criança hospitalizada faz a sua casa e a sua escola (quando já estuda), seja através de desenhos ou *brincando de casinha*.

Podemos observar ainda que embora todos os objetos mencionados na brincadeira tivessem uma base material (as três bonecas, suas roupas, o boneco e o carro), a casa era o único significado utilizado sem referência no plano material, ganhando status autônomo em relação à realidade, mas significativo no imaginário infantil, porque mentalmente a "*criança vê o objeto por trás da palavra*" (Vygotsky, 2000a).

Kaká e as demais meninas representavam assim seu mundo, brincando de boneca. Desde então, comecei a perceber que Kaká fantasiava sua ida para casa quase todos os dias, através da brincadeira com as bonecas.

Vygotsky (2000a) estudou a enorme influência que o brinquedo exerce no desenvolvimento da criança. É através do brinquedo que a criança aprende a agir numa esfera cognitiva descolada da realidade imediata e passa a dominar os objetos independentemente daquilo que vê, contextualizando-os e re-significando-os.

Vygotsky desenvolveu também uma das mais originais e brilhantes teorias acerca da linguagem, como suporte e expressão do pensamento humano, utilizando-se da analogia com o instrumento, enquanto ferramenta concreta do pensamento humano. Segundo ele, o material básico do pensamento é a linguagem. Enquanto o instrumento é visto como um meio externo, o signo é concebido como um meio interno do desenvolvimento humano, cujo conhecimento que ajuda a construir pode influenciar no desenvolvimento emocional e, conseqüentemente, no quadro clínico da criança enferma.

### **Cena 2: O Patinho Feio (ou a emoção que altera o quadro clínico)**

Data: 19/04/02

Quando cheguei à sala de recreação do HUAP, encontrei-a com crianças de diferentes idades. Dentre elas, apenas duas crianças eram novas na enfermaria: Lory (menina de 6 anos, com pneumonia) e Vagner (menino, 12 anos, perfuração da córnea com lapiseira). Felix (menino de 8 anos, com diabetes<sup>4</sup>) demonstrava tristeza e desânimo. Então, perguntei:

(P) Pesquisadora (F) Felix (C) Cley (L) Lory (Ml) Mãe de Lory

1 (P) Você está triste hoje?

2 (F) Não.

3 (P) Então por que *que* você *tá* com este bico?

4 (F) Nada.

Lory então se coloca na conversa.

5 (L) Oh tia, ele *tá* assim porque ele não foi embora ontem.

6 (P) Ué, você não me disse que ia embora? O que aconteceu?

7 (F) Não sei.

8 (Ml) É porque ele ficou nervoso, porque queria ir embora, e aí a glicose dele aumentou. Por causa disso, o médico não deu alta *pra* ele. Conta *pra* ela, Felix...

Então, passando a mão em sua cabeça, eu lhe disse:

9 (P) Felix, você não pode ficar contando tanto em ir embora, a ponto de se você não for, ficar nervoso. Isso só te faz mal. Tá vendo? Porque se você não for embora, não vai ficar triste e irritado e sua glicose não vai aumentar.

10 (F) Mas, eu quero ir embora...

11 (P) Eu sei.

Neste momento, as demais crianças foram se chegando. Entre elas, estava Cley, internado pela terceira vez no HUAP. Então eu falei para Felix:

12 (P) Olha quem está aqui! Cley está conosco mais uma vez. Você sabia que é a terceira vez que ele fica internado?

13 (F) Não.

14 (C) Já conheço aqui como a minha casa.

15 (P) Viu Felix, Cley já ficou internado durante muito tempo, mas ele não está triste.

Cley sorriu.

Então, escolhi a história do *Patinho Feio* para contar, pois era assim que Felix, com diabetes, parecia estar se sentindo naquele momento. As crianças pareceram gostar e fizeram alguns comentários sobre a história.

16 (L) Muito legal.

17 (C) Eu já conhecia.

18 (F) Ele depois foi *pra casa*?

19 (P) Foi para casa forte e bonito.

Cley retornou à enfermaria pediátrica como líder e referência para as demais crianças. Esta imagem parece ser o oposto daquela vista no primeiro encontro com Cley, durante sua primeira internação no HUAP. Mas, a escolha desta cena desloca o foco para outro sujeito que interage com Cley: Felix.

Nesta cena, a relação dialética entre conhecimento (informação), emoção e saúde pode ser vista claramente. O fato de ter uma informação desejada que não se concretizou (a alta médica) leva Felix a se irritar, a sentir raiva. A raiva é um tipo de emoção que Wallon descreve como hipertônica pois

enrijece o tônus, deixando-o tenso. No caso de Felix, o nível de expectativa em sair do hospital e a irritabilidade latente (próprios de situações de espera e vigilância) alteraram a taxa de glicose em sua corrente sanguínea, fazendo-o permanecer hospitalizado por mais tempo.

Vemos, neste episódio, como o conhecimento a respeito de sua doença e as formas de evitar determinados comportamentos, que são prejudiciais ao seu quadro de enfermidade, pode contribuir para a melhora clínica da criança hospitalizada.

É fato de conhecimento geral que conseguir envolver alguém em estado de ansiedade em um trabalho de reflexão (uma análise intelectual das causas da própria emoção, por exemplo) resulta em reduzir a angústia (Dantas, 1992: 87).

A *escuta pedagógica* parece ser o caminho a ser trilhado (9 e 11), pois marca o diálogo não somente como a forma da criança expressar seus sentimentos, mas também organizar suas idéias a partir da linguagem. Além disso, o diálogo pressupõe um *outro* na relação que pode trazer informações ou esclarecimentos relevantes que auxiliem o indivíduo a compreender melhor a realidade que o cerca.

A escolha da clássica história da literatura infantil *O Patinho Feio* não foi ocasional e nem o seu enfoque foi o patinho feio, mas sim, o belo ganso no qual ele se transforma ao final da mesma. Através desta história, a professora trabalhou a auto-estima das crianças e, principalmente a de Felix, diminuída pelo sofrimento de estar hospitalizado.

Ao final da história, a curiosidade de Felix refletiu sua existência (18) ao qual a professora respondeu, tentando satisfazer sua realidade vivida e imediata (19).

Podemos concluir que, tanto em Wallon quanto em Vygotsky, a individuação se apresenta como um processo mediado pela socialização, seja afetiva ou lingüisticamente. A identidade de indivíduos socializados forma-se simultaneamente no meio do entendimento lingüístico com outros e no meio do entendimento intra-subjetivo-histórico-vital consigo mesmo. A individualidade se forma, assim, em condições de reconhecimento intersubjetivo e este só se efetiva através do afeto.

### **O pesquisador e o ato de pesquisar**

A escolha de Wallon e Vygotsky para fundamentar este estudo não é ocasional. As similaridades e completudes das obras desses dois autores ajudam-me a compreender o desafio de uma educação que resgate a saúde da criança hospitalizada, situada e datada. O aspecto materialista dialético da constituição do sujeito histórico talvez seja o ponto central que mais aproxima esses autores em seus estudos.

Nesta linha de entendimento, uma investigação que busque compreender o papel da educação na saúde da criança hospitalizada, tem como sua ação principal a observação participante, cujas informações coletadas receberiam um tratamento qualitativo à luz da compreensão do pesquisador, envolvendo ainda, a dimensão sócio-histórica na qual pesquisador e sujeitos da pesquisa encontram-se dialeticamente inseridos.

Numa abordagem científica do tipo que ocorre em ciências humanas, como é o caso da educação, em que o observador é da mesma natureza do observado, deve haver um cuidado redobrado por parte do pesquisador, a fim de delimitar claramente o que foi constatado e o que foi inferido em suas observações de campo.

A *abordagem metodológica* mais indicada para esta investigação é a do tipo *qualitativa*. A pesquisa qualitativa em educação enfatiza o processo, aquilo que está ocorrendo e não o produto ou os resultados finais. Uma outra característica interessante deste tipo de abordagem é que a pesquisa refaz-se constantemente no próprio processo de investigação. Para isso, utiliza-se de um planejamento flexível, em que os focos de investigação vão sendo revistos, as técnicas de coletas, modificadas, os instrumentos, reformulados e os fundamentos teóricos, repensados.

De acordo com Bogdan & Biklen (1994), o plano geral de um estudo pode ser representado por um funil. Os investigadores começam pela recolha de informações, revendo-as e explorando-as, e vão tomando decisões acerca do objetivo do trabalho.

Lüdke & André (1986), com base em Nisbet & Watt (1978) caracterizam o desenvolvimento do estudo qualitativo em três fases: a exploratória, a de delimitação do estudo e a da análise sistemática.

### 1. A fase exploratória:

É o momento de estabelecer contatos iniciais para a entrada em campo, de localizar os informantes e as fontes de dados necessárias para o estudo.

### 2. A fase de delimitação do estudo:

Corresponde à coleta sistemática de informações, em que o pesquisador utiliza-se de instrumentos mais ou menos variados. A importância de delimitar os focos de investigação decorre do fato de que nunca será possível explorar todos os ângulos do fenômeno estudado.

### 3. A fase da análise sistemática:

Já na fase exploratória do estudo surge a necessidade de juntar a informação, analisá-la e torná-la disponível aos informantes para que manifestem suas reações sobre a relevância e a acuidade do que é relatado.

De acordo com as características apresentadas pelo presente estudo, podemos classificá-lo como *estudo observacional*. Nesta categoria, a técnica de coleta de informações em destaque é a observação participante. Agora não é a organização como um todo o que interessa, senão uma parte dela, como no caso em tela, a dinâmica da sala de recreação da Enfermaria Pediátrica do HUAP.

A observação participante foi eleita, assim, como o principal procedimento metodológico de investigação desta pesquisa. Através dela, o pesquisador procura revelar a multiplicidade de dimensões presente numa determinada situação, focalizando-a como um todo, como por exemplo, as interações que ocorriam na sala de recreação do HUAP. Além da observação participante, a presente pesquisa utilizou técnicas como entrevistas semi-estruturadas; depoimentos; estudo de documentos; histórico da instituição e anotações no diário de bordo, além de um embasamento teórico relativamente grande do pesquisador que, segundo Costa (1994, p.17), demarca sua via de aporte à realidade e constitui-se no alicerce para a construção da subjetividade do pesquisador que, neste caso, era o próprio professor que atuava pedagogicamente junto às crianças hospitalizadas.

A pesquisa de campo se deu integralmente na Enfermaria Pediátrica do HUAP. A escolha foi intencional, pois é o único local dentro da estrutura hospitalar que reúne o maior número de crianças internadas durante o tempo médio de quinze dias, além de oferecer condições físicas apropriadas para o desenvolvimento do trabalho pedagógico em questão.

Optei por classificar os temas que emergiram das associações livres, das cenas e da entrevistas, agrupando e reagrupando posteriormente de forma sucessiva, até formar os grandes grupos temáticos, as denominadas categorias.

Em sete meses de imersão no campo (janeiro a julho de 2002), tive contato com 32 crianças (16 meninos e 16 meninas). As atividades aconteciam duas vezes na semana, com duração média de 3 horas diárias, pela manhã, totalizando 56 encontros e 168 horas de atividades pedagógicas com as crianças hospitalizadas.

A observação do grupo de crianças no campo da pesquisa se deu em dois momentos. Numa primeira fase, que chamarei, de acordo com Lüdke & André (1986), de *exploratória*, desenvolvi atividades pedagógicas com todas as crianças e adolescentes que podiam se locomover à sala de recreação, a fim entender suas reações durante a internação e a contribuição do trabalho pedagógico ao seu bem estar físico e psicológico.

A linguagem verbal e não-verbal (gestos, olhares, desenhos) foram o meio privilegiado de observar a produção de conhecimentos pelo sujeito, uma vez que constituem sinais exteriores que acompanham as atividades das crianças.

Numa segunda fase, que chamarei de *focal*, correspondendo à fase de *delimitação do estudo*, conforme propõem Lüdke & André (1986), embora continuasse trabalhando pedagogicamente com todas as crianças que se dirigiam à sala de recreação, centrei-me na observação dos sujeitos que estavam vivendo sua segunda internação e nos sujeitos que contavam com mais de trinta dias de hospitalização, a fim de observar suas reações ao processo vivenciado e ao trabalho pedagógico ali desenvolvido. Neste segundo momento foram realizadas atividades pedagógicas com os sujeitos, individual ou coletivamente, a fim de se criar um ambiente, onde os objetivos da pesquisa pudessem ser desenhados.



O primeiro momento da segunda fase de intervenção pedagógica se dava em grupos de crianças hospitalizadas, que chamei de *grupos de interação*, os quais não se enquadraram por classificações homogêneas, dada a própria realidade dinâmica da sala de recreação que apresentava um fluxo constante de entrada e saída de adultos e crianças pertencentes a diferentes faixas etárias.

As atividades pedagógicas em grupo aconteciam duas vezes por semana na sala da recreação. A faixa etária das crianças compreendia dos três aos quatorze anos. Embora, para a seleção dos sujeitos focais, utilizou-se o critério de escolha de crianças que se encontravam na faixa etária escolar, ou seja, dos sete aos quatorze anos.

Os critérios utilizados para a seleção dos sujeitos da investigação foram os seguintes:

1. Reincidentes, cuja primeira e demais internações na Enfermaria Pediátrica do HUAP tenham se dado no período de *Janeiro a Julho* de 2002.
2. Não reincidentes com tempo de internação prolongado. (acima de 30 dias)
3. Condições físicas e psíquicas para participarem das atividades na sala de recreação da Enfermaria Pediátrica do HUAP.

Do grupo de 32 (trinta e duas) crianças e adolescentes hospitalizados na *fase exploratória* deste estudo, 6 (seis) crianças (três meninos e três meninas) vivenciaram re-internações, sendo três delas reincidentes algumas vezes. Desses, 03 (três) crianças (dois meninos e uma menina) atendiam aos critérios acima apresentados.

Algumas categorias de análise foram priorizadas buscando descrever fenômenos sociais humanos numa situação atípica na vida de uma criança: a hospitalização.

Entendo *interação social* como as relações de troca que se dão entre o sujeito e seu meio social. Quando a criança começa a interagir com seus pares, além de atuar e modificar o universo social (*os outros*), a criança modifica seu próprio *eu* na tentativa de compreender a realidade que a cerca.

As interações observadas foram classificadas em três tipos:

- (a) A interação criança/criança
- (b) A interação criança/adulto (acompanhantes/profissionais)
- (c) A interação criança/meio (rotina)

Busquei compreender essas interações através das seguintes categorias:

*Linguagem (significado e sentido):* É através da linguagem que os sujeitos se constituem, incorporam conhecimentos sociais e afetivos e interagem com o mundo social que os cerca. Tanto para Wallon quanto para Vygotsky é a cultura e a linguagem que fornecem ao pensamento os instrumentos para sua evolução.

*Brinquedo e Jogo:* É no brinquedo e no faz-de-conta que a criança pode imitar uma variedade de ações que estão muito além de seus limites de compreensão e de suas próprias capacidades. É a partir dessas atividades lúdicas que surge uma interpretação mais complexa da realidade, quando então, a imitação começa dar origem à representação.

*Emoção (subjetividade e consciência):* Para Wallon, ao permitir o acesso à linguagem, a emoção está na origem da atividade intelectual e da constituição da subjetividade. Pelas interações sociais que propiciam, as emoções possibilitam o acesso ao universo simbólico da cultura, o que leva ao progresso da vida mental. Mas, ao mesmo tempo em que se desenvolve, a razão estabelece com a emoção uma relação de filiação e de oposição, fazendo com que uma reflexão sobre as causas de uma crise emocional possibilite sua redução.

*Conhecimento (aprendizado e desenvolvimento através de construções partilhadas):* Tanto para Wallon quanto para Vygotsky, a aprendizagem está pautada na interação do indivíduo com o meio no qual está inserido. Vygotsky aborda que o desenvolvimento dos conceitos espontâneos (oriundos da experiência) e dos conceitos não-espontâneos (científicos) se relacionam e se influenciam mutuamente. Poderíamos interpretar os conceitos espontâneos da criança, em situação hospitalar, como os conceitos oriundos do senso comum e os conceitos científicos, como aqueles de domínio do discurso médico.

A relação com a *escola* também é um fator importante para ser analisado neste trabalho, pois denota o grau de implicação da internação hospitalar com a evasão e repetência das crianças hospitalizadas, bem como, a referência à escola como um lugar saudável.

Por se tratar de crianças hospitalizadas, além do consentimento de seus pais, eu procurei também ter o cuidado de garantir a adesão das crianças à pesquisa, pois

(...) a ética é entendida em termos de sua permanente obrigação com as pessoas que tocaram suas vidas no curso de viver a vida de pesquisador qualitativo. (...) Desenvolve-se uma relação de intimidade que muitas vezes se desdobra em envolvimento emocional do pesquisador com o sujeito por presenciar e participar em aspectos íntimos e às vezes dolorosos da vida dos sujeitos (Monteiro, 1998: 19).

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

Enfim, construir uma opção metodológica que dê conta desta realidade tão delicada por si mesma dentro de um campo de conhecimento ainda pouco explorado, que é desvelar o papel da educação junto a crianças hospitalizadas, não foi nada fácil. Houve necessidade de construir atalhos metodológicos que nos dessem conta deste real tão multifacetado e atravessado por diferentes áreas de estudo: psicologia, saúde, educação, sociologia, linguagem, etc. Além da questão epistemológica que exigiu um esforço grande da pesquisadora, mas que a propiciou um crescimento teórico que de outro modo não aconteceria, as dificuldades de pesquisar um espaço, onde a figura do professor das séries iniciais atuando junto aos pacientes, ainda é algo raro, gerou pequenos entraves de acesso em relação ao reconhecimento da pesquisa e de seus resultados junto ao corpo médico do hospital que, em sua maioria, via nas atividades pedagógicas ali desenvolvidas simples atividades de recreação, marcadas por seu caráter não-intencional e pela ausência de um processo investigativo de reflexão.

## **A descoberta do papel da educação na vida da criança hospitalizada**

A análise apresentada é resultado de uma triangulação de informações oriundas das observações registradas em diário de bordo, dos diálogos gravados em fitas cassetes e das produções gráficas dos sujeitos em estudo. O objetivo do uso desses recursos metodológicos era acompanhar as pequenas mudanças no comportamento da criança hospitalizada, desde a entrada até a alta médica, passando pelas re-internações, quando houvesse.

A identidade de ser criança é, muitas vezes, diluída numa situação de internação, em que a criança se vê numa realidade diferente da de sua vida cotidiana. O papel de ser criança é sufocado pelas rotinas e práticas hospitalares que tratam a criança como paciente, como aquele que inspira e necessita de cuidados médicos, que precisa ficar imobilizado e que parece alheio aos acontecimentos ao seu redor.

Como a educação pode contribuir para a saúde da criança hospitalizada? Esta foi a questão central que norteou o desenvolvimento do presente estudo. A conclusão a que chego é que a escuta pedagógica atenta e sensível às demandas afetivas, cognitivas, físicas e sociais da criança pode possibilitar a consolidação de sua subjetividade e, através desta, o resgate de sua saúde. O conhecimento de seu estado de saúde e do ambiente hospitalar em que se encontra pode alimentar o aspecto positivo da emoção da criança hospitalizada e contribuir para o seu bem-estar físico e psicológico.

Através das atividades desenvolvidas junto às crianças hospitalizadas e seus acompanhantes pude observar as diversas interfaces que a atuação do professor pode assumir numa enfermaria pediátrica. Como ouvinte, o professor trabalha com a *emoção* e a *linguagem*, buscando resgatar, através da *escuta pedagógica e dialógica*, a auto-estima da criança hospitalizada, muitas vezes, suprimida pela enfermidade e pelo sentimento de impotência, que pode estar sendo alimentado pela família e pela equipe de saúde. As crianças têm necessidade de falar sobre suas doenças e precisam de alguém que as escute.

**Cena 3: *Uma lição de vida* (ou como as crianças sabem a respeito de suas doenças)**

Data: 19/01/02

Como Cley, que é um dos pacientes da enfermaria pediátrica de escolares, ainda não podia sair do leito, pois estava recém-operado, emprestei alguns livros de literatura a ele e joguei algumas partidas de dominó em seu leito. De repente, Cley me perguntou:

(P) Pesquisadora (C) Cley

- 1 (C) Oh tia<sup>5</sup>, a senhora sabe por que eu tô aqui?
  - 2 (P) Sei, porque você teve febre por causa da cirurgia que você fez na perna.
  - 3 (C) Não. A senhora sabe por que eu fiz a cirurgia?
  - 4 (P) Acho que sei. Mas você sabe?
  - 5 (C) Sei sim.
  - 6 (P) Por que?
  - 7 (C) Porque uma bactéria entrou pelo meu pé e se alojou na minha virilha e a médica do hospital da minha cidade disse que não tinha jeito nem operando.
  - 8 (P) É mesmo?
  - 9 (C) É. Eu quase morri. Eu pensei que fosse morrer. Se meus pais não tivessem me trazido pra cá eu ia morrer...
  - 10 (P) Quem te contou esta história?
  - 11 (C) Meu pai e minha mãe. Eu sei de tudo. Quer ver a cirurgia?
  - 12 (P) Não precisa. Eu sei que é verdade e você é muito inteligente e muito corajoso.
  - 13 (C) Não, eu quero te mostrar...
- Foi quando Cley inesperadamente levantou o lençol e me mostrou a cirurgia na virilha e o fêmur atrofiado por não estar exercitando a musculatura. Tentei parecer natural e disse:
- 14 (P) Agora que você já fez a cirurgia e está fora de perigo, você precisa perguntar ao médico quando deve começar a fazer

exercícios para voltar a andar. Ou você gostou de ficar deitado, de boa vida, o dia inteiro?

Cley sorriu e disse:

15 (C) Até que assim eu não me canso...

16 (P) Ah! Bem que seu pai falou que você era preguiçoso... E eu te defendendo... não é? Espertinho...

Cley dominava com segurança os conceitos de sua doença (5) e explicava com desenvoltura os procedimentos médicos que lhe haviam sido aplicados durante a internação (7). O menino apresentava bom humor, apesar da locomoção sempre difícil com a ajuda de seu pai e das enfermeiras em virtude da musculatura da perna ter ficado atrofiada.

O que percebemos neste episódio é que as crianças têm necessidade de falar sobre sua doença, seus medos, suas angústias, sua dor. Muitas vezes, essa necessidade não pode ser atendida pela falta de pessoas que, na agitação de um hospital, não dispõem de tempo para ouvir os anseios do *outro*. É neste aspecto que a importância da *escuta pedagógica* se faz presente numa enfermaria pediátrica. Ouvir o que o *outro* tem a dizer contribui não somente para expressar suas emoções e suas idéias, como também o auxilia a refletir sobre seu pensamento e suas emoções.

O signo opera no campo da consciência, no qual ser autor e espectador constituem atributos de uma mesma pessoa. É por isso que a palavra dirigida ao outro produz efeito também naquele que a pronuncia (Pino, 2000: 59).

O papel da *escuta pedagógica* aparece aqui como a oportunidade da criança se expressar verbalmente, como também a possibilidade da troca de informações, dentro de um diálogo pedagógico contínuo e afetuoso (4, 6, 8 e 12). A relação pedagógica é sempre dialógica e a escuta pedagógica se fez presente quando Cley quis compartilhar com a professora, as marcas de sua dor (1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13).

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

Ao relatar fatos de sua doença e dos procedimentos cirúrgicos a que tinha sido submetido, Cley não somente expressava seus pensamentos, como também os organizava para o outro e para si mesmo. Através da fala, o sujeito tem oportunidade de se comunicar, de interagir socialmente. No entanto, "*o mundo da experiência precisa ser extremamente simplificado e generalizado antes que possa ser traduzido em símbolos*" (Vygotsky, 2000a: 7). A função generalizante da linguagem precede, sua função mais importante, a de interação social. O papel da linguagem é, assim, o de mediação entre duas mentes que se comunicam. O episódio narrado reafirma as idéias do psicólogo russo Vygotsky (2000a), segundo o qual, a linguagem não somente organiza, como também expressa e constitui o pensamento.

O novo e significativo uso da palavra, a sua utilização com um meio para a formação de conceitos, é a causa psicológica imediata da transformação radical por que passa o processo intelectual no limiar da adolescência (Vygotsky, 2000a: 73).

A linguagem propiciou a Cley a aquisição de conceitos científicos relacionados a sua doença, o que o permitiu a construção de novos conhecimentos que o auxiliaram na análise da realidade vivida e imediata.

A tentativa da professora de parecer natural quando Cley inesperadamente mostrou sua cirurgia ainda recente (11 e 13) também encontrará na linguagem sua forma de expressão (12 e 14), pois "*(...) cada idéia contém uma atitude afetiva transmutada com relação ao fragmento de realidade ao qual se refere*" (Vygotsky, 2000a: 9).

Através de atitudes como essa, as crianças parecem estar testando o outro para ver sua reação. O médico e psicólogo francês Wallon (1971) nos chama a atenção para o aspecto contagioso da emoção que deve ser considerado neste momento. A importância de uma *escuta pedagógica* atenciosa que transmita segurança e confiança torna-se a principal atitude do professor que atua em hospital. Essa postura tende a confortar a criança hospitalizada que espera do *outro*, ainda que não intencionalmente, uma resposta verdadeira que seja capaz de tranquilizar suas angústias. As crianças lêem a fisionomia do *outro* e esperam dele uma atitude ou uma palavra em relação ao seu sofrimento.

A professora deve estar atenta a tudo, aos mais inocentes movimentos dos alunos, à inquietação de seus corpos, ao olhar surpreso, à reação mais agressiva ou mais tímida deste aluno ou aluna (Freire, 2000: 67).

Mesmo diante das mais inesperadas situações, o bom humor é uma forma de manter aberto o canal de comunicação. Ao relaxar a contração muscular, o riso (14 a 16) alimenta emoções propiciadoras de bem estar físico e emocional.

Wallon (1971) nos diz que conhecer os seus sentimentos oferece ao sujeito a possibilidade de refletir sobre eles, buscando compreendê-los, o que pode influenciar na melhora de seu estado emocional. Talvez este fosse o motivo do bom humor de Cley. Conhecendo as causas de sua doença e sabendo estar fora de perigo, Cley apresentava um comportamento bastante diferente do da primeira vez em que eu o vi.

O silêncio é algo tão comum na enfermaria pediátrica, quanto o choro e o grito de bebês, crianças e adolescentes hospitalizados. Os estados afetivos encontram no tônus e na plástica gestual seu canal mais transparente de expressão. A essa linguagem silenciosa do corpo, Wallon (1975) chamou de *motricidade expressiva*. No trabalho pedagógico em hospital, o professor deve considerar esse tipo de linguagem, devido à sua espontaneidade, como um de seus canais mais importantes de comunicação.

O papel da educação no hospital e com ela, o do professor é então, o de propiciar à criança o conhecimento e a compreensão daquele espaço, re-significando não somente ele, como a própria criança, sua doença e suas relações nessa nova situação de vida. *A escuta pedagógica* surge, assim, como uma metodologia educativa própria do que chamamos de Pedagogia Hospitalar. Seu objetivo é acolher a ansiedade e as dúvidas da criança hospitalizada, criar situações coletivas de reflexão sobre elas, construindo novos conhecimentos que contribuam para uma nova compreensão de sua existência, possibilitando a melhora de seu quadro clínico. A escuta pedagógica parece ser o caminho a ser trilhado, pois marca o diálogo não somente como a forma da criança expressar seus sentimentos, mas também organizar suas idéias a partir da linguagem. Além disso, o diálogo pressupõe um outro na relação que pode trazer informações ou esclarecimentos relevantes que auxiliem o indivíduo a compreender melhor a realidade que o cerca.



Como agenciador de conhecimentos, o professor trabalha com informações, construindo *conhecimentos* sobre a doença e sua profilaxia, atuando junto às crianças e seus responsáveis e colaborando para a transformação dos conceitos espontâneos em científicos. A aquisição de conceitos modifica o processo de percepção da realidade. A formação dos primeiros conceitos relacionados a sua doença, junto à criança hospitalizada, se dá inicialmente a partir do discurso médico dirigido ao seu acompanhante ou a outro membro da equipe de saúde, raramente dirigido à própria criança, mas apesar disso, ela se apropria, pois a informação lhe diz respeito.

O período de hospitalização também pode ser um tempo de aprendizagens que impulsionam o desenvolvimento (Vygotsky, 2000). Com professores no hospital, as crianças hospitalizadas por um longo tempo, ou as que desejarem, podem ter ainda a oportunidade de trabalhar seus conhecimentos escolares quase que individualmente, como acontece nas classes hospitalares, uma vez que o grupo de crianças é menor do que aquele encontrado nas salas de aula das escolas regulares. Mas não só os conhecimentos escolares devem ser privilegiados. Há no hospital um saber procedimental, que somente a criança que possui uma seringa com medicação intravenosa injetada na superfície de sua mão, conhece. Esse conhecimento permite a criança ou adolescente a realização de atividades manuais e gráficas, próprias de um acompanhamento pedagógico, sem deixar que a agulha saia da veia, ou um movimento mais brusco rompa a veia, causando dores e hematomas.

Como referência à *escola*, o professor pode se tornar a ponte, através da realização de *atividades pedagógicas* e *recreativas*, com um mundo saudável (a escola) que é levado, pelas próprias crianças, para o interior do hospital como continuidade dos laços de aprendizagem e de vida. O tema escola aparece, para aqueles que estão hospitalizados, como uma referência à vida *normal* e *saudável* e à identidade daqueles que são *normais* e *saudáveis* e, portanto, estão fora do hospital. Essa idéia de escola que as crianças levam para o universo hospitalar pode ser lida como a representação de um lugar de constituição e referência da identidade de infância, como podemos observar na cena seguinte.

**Cena 4: A interrupção (ou os modos de olhar o fazer pedagógico num hospital)**

Data: 02/04/02

Desenvolvia atividades com as crianças presentes na sala de recreação quando Cley, com quem deixei uma atividade do livro de Língua Portuguesa, veio ao meu encontro e disse:

(P) Pesquisadora (C) Cley (E) Enfermeira

- 1 (C) Oi tia, eu estou com o livro aqui, mas não tive tempo para fazer o dever.
- 2 (P) Mas, em que festa você foi neste final de semana e nem me convidou, para não ter tempo de fazer o "dever"?
- 3 (C) Uma festa por aí...
- 4 (P) Ah! Então está tendo festinha no hospital e você nem me chamou?

Cley, sua mãe e todos que presenciaram a cena começaram a rir.

- 5 (P) Você quer que eu te ajude a fazer?
- 6 (C) Quero sim.

Então me sentei ao seu lado e comecei a dividir minha atenção com ele e o grupo de crianças que desenvolvia outra atividade na sala de recreação, quando fomos interrompidos pelo serviço de enfermagem.

- 7 (E) Cley, hora da medicação.
- 8 (C) Eu não quero ir agora.
- 9 (E) Mas você precisa tomar a medicação.
- 10 (C) Tá bom...

Mais tarde, ao retornar para a sala de recreação e ainda demonstrando interesse, Cley interpretou um texto do livro de Português em menos de meia hora, sempre me perguntando sobre suas dúvidas.

- 11 (C) Aqui tia. Já acabei, mas dá uma olhada antes.
- 12 (P) Posso ficar com seu trabalho?
- 13 (C) Pode.
- 14 (P) Você quer continuar com o livro para ler depois?

15 (C) Não. Depois se eu quiser eu te peço.

16 (P) Tudo bem.

Depois de várias tentativas adiadas, Cley tomou a iniciativa de procurar novamente pela professora para fazer a atividade escolar que havia solicitado no encontro anterior (1). Quando finalmente se ajeitou e colocou um suporte para apoiar o livro e a folha sobre os braços da cadeira de rodas que usava, Cley foi interrompido em sua atividade pela enfermeira de plantão (7). Cley, a princípio, relutou um pouco (8), mas sabia da necessidade de tomar a medicação e acabou acompanhando a enfermeira (10).

Tal interrupção não desanimou Cley que logo ao retornar à sala de recreação continuou a desenvolver sua atividade (11). No entanto, não era a atividade escolar em si que interessava a Cley. Isso ficou demonstrado quando a professora lhe perguntou se gostaria de continuar com o livro (14) e Cley disse que não (15). Na realidade, realizar uma atividade num livro didático foi um meio encontrado por Cley para resgatar o vínculo com uma vida normal, fora e anterior ao hospital, cuja escola é a referência mais forte. Além disso, Cley talvez quisesse mostrar para os outros e para si mesmo que ainda era capaz de estudar e de aprender, apesar da doença.

Todavia, assim como Cley, observa-se que as crianças apresentam certa resistência a se expressarem através da língua escrita. Vygotsky (2000a) chama atenção para a dificuldade da linguagem escrita que pode estar relacionada ao seu desenvolvimento, uma vez que esta não repete a história do desenvolvimento da fala.

Até mesmo o seu mínimo desenvolvimento exige um alto nível de abstração. É a fala em pensamento e imagens apenas, carecendo das qualidades musicais, expressivas e de entonação da fala oral (Vygotsky, 2000a: 123).

Devemos ressaltar ainda que a escrita é uma fala sem interlocutor, dirigida a uma pessoa imaginária ou ausente. Talvez isso possa nos ajudar a compreender o fascínio que o desenho exerce nas atividades desenvolvidas na sala de recreação. Se a escrita possui regras, o desenho não. O desenho é livre e colorido, expressa os sentimentos sem fixar-se obrigatoriamente a modelos pré-estabelecidos, como ocorre com as regras ortográficas e gramaticais na língua escrita.

Neste episódio, observamos ainda a marca do *querer* (6, 8 e 15) quando Cley é capaz de aceitar ou rejeitar as solicitações ou imposições vindas do meio. Neste movimento de aceitação e recusa daquilo que vem do *outro*, Cley ia afirmando seus desejos e constituindo sua subjetividade.

Wallon (1975) diz que "*no seu esforço para se individualizar, o eu não pode agir de outra maneira senão opondo-se à sociedade*" (p. 159). Lutar contra este invasor que é o outro, leva o indivíduo a consolidar seu sentimento de pertencimento a uma unidade que é a sua identidade.

Quando as crianças são convidadas a se afastarem da sala de recreação para fazer exames, elas deixam de ser crianças e voltam a ser pacientes. Na fala das crianças, a sala de recreação apareceu como espaço seguro, como uma referência ao prazer, a um lugar protegido, onde se pode brincar.

Concluimos que o papel do professor no contexto de uma enfermaria pediátrica ainda é visto com certo receio pelos demais profissionais que atuam no hospital. Há ainda algumas barreiras a serem vencidas principalmente em relação ao espaço que este profissional pode ocupar na vida da criança hospitalizada, facilitando, inclusive seu processo de internação e sua compreensão em relação à rotina hospitalar. Além disso, a atuação do professor tem sido confundida com as ações do psicólogo, do assistente social ou mesmo do recreador, tendo seus horários pensados sempre de forma secundária aos demais serviços oferecidos pelo hospital, quando, às vezes, a criança tem de interromper uma atividade pedagógica para tomar uma medicação que pode ser ministrada durante a atividade. A realização desta pesquisa deseja contribuir para a abertura de novos espaços de reflexão sobre o papel e a identidade deste profissional da educação em âmbito hospitalar que, embora, em ambiente diferente do da escola, ele continua exercendo seu ofício de professor.

É preciso ver a criança como um todo indissociável, percebendo inteligência, emoção e movimento como processos imbricados entre si e, assim sendo, o desenvolvimento de um leva, conseqüentemente, ao desenvolvimento dos outros. Isso faz com que "*em cada idade ela [a criança] constitua um conjunto indissociável e original*" (Wallon, 1941: 224). A criança hospitalizada não deixa de ser criança por se tornar paciente. Ela se caracteriza por intensa atividade emocional, movimento e curiosidade. A

educação no hospital precisa garantir a esta criança o direito a uma infância saudável, ainda que associada à doença.

No decorrer do acompanhamento pedagógico constatou-se, através de gestos, palavras e comportamentos, sensíveis modificações na forma como as crianças reagem à hospitalização e à doença. Acredito, assim, que os resultados que esta pesquisa apontam, levam-me a compreender que o papel da educação junto a criança hospitalizada é o de resgatar sua subjetividade, acreditando em suas possibilidades, através da linguagem, do afeto e das interações sociais que o professor pode propiciar. Portanto, é possível pensar o hospital como um espaço de educação para as crianças internadas. Mais do que isso, é possível pensá-lo como um lugar de encontros e transformações, tornando-o um ambiente propício ao desenvolvimento integral da criança.

## Notas

- 1 *Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica* promovido pelo Conselho Nacional de Pesquisa, sob a orientação das professoras Cristina Maria Carvalho Delou e Liliana Hochman Weller.
- 2 A palavra *brinquedo* é tomada aqui com o mesmo sentido da atividade de *brincar*, não estando, portanto, materializada no objeto, que também denominamos de brinquedo, e com o qual se entretêm as crianças. Assim, as palavras *brinquedo* e *brincar* devem ser lidas como sinônimos da atividade infantil de se colocar em prática a imaginação da criança, quase sempre manifesta em seus jogos de faz-de-conta e nos quais a presença física do objeto que costumamos denominar de brinquedo é dispensável.
- 3 Todos os nomes utilizados são fictícios, a fim de se manter o anonimato dos reais sujeitos envolvidos na pesquisa.
- 4 Doença causada por uma desordem pancreática caracterizada pela concentração persistente e crescente de glicose no sangue (hiperglicemia), que ocorre como efeito de uma deficiência de insulina no organismo. O diabetes melito Tipo I geralmente aparece antes dos 30 anos. As causas possíveis de seu aparecimento são hereditariedade, infecção virótica, dieta inadequada e desordens no sistema imunológico. Os sintomas do diabetes melito são uma sede excessiva (polidipsia), exagerada produção urinária (poliúria), desidratação, cansaço e perda de peso. O tratamento da doença procura restabelecer as concentrações normais de glicose no sangue, com a administração de drogas ou insulina, o que pode reduzir a susceptibilidade às complicações associadas à doença, tais como retinopatia e impedimento renal (Cf. Nova Enciclopédia Ilustrada Folha, 1996: 265).

- 5 Referir-se à pesquisadora/professora como *tia* deve ser lido, no contexto hospitalar em que aparece, como uma referência à escola, espaço sadio, familiar e local de construção da identidade da infância. Por isso, o uso deste termo não foi contestado pela professora e aparecerá em quase todos os episódios aqui narrados.

## Referências

- ARIÈS, Philippe (1981). *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Zahar.
- BARBIER, René (2002). *A Pesquisa-Ação*. Brasília: Plano Editora (Série Pesquisa em Educação, v. 3).
- BOGDAN, Roberto C. & BIKLEN, Sari Knopp (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Portugal: Porto Editora.
- BRASIL (1994). Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial. *Política Nacional de Educação Especial*. Brasília, DF. (Mensagem especial; v. 1)
- BRASIL. Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Poder Executivo, Brasília, DF v. 134, n.º 248, p. 27833-27841, 23 dez. 1996. Seção 1. Lei Darcy Ribeiro.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. *Legislação e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: CNS, de 10 de out. de 1996, public. em abril de 1997.
- BRASIL. Resolução CNE/CEB n.º 2, de 11 de setembro de 2001. Estabelece as Diretrizes Nacionais de Educação Especial (1982). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília – DF, 2001.
- CANGUILHEM, Georges (1982). *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- CECCIM, Ricardo Burg (1997). Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In R. B. Ceccim & P. R. A. Carvalho (Org.), *Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS. pp. 27-41.
- CECCIM, Ricardo B. & FONSECA, Eneida S. (1999). Classe hospitalar: buscando padrões referenciais de atendimento pedagógico-educacional a criança e ao adolescente hospitalizados. MEC/SEESP. *Revista Integração*. ano 9, n. 21, pp. 31-39.
- COSTA, Jurandir Freire (1988). *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal.
- COSTA, Marisa C. Vorraber (1994). Pesquisa em educação: concepções de ciência, paradigmas teóricos e produção de conhecimentos. *Caderno de Pesquisa*, São Paulo, nº 90, pp. 15-20.
- DANTAS, Heloysa (1992). Do ato motor ao ato mental: a gênese da inteligência segundo Wallon. In H. Dantas; Y. de La Taille & M. K. de Oliveira. *Piaget, Vygotsky e Wallon: Teorias Psicogenéticas em Discussão*. São Paulo: Summus, pp. 35-44.

- DANTAS, Heloysa (1992). A afetividade e a construção do sujeito na psicogenética de Wallon. In H. Dantas; Y. de La Taille & M. K. de Oliveira. *Piaget, Vygotsky e Wallon: Teorias Psicogenéticas em Discussão*. São Paulo: Summus, pp. 85-98.
- DECLARAÇÃO DE SALAMANCA E LINHA DE AÇÃO SOBRE NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS, 1994. Brasília: CORDE.
- FAZENDA, Ivani (1989). *Metodologia da Pesquisa Educacional*. São Paulo: Cortez.
- FONSECA, Eneida Simões da (2001). *Atendimento Escolar Hospitalar: o Trabalho Pedagógico-educacional no Ambiente Hospitalar*. A criança doente também estuda e aprende. Rio de Janeiro: Uerj.
- FONSECA, Eneida Simões (2002). *Aspectos da ecologia da classe hospitalar no Brasil*. Disponível em: <[http://www.educacaoonline.pro.br/aspectos\\_da\\_ecologia.asp?f\\_id\\_artigo=178/](http://www.educacaoonline.pro.br/aspectos_da_ecologia.asp?f_id_artigo=178/)>. Acesso em: 19 fev.
- FONTES, Rejane de S. (1998). *Classe hospitalar: a validade de uma alternativa educacional a curto prazo*. 1998. 125f. Monografia (Graduação em Pedagogia) – Faculdade de Educação, Universidade Federal Fluminense, Niterói.
- FONTES, Rejane de S. (2002). Educação Especial: um capítulo à parte na história do direito à Educação no Brasil. *Ensaio — Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 37, pp. 503-526.
- FREIRE, Paulo (1981/1987). *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- FREIRE, Paulo (1998). *Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Docente*. RJ: Paz e Terra.
- FREIRE, Paulo (2000). *Professora Sim; Tia Não: Cartas a quem Ousa Ensinar*. São Paulo: Olho d'Água.
- FRIGOTTO, Gaudêncio (1989). O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In J. Fazenda, *Metodologia da Pesquisa Educacional*. São Paulo: Cortez, pp. 69-90.
- GALVÃO, Izabel (1995). *Henri Wallon: uma Concepção Dialética do Desenvolvimento Infantil*. Petrópolis/RJ: Vozes.
- LA TAILLE, Yves de; Oliveira, Marta Kohl de & Dantas, Heloysa (1992). *Piaget, Vygotsky e Wallon: Teorias Psicogenéticas em Discussão*. São Paulo: Summus.
- LIBÂNEO, José Carlos (2000). *Pedagogia e Pedagogos, Para Quê?* São Paulo: Cortez.
- LÜDKE, Menga & ANDRÉ, Marli E.D.A. (1986). *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas*. São Paulo: E.P.U.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (1993). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 2. ed., São Paulo - Rio de Janeiro: BR. Hucitec-Abrasco.
- MONTEIRO, Roberto Alves (1998). Pesquisa em Educação: alguns desafios da abordagem qualitativa. In R. A. Monteiro, *Fazendo e Aprendendo Pesquisa Qualitativa em Educação*. Juiz de Fora: FEME/UFJF, pp. 7-22.
- NOVA ENCICLOPÉDIA ILUSTRADA FOLHA. São Paulo: Folha da Manhã, 1996. (Folha de S. Paulo).
- PAULA, Ercília Maria Angeli Teixeira de (2002). Crianças e professores em hospitais: aprendizes especiais na diversidade dos contextos hospitalares. [CD-ROM] In *Igualdade e diversidade na educação – Programas e resumos: painéis e*

- pôsteres – *Anais eletrônicos do XI Endipe – Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino*. Goiânia, 26 a 29 de maio.
- PINO, Angel (2000). O social e o cultural na obra de Lev. S. Vigotski. *Educação & Sociedade*. 2. ed. Campinas: Unicamp, v. 21, n. 71, pp. 45-78, out.
- REGO, Teresa Cristina (1995). *Vygotsky: uma Pesquisa Histórico-cultural da Educação*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- TAAM, Regina (1997). Educação em enfermarias pediátricas. *Ciência Hoje*, RJ, v. 23, n. 133, pp. 74-5.
- TAAM, Regina (2000). *Assistência pedagógica à criança hospitalizada*. Tese (Doutorado em Educação) — Faculdade de Educação, Universidade Federal Fluminense, Niterói.
- UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. *Hospital Universitário Antônio Pedro*. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/sesu/huanton.shtm>>. Acesso em: 09 dez. 2001.
- VYGOTSKY, Lev S. (2000). *A Formação Social da Mente: o Desenvolvimento dos Processos Psicológicos Superiores*. São Paulo: Martins Fontes.
- VYGOTSKY, Lev S. (2000a). *Pensamento e Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.
- VYGOTSKY, Lev S. (2000b). Manuscrito de 1929: psicologia concreta do homem. *Educação & Sociedade*. 2. ed. Campinas: Unicamp, v. 21, n. 71, pp. 21-44, out.
- WALLON, Henri (1934/1971). *As Origens do Caráter na Criança: os Prelúdios do Sentimento de Personalidade*. São Paulo: Difusão Européia do Livro.
- WALLON, Henri (1941/[s.d.]). *A Evolução Psicológica da Criança*. Rio de Janeiro: Andes.
- WALLON, Henri (1949/1975). *Psicologia e Educação da Infância*. Lisboa: Estampa.



**POSSIBILITIES OF PEDAGOGIC ACTIVITY AS SOCIAL AND AFFECTIV  
TREATMENT OF THE HOSPITALIZED CHILD**

Abstract

Thinking about the teaching acting in hospitals has been a delicate question in the recent, although controversial, discussion about the teacher's practice in pediatrics infirmaries. The aim of this study is to understand the role of education in the health of the child who must remain in hospital, analyzing the teaching action in the public hospital (Antônio Pedro University Hospital/Niterói, RJ). As methodological approach we made use of participant observation of situations that involved interactions between children, child and adult and the interaction between child and the environment. The analysis categories were: the language, the plaything, the emotion and the knowledge, supported by the theoretical references proposed by Wallon and Vygotsky. How can education contribute to the health of the child in hospital? We found out that the education makes possible the child signifies its life and the hospital space where's in, through an attentive and sensitive pedagogical listening which collaborates to the ransom of the subjectiveness and self-esteem of the childish, and thus, contributes to the welfare and the health of the child in hospital.

Keywords

Education; Health; Know; Subjectiveness

## **LES POSSIBILITÉS DE L'ACTIVITÉ PÉDAGOGIQUE COMME TRAITEMENT SOCIAL ET AFFECTIF DE L'ENFANT HOSPITALISÉ**

### Résumé

Refléter sur la performance d'enseignants dans des hôpitaux a été une question suffisamment délicate dans le récent, mais controversée, discussion de la pratique pédagogique dans des infirmeries pédiatriques. Ce travail cherche comprendre le rôle de l'éducation pour la santé de l'enfant hospitalisé dans infirmerie pédiatrique, en analysant l'action de l'enseignant dans un hôpital public (Hôpital Universitaire Antônio Pedro/Niterói, RIO DE JANEIRO). La méthodologie de recherche a été le commentaire participant de situations d'interaction enfant avec enfant, enfant avec adulte et d'interaction de l'enfant avec le moyen. Les catégories d'analyse ont été: la langue, le jouet, l'émotion et la connaissance, soutenues nous référentiels théoriques proposés par Wallon et Vygotsky. Comment l'éducation peut contribuer à la santé de l'enfant hospitalisé? La conclusion auquel j'arrive est que l'éducation rend possible l'enfant signifier sa vie et l'espace hospitalier où se trouve, à travers un auditeur pédagogique attentif et sensible qui collabore pour le sauvetage de la subjectivité et de le propre estime infantiles, en contribuant ainsi, pour le bien-être et la santé de l'enfant hospitalisé.

### Mots-clé

Éducation; Santé; Connaissance; Subjectivité

*Recebido em Maio/2004*

*Aceite para publicação em Junho/2006*