



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE EDUCAÇÃO- FAGED**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**ALDALICE BRAITT LIMA ALVES**

**IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UM CONJUNTO DE  
AÇÕES EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS JUNTO A  
PACIENTES PEDIÁTRICOS INTERNADOS: A EXPERIÊNCIA  
DO HOSPITAL MANOEL NOVAES-BAHIA**

**Salvador**

2009

**ALDALICE BRAITT LIMA ALVES**

**IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UM CONJUNTO DE  
AÇÕES EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS JUNTO A  
PACIENTES PEDIÁTRICOS INTERNADOS: A EXPERIÊNCIA  
DO HOSPITAL MANOEL NOVAES-BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Pesquisa e Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia – UFBA, como requisito para obtenção do grau de Doutora em Educação.

Orientadora: Prof<sup>o</sup>. Dra. Alessandra Santana Soares e Barros.

**Salvador-BA**  
2009

A474

Alves, Aldalice Braitt Lima.

Implantação e avaliação de um conjunto de ações educativas desenvolvidas junto a pacientes pediátricos internados: a experiência do Hospital Manoel Novaes - Bahia / Aldalice Braitt Lima Alves. – Salvador: UFBA, 2009.

214f. : il. ; anexos.

Orientadora: Alessandra Santana Soares e Barros.  
Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós - graduação em Educação.  
Inclui bibliografia.

1. Pacientes hospitalizados - Educação. 2. Crianças - Assistência hospitalar - Bahia. 3. Adolescentes – Assistência hospitalar. 4. Humanização dos serviços de saúde. I. Título.

CDD 371.82

**ALDALICE BRAITT LIMA ALVES**

**IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UM CONJUNTO DE AÇÕES  
EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS JUNTO A PACIENTES  
PEDIÁTRICOS INTERNADOS: A EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL  
MANOEL NOVAES-BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Pesquisa e Pós-graduação em Educação,  
Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, como requisito para  
obtenção do grau de Doutora em Educação.

Aprovada em 18 de dezembro de 2010

**Banca Examinadora**

Alessandra Santana Soares e Barros – Orientadora \_\_\_\_\_  
Doutora em Ciências Sociais – Antropologia, pela Universidade Federal da Bahia

Alda Muniz Pêpe \_\_\_\_\_  
Doutora, Sciences Sociales, França.

Climene Laura de Camargo \_\_\_\_\_  
Doutora em Saúde Pública, pela Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Maridalva de Souza Penteado \_\_\_\_\_  
Doutora em Saúde Pública, pela Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Miguel Angel Garcia Bordas \_\_\_\_\_  
Doutor, Complutense de Madrid, Espanha – Psicolinguística, Semiótica e Leitura.

*A MEU PAI, ALDO (in memoriam), POR TUDO O QUE ME ENSINOU; PELO SEU APOIO CONSTANTE EM RELAÇÃO À CONSTRUÇÃO DOS MEUS CONHECIMENTOS, E ACIMA DE TUDO PELA MINHA EXISTÊNCIA.*

*A MINHA MÃE RAIMUNDA E MINHA AVÓ, ALICE, PELA PROTEÇÃO, CARINH, E COMPARTILHAR CONSTANTES.*

*AO MEU MARIDO RUBIVAL, PELA PRESENÇA MARCANTE NA MINHA VIDA, DEDICANDO-ME SEMPRE ESTÍMULO, CARINHO, COMPREENSÃO E AMOR.*

*A MINHA IRMÃ ADRIANA, PELA AMIZADE E FORÇA.*

*A RITA E MANOEL, TIOS AMIGOS E COMPANHEIROS, QUE SEMPRE ESTIVERAM PRESENTES, DANDO-ME APOIO E CONFIANÇA.*

*A GERALDO ALVES MARTINS, MARIA DE SOUZA MARTINS E CLAUDETE MEIRE, TODA CONFIANÇA E ADMIRAÇÃO*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que sempre está presente em minha vida, dando-me a cada dia força e esperança renovada.

A professora Alda Muniz Pêpe, o meu especial agradecimento, pois com a sua calma, força, compartilha, disponibilidade em auxiliar-me com a sua capacidade intelectual e cultural, pude realizar este trabalho que antes parecia tão difícil de ser conquistado. Agradecimentos e especial admiração.

A professora Dr<sup>a</sup> Alessandra Santana Soares e Barros, minha orientadora num segundo momento dessa trajetória, que auxiliou-me na construção dos meus conhecimentos, pela confiança e estímulo constantes.

A professora Dr<sup>a</sup> Climene Laura de Camargo, por aceitar analisar este trabalho e enriquecê-lo com suas valiosas contribuições.

A professora Dr<sup>a</sup> Maridalva de Souza Penteado, pela confiança e estímulo constantes.

A todos os professores, que com a construção e transformação de conhecimentos abordados nas aulas através de participação conjunta, contribuíram para o meu enriquecimento científico e pessoal.

A todos os meus colegas de Curso, que na busca de um ideal comum (Curso), no companheirismo e troca de experiências, contribuíram para o meu crescimento interior.

À Universidade Federal da Bahia e à Universidade Estadual de Santa Cruz , por ter-me proporcionado a realização deste Curso.

A Irmã Orlinda (coordenadora da Brinquedoteca do Hospital Manoel Novaes), pelo apoio e colaboração constante, durante toda a trajetória deste trabalho.

A todos os discentes, pela responsabilidade e comprometimento na pesquisa de campo.

À Equipe de Enfermagem do Hospital Manoel Novaes, pela disponibilidade e credibilidade sempre devotados.

Ao Hospital Manoel Novaes, em especial ao Dr. Jaime César do Nascimento Oliveira (Diretor), por permitir a realização deste trabalho em seu espaço físico, contribuindo e confiando na concretização desta pesquisa. Hospital que vem consolidando na sua prática a realidade de ser “Hospital Amigo da Criança”.

A todas as crianças, suas mães, equipe de enfermagem, professores e alunos, que participaram desta pesquisa, por confiarem neste estudo e acreditarem que é

possível transformar a realidade existente, em benefício do bem estar biopsicossocial da criança hospitalizada.

ALVES, Aldalice Brait Lima. **Implantação e avaliação de um conjunto de ações educativas desenvolvidas junto a pacientes pediátricos internados: a experiência do Hospital Manoel Novaes – Bahia.** 214 f. 2009. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

## RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo verificar o efeito de um atendimento pedagógico, desenvolvido por equipe formada por profissionais de saúde e professores de escolas, junto a crianças e/ou adolescentes internados em um hospital do município de Itabuna-Bahia. Buscou-se a reafirmação empírica do papel dessas intervenções na atenção ao bem estar biopsicossocial da criança, na promoção da aprendizagem e na diminuição de agravos à saúde decorrentes de sua hospitalização prolongada. Trabalhamos com um grupo de vinte crianças e/ou adolescentes hospitalizados e implantamos um programa de ações educativas (intervenção), objetivando observar alterações em seus quadros gerais. Avaliamos o grupo antes e após a intervenção, em um processo que, assim, se estendeu do mês de março de 2004 ao mês de março de 2006. Alguns teóricos que nos inspiraram nesse estudo foram: Wallon (1972); Piaget (1969); Lipp (2000); Lucarelli (2000); Haeussler e Milicic (1999); Damásio (2000); Morin (2000) ; Ceccim (1999) ; Ortiz (2001); Freitas (2001). Utilizamos na trajetória metodológica, uma abordagem qualitativa. Tratou-se de uma pesquisa quase-experimental, com avaliação “antes-depois”, com um único grupo. Na descrição dos dados coletados nas entrevistas, utilizamos a análise de conteúdo de Bardin (1977, p. 37). A análise dos dados nos mostrou que as crianças e/ou adolescentes hospitalizados mudaram o seu comportamento, graças à intervenção, confirmando a hipótese que norteou o trabalho. Antes demonstravam apatia, tristeza e, após as práticas realizadas, a emoção que vigorou foi a alegria, o sorriso presente e a aceitação ao tratamento. Concluímos, nesta pesquisa, que a existência no hospital, de uma equipe pedagógica ampliada, englobando o pessoal de saúde e o pessoal da escola, mantendo o ambiente, tanto quanto possível, de acordo com a necessidade da criança e/ou adolescente, propicia-lhes uma melhor adaptação ao meio hospitalar, contribuindo para o aumento do seu bem-estar e, assim, promovendo a recuperação e/ou minimização do seu problema de saúde. Este estudo se insere como um esforço para auxiliar a criança e/ou adolescente hospitalizado, tanto quanto a equipe do hospital e da escola que cuidam deles, as quais podem/devem aproveitar a situação de hospitalização como possibilidade de aprendizagem significativa, orientando-os no aprendizado escolar e para o desenvolvimento de consciência e responsabilização referentes aos seus processos de vida e saúde.

**Palavras-chaves:** Criança/Adolescente hospitalizado. Educação em Saúde. Classe Hospitalar. Humanização da Assistência Hospitalar.



ALVES, Aldelice Brait Lima. **Effects of a program of education with a pediatric hospital:** the hospital experience Manoel Novaes - Bahia. 214 f. 2009. Thesis (Ph.D.). Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

## ABSTRACT

The present research had as objective examining the effect of a pedagogical attendance, developed by a group composed for health professionals and teachers of schools, beside to children and/or adolescents hospitalized in a hospital of the city Itabuna- Bahia. It was sought the empirical reaffirmation of the role of those interventions in attention to the biopsychosocial well-being of child, in promotion of the learning and in reduction of injuries due to prolonged hospitalization. We worked with a group of twenty children and/or adolescents hospitalized and we implanted a program of educational actions (intervention), in order to observing changes in the general conditions. We evaluated the group before and after the intervention in a process that, thus, it was extended from the month of march in 2004 till the month of march in 2006. Some theorists who inspired us in this study were: Wallon (1972); Piaget (1969) ; Lipp (2000); Lucarelli (2000); Haeussler & Milicic (1999); Damásio (2000); Morin (2000); Ortiz (2001); Ceccim (1999); Freitas (2001). We used in methodological trajectory, a qualitative approach. This was a semi-experimental research, with "before-after" evaluation, with a single group. In the description of collected data in interviews, we used the content's analysis of Bardin (1977). The analysis of data showed us that hospitalized children and/or adolescents changed their behavior, thanks to intervention, confirming the hypothesis that guided the work. First, they demonstrated apathy, sorrow and after the performed practices, the emotion that prevailed was the happiness, the present smile and the acceptance of the treatment. We concluded, in this research, that the existence in the hospital, of an extended pedagogical group, including health and school staff, keeping the environment, as far as possible, according to the need of children and/or adolescents, provide them a better adaptation to the hospital, contributing to the increase of their well-being, and, thus, promoting the regeneration and/or minimization of their health problem. This study is inserted as an effort to assist hospitalized child and/or adolescent, as far as the hospital and school staff that cares them, which can/must utilize the situation of hospitalization as possibility of significant learning, guiding them in school learning and for development of conscience and accountability relative to their life and health processes.

**Keywords:** Hospitalized child/adolescent. Education in health. Hospital class. Humanization of hospital assistance.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA	TÍTULO	PÁGINA
1.	Quadro da depressão.....	35
2.	L. A. de J., com a Bíblia na cama, colocada por sua mãe.....	86
3.	Bilhete feito por uma mãe, para o seu filho.....	87
4.	Foto de T. A. de S em sua casa.....	94
5.	Depoimento à mão livre, de L.N.B., 13 anos de idade.....	97
6.	Desenho livre.....	98
7.	Desenho livre.....	99
8.	Desenho livre.....	100
9.	Criança deitada no leito do hospital.....	101
10.	Criança deitada no leito.....	102
11.	Criança chorando, no leito do hospital.....	102
12.	Criança, triste, no leito do hospital.....	103
13.	Dinâmica de grupo, durante reunião com mães e estudantes do curso de Pedagogia e de Direito, para elaboração do programa educativo.....	121
14.	Dinâmica de grupo, durante reunião com mães e estudantes do curso de Pedagogia e de Direito, para elaboração do programa educativo.....	122
15.	Estudantes do curso de Enfermagem, definindo com as mães ou outro responsável pela criança, o programa educativo proposto, que propiciaria a continuação da educação formal da criança no hospital, bem como os problemas observados.....	122
16.	Foto de A. dos S.P. realizando atividades escolares.....	125
17.	Foto de T.A. de S. no 1º dia de suas atividades escolares no hospital.....	126
18.	Foto de T.A. de S., realizando suas atividades da escola.....	126
19.	Foto de A.S. da S., realizando atividades escolares.....	127
20.	Foto de A.S. da S., desenvolvendo atividades escolares, na Brinquedoteca do Hospital.....	128
21.	Foto de I.O.A. desenvolvendo atividades da escola na enfermaria, do hospital.....	129
22.	Foto de I.O.A., no hospital.....	129
23.	Foto de I.O.A., no leito do hospital, com sua mãe.....	130
24.	Foto de M.J.L.O., fazendo o dever da escola.....	130
25.	Foto de L. P. de J. desenhando, na enfermaria do hospital.....	131
26.	Foto de I.M.C. (07 anos), brincando no leito.....	131
27.	Crianças brincando na brinquedoteca, com familiares.....	132
28.	Crianças brincando na brinquedoteca, com familiares.....	132
29.	Pintura em grupo.....	133
30.	Crianças brincando.....	133
31.	Crianças brincando.....	134

32.	Aplicação do Programa de Desenvolvimento da auto-estima de Haeussler P. e Milicic M.....	135
33.	Aplicação do Programa de Desenvolvimento da auto-estima de Haeussler P. e Milicic M.....	135
34.	Aplicação do Programa de Desenvolvimento da auto-estima de Haeussler P. e Milicic M.....	136
35.	Festa do Natal.....	136
36.	Festa do Natal.....	137
37.	Festa do Natal.....	137
38.	Festa de São João na enfermaria.....	138
39.	Crianças cantando e tocando instrumentos musicais na enfermaria, ao som de canções infantis, gravadas em CD....	139
40.	Crianças cantando e tocando instrumentos musicais na enfermaria,ao som de canções infantis, gravadas em CD.....	139
41.	Contando estórias.....	140
42.	Palhaço nas enfermarias.....	140
43.	Passeando com os bichinhos de animação pelo hospital, na Semana da Páscoa.....	141
44.	Passeando com os bichinhos de animação pelo hospital, na Semana da Páscoa.....	141
45.	Passeando com os bichinhos de animação pelo hospital, na Semana da Páscoa.....	142
46.	Foto de estudante de enfermagem, orientando as mães em relação à educação em saúde.....	144
47.	Dinâmica de grupo com as mães das crianças.....	144
48.	Estudantes do curso de Enfermagem orientando mães.....	145
49.	Estudante orientando crianças sobre educação em saúde.....	145
50.	Orientação através de dramatização.....	146
51.	Foto de estudante de enfermagem, no hospital, realizando o Programa de desenvolvimento da auto-estima de Haeussler P. e Milicic M., com as mães das crianças.....	147
52.	Realização do Programa de desenvolvimento da auto-estima de Haeussler P. e Milicic M., com as mães das crianças.....	148
53.	Realização do Programa de desenvolvimento da auto-estima de Haeussler P. e Milicic M., com as mães das crianças.....	148
54.	T. A. de S., realizando deveres da escola, em seu domicílio...	150
55.	T. A. de S., realizando deveres da escola, em seu domicílio...	151
56.	T. A. de S., realizando deveres da escola, em seu domicílio...	151
57.	T. A. de S. na escola.....	152
58.	T. A. de S. na escola. ....	153
59.	J.L.de O., em seu domicílio.....	154
60.	J.L.de O., em seu domicílio.....	154
61.	A.S. da S., em casa, realizando deveres da escola.....	155
62.	T.A. de S. lendo.....	157
63.	Comemoração do aniversário de T.A. de S., no hospital (surpresa).....	158

64.	Comemoração do aniversário de T.A. de S., no hospital (surpresa).....	158
65.	L. B. S., desenhando no leito.....	159
66.	Foto de W. dos S., no dia de seu aniversário, no hospital.....	162
67.	Foto de W. dos S., no dia de seu aniversário, no hospital.....	162
68.	T. A. de S. no domicílio.....	163
69.	Crianças interagindo.....	164
70.	Criança realizando atividades escolares, com colega, na enfermaria do hospital.....	164
71.	Criança que não participou da amostra da nossa pesquisa, desenvolvendo com satisfação atividade escolar , no hospital, orientada pela professora de outra criança.....	165
72.	T.A. de S., em sua casa durante entrevista.....	171
73.	I.O.A., em sua casa, durante entrevista.....	171
74.	Cartão feito à mão livre.....	182
75.	Cartão feito à mão livre.....	183

## LISTA DE QUADROS

QUADRO	TÍTULO	PÁGINA
1.	Procedimentos / Estratégias de Pesquisa.....	75
2.	Unidades educativas do programa de desenvolvimento de auto-estima.....	77
3.	Entrevista de crianças.....	104
4.	Entrevista de crianças.....	111
5.	Situação 1 A.....	124
6.	Programa de intervenção-mães.....	143
7.	Síntese dos resultados.....	169
8.	Entrevista de crianças.....	171
9.	Entrevista de mães.....	179
10.	Entrevista - professores, equipe de enfermagem e alunos voluntários.....	185

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>PÁGINA</b>
1.	Distribuição numérica das crianças participantes da pesquisa, segundo o Município e Zona de Procedência.....	83
2.	Distribuição numérica e percentual das crianças e/ou dos adolescentes participantes da pesquisa segundo idade (anos completos), 2004-2005.....	83
3.	Distribuição numérica e percentual das crianças participantes da pesquisa segundo diagnóstico médico, 2004 – 2006.....	84
4.	Distribuição numérica e percentual das crianças participantes da pesquisa, segundo religião, 2004 – 2006.....	85
5.	Distribuição numérica e percentual das crianças participantes da pesquisa, segundo o tempo de internação (em dias). 2004 –2006.....	90
6.	Distribuição numérica e percentual das crianças participantes da pesquisa, segundo o grau de escolaridade. 2004 – 2006.....	91
7.	Distribuição numérica e percentual das crianças participantes da pesquisa, segundo a renda familiar, em salário mínimo*. 2004 .....	92

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>24</b>
2.1 A CRIANÇA E/OU ADOLESCENTE E A HOSPITALIZAÇÃO.....	24
<b>2.1.1- O estresse e a hospitalização.....</b>	<b>27</b>
<b>2.1.2- Cuidando da criança e do adolescente no hospital.....</b>	<b>39</b>
2.2. AMBIENTE TERAPÊUTICO.....	45
2.3. ATENDIMENTO PEDAGÓGICO DA CRIANÇA E/OU ADOLESCENTE, NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	51
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>63</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	63
3.2 CAMPO DE ESTUDO.....	66
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	67
3.4 CRITÉRIOS ÉTICOS.....	70
3.5 COLETA DE DADOS.....	71
3.6 PROCEDIMENTOS / ESTRATÉGIAS DE PESQUISA.....	75
<b>4 PESQUISANDO E AGINDO.....</b>	<b>79</b>
4.1 CONHECENDO O HOSPITAL MANOEL NOVAES.....	79
<b>4.1.1 Hospital Manoel Novaes: o hospital amigo da criança.....</b>	<b>79</b>
4.2 PERFIL DAS CRIANÇAS DA AMOSTRA.....	82
<b>4.2.1 Descrição das condições de existência das crianças e/ou adolescentes da amostra.....</b>	<b>93</b>
<b>4.2.2. Dados obtidos da observação do comportamento das crianças e/ou dos adolescentes.....</b>	<b>94</b>
4.3. MOMENTO 1 (M1)– SITUAÇÃO 1 (S1).....	117
4.4. MOMENTO 2 (M2) – SITUAÇÃO 2 (S2).....	150
4.5. MOMENTO 3 (M3) – SITUAÇÃO 3 (S3).....	157
4.6. AVALIAÇÃO DO EFEITO DA MODALIDADE PEDAGÓGICA IMPLEMENTADA, NA VISÃO DOS SUJEITOS ENVOLVIDOS NA PESQUISA.....	170
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>194</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>202</b>

<b>ANEXOS</b> .....	<b>208</b>
Anexo I- Solicitação à diretoria do hospital para realização do trabalho.....	208
Anexo II- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	209
Anexo III- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	210
Anexo IV- Solicitação à diretoria da escola da criança para realização de atividades escolares no hospital.....	211
Anexo V- Roteiro de observação da criança hospitalizada.....	212
Anexo VI- Roteiro de entrevista semi-estruturada.....	214



## 1. INTRODUÇÃO

A hospitalização acarreta uma mudança brusca na vida da criança, trazendo consequências importantes como: afastamento da sua família, da escola e dos amigos; exposição a experiências dolorosas; perda de sua individualidade e identidade. O hospital para a criança é um espaço desconhecido, com pessoas desconhecidas invadindo a sua privacidade. Esse ambiente desconhecido e as normas e rotinas hospitalares estabelecidas também causam desconforto à criança e/ou adolescente, provocando distúrbios comportamentais variados, podendo, até mesmo, afetar o seu desenvolvimento. A emoção dominante na criança é o medo, manifestado inicialmente pelo choro e, posteriormente, acabando por modelar o seu corpo, deixando-a introspectiva, calada, apática e triste. O corpo da criança acaba falando por ela, sendo a expressão da tragédia que está vivendo. Quanto a isso, Damásio (2000, p. 76) afirma que

todas as emoções usam o corpo como teatro (meio interno, sistema visceral, vestibular e músculo-esquelético)... É necessário ainda mencionar as emoções de fundo, pois essa denominação e esse conceito não são levados em conta pelas discussões tradicionais sobre a emoção. Quando percebemos que uma pessoa está “tensa” ou irritadiça”, “desanimada” ou “entusiasmada”, “abalada” ou “animada”, sem que nenhuma palavra tenha sido dita para traduzir qualquer um desses possíveis estados, o que detectamos são emoções de fundo. Detectamos emoções de fundo por meio de detalhes sutis, como a postura do corpo, a velocidade e o contorno dos movimentos, mudanças mínimas na quantidade e na velocidade dos movimentos oculares e no grau de contração dos músculos faciais.

A hospitalização gera uma mudança no cotidiano da criança, exigindo adaptações do organismo a uma nova situação imposta, porque o que ela mais queria era estar em casa, com sua família. O hospital é um ambiente estressor para a criança e/ou adolescente. Eles, naturalmente, reconhecem o ambiente hospitalar como uma ameaça a sua integridade biológica, psicológica e social, e tal ameaça acarreta respostas neurofisiológicas. Lipp (2000), abordando eventos que podem ser considerados estressantes, por significarem mudanças na vida da criança, salienta quanto ao exposto que

as experiências com hospitalização e/ou com doenças podem ser vividas de maneira inadequada pela criança, a partir de influências decorrentes de fatores ligados à própria doença, às características do hospital, e a maneira como os adultos presentes na vida da criança vivem a situação. Em muitos casos, isso pode desencadear na criança uma sensação de insegurança, de desamparo, de cansaço pela rotina estressante de muitos hospitais, de esforço para aceitar que pessoas estranhas cuidem dela e de sofrimento em decorrência da ausência dos pais (LIPP, 2000, p.52).

Esses fatores acabam desencadeando todo um desconforto biopsicossocial que, consideramos possível de ser evitado se a equipe que cuida da criança e/ou adolescente, no hospital, possui o conhecimento necessário sobre as transformações sequenciais da criança no seu processo de desenvolvimento. Dessa forma, faz-se necessário atendê-la com mais competência, devendo também manter o ambiente, tanto quanto possível, ordenado de acordo com as necessidades infantis, pois assim, poderá se alcançar uma melhor adaptação, recuperação e/ou minimização do seu problema de saúde.

Cada criança e/ou adolescente hospitalizado deve ser visto sob um ponto de vista único, individual, pois cada um possui uma história de vida, como também uma causa que motivou a internação, além das necessidades e características pessoais como criança e/ou adolescente e comportamentos próprios. A equipe de saúde, tanto quanto a equipe pedagógica, devem saber ouvir a criança e sua família e orientá-los adequadamente, de acordo com suas necessidades e características específicas. A esse respeito, ressaltamos a opinião de Ceccim (1999, p. 44), que afirma: “Entendo como urgente e necessária a expansão e a melhoria da educação em classes hospitalares em nosso país, aliada aos valores da cidadania, ao direito à educação e ao direito à saúde”.

Observa-se que para Ceccim (1999) a escola constitui-se numa necessidade da criança e/ou adolescente, principalmente para aqueles que a estão frequentando naquele momento em que tiveram que ser hospitalizados, sendo obrigado a afastar-se dela. Todavia, assim como na escola, no hospital, a criança e/ou adolescente continua sendo aprendiz, e a equipe que cuida de sua saúde pode ajudá-la a formar conhecimentos, habilidades, valores, atitudes, formas de pensar e atuar em casa, na escola, enfim, na sociedade, proporcionando-lhe uma aprendizagem significativa.

É importante mencionar que o interesse por tais questões, pelo tema desta pesquisa surgiu da minha vivência e observação cotidianas como enfermeira, no exercício da prática profissional em Hospital Pediátrico e como docente da disciplina

Enfermagem Pediátrica, atenta aos questionamentos dos estudantes de enfermagem sobre “como humanizar o atendimento à criança na Unidade Hospitalar” e da preocupação em atender as necessidades e desejos dessa criança e / ou adolescente.

Durante a fase de coleta de dados, em pesquisa anterior, do Curso de Mestrado em Educação, da Universidade Federal da Bahia, estudo referente à percepção das crianças hospitalizadas sobre o hospital, perguntamos-lhes o que poderia ser feito, para que elas gostassem mais do hospital; algumas, principalmente as do Setor de Oncologia, disseram que gostariam de que “*existisse escola no hospital*”.

Ouvimos, também, de mães, na enfermaria de Oncologia: “estou triste, porque a professora do meu filho não o aceitou de volta na escola naquele ano, pois ele havia faltado muito às aulas porque estava hospitalizado”.

Percebemos, também, quando observávamos uma enfermaria, uma criança perguntar à auxiliar de enfermagem se as aulas já haviam começado. Era início de ano, mês de março, e a criança estava preocupada, pois permanecia hospitalizada e não poderia frequentar a escola.

Naquela mesma pesquisa, alguns auxiliares de enfermagem relataram que uma das dificuldades que sentem, no relacionamento com as crianças e com as mães, é a orientação sobre os cuidados em relação à saúde, pois percebem que orientam, mas não conseguem conscientizá-las, uma vez que, quando retornam para casa após a alta hospitalar, cometem os mesmos erros em relação a procedimentos de higiene e outros cuidados de saúde; alguns, inclusive, retornam ao hospital. Percebemos então, a necessidade de se orientar adequadamente às crianças e/ou adolescentes sobre o seu próprio problema de saúde, como conviver de forma mais amena com sua doença, que pode ser temporária ou permanente ou, como evitá-la.

Diante do exposto, formulamos a seguinte questão: Como prestar um atendimento hospitalar que atenda às necessidades cognitivas e afetivas da criança?

Nessa perspectiva, estabelecemos como objetivos:

## GERAL

Implantar e avaliar o efeito de um programa de ações educativas, desenvolvidas por equipe formada pelo grupo de saúde do hospital e o grupo pedagógico da escola, junto às crianças e/ou adolescentes hospitalizados, na atenção ao seu bem estar biopsicossocial, para promoção da aprendizagem e diminuição de agravos à saúde, decorrentes de sua hospitalização prolongada.

## ESPECÍFICOS

- Identificar as reações da criança e/ou adolescente face à hospitalização;
- Estabelecer um programa educativo capaz de atender às necessidades de aprendizagem (cognitivo-afetivas) da criança e/ou do adolescente hospitalizado, considerando o seu nível de escolaridade, tendo em vista a melhoria da atenção à criança e/ou ao adolescente;
- Analisar o efeito dessa modalidade de atendimento na adaptação da criança e/ou do adolescente ao hospital, na diminuição do estresse decorrente da hospitalização prolongada, no seu desenvolvimento, como também, no seu desempenho escolar, após a alta e o retorno à sua escola de origem;
- Promover a aproximação entre a equipe de saúde e a equipe pedagógica, integrando ações de saúde e da escola.

Consideramos hipótese, como nos propõe Marconi e Lakatos, isto é,

[...] uma proposição que se faz na tentativa de verificar a validade de resposta existente para um problema. É uma suposição que antecede a constatação dos fatos e tem como característica uma formulação provisória; deve ser testada para determinar sua validade. Correta ou errada, de acordo ou contrária ao senso comum, a hipótese sempre conduz a uma verificação empírica (MARCONI ; LAKATOS,1999, p. 30).

Sabemos, pois, que a função da hipótese é propor explicações ou respostas para as questões da investigação e, ao mesmo tempo, orientar a busca de outras informações. Nesse sentido, a hipótese que foi elaborada, servindo de guia na tarefa da investigação, foi assim formulada:

Se for propiciado à criança e/ou adolescente hospitalizado um atendimento educacional escolar com atenção adequada às suas necessidades cognitivo-

afetivas, obtido do esforço de aproximação e ação do grupo de saúde do hospital e do grupo pedagógico da escola, teremos como resultados:

- Diminuição do estresse, decorrente do impacto da hospitalização na criança/adolescente, facilitando a sua adaptação;
- Facilitação da recuperação e/ou minimização do seu problema de saúde;
- Minimização da descontinuidade do seu processo de escolarização;
- Preservação e/ou aumento da sua autoestima;
- Facilitação da sua reinserção na escola (cessado o período de hospitalização);
- Educação da criança e do adolescente para a “vida”, isto é, de como conviver com suas limitações temporárias ou permanentes.

Segundo Wallon (1972, p. 63), “o sujeito constrói-se com o meio...O meio social exerce influência fundamental sobre o desenvolvimento da pessoa humana”. Dessa forma, a criança e/ou adolescente, mesmo estando hospitalizados, continuam crescendo e se desenvolvendo e, a depender da etapa em que se encontrem, necessitarão de estímulos e cuidados específicos. Uma hospitalização pode ser longa, e, conforme sejam os estímulos recebidos, positivos ou negativos, a criança terá ou não um desenvolvimento mais bem otimizado. Percebemos que a equipe que cuida da criança e/ou adolescente, no hospital, poderá transformar o ambiente, de acordo com as suas necessidades, facilitando-lhe a recuperação e contribuindo desse modo, para o seu bem-estar geral.

Piaget (1969, p. 56) afirma que “[...] é necessário compreender a criança, a sua atividade, seu desenvolvimento; em outras palavras, é preciso observar o aluno”; da mesma forma, a equipe de enfermagem deve estar atenta às ações e reações da criança no ambiente hospitalar. Ela continua sendo “aluno”, mesmo no hospital.

Na ciência da enfermagem, consideram-se, no atendimento ao paciente, as necessidades humanas básicas, que fazem parte do próprio ser humano. Atender à criança no hospital exige o atendimento integral de todas as suas necessidades biopsicossociais. As necessidades humanas estão intimamente inter-relacionadas, visto que fazem parte de um todo, o ser humano, pois

as necessidades humanas básicas são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos

fenômenos vitais[...] São aquelas condições que o indivíduo, família e comunidade apresentam decorrentes do desequilíbrio de suas necessidades básicas que exijam uma resolução, podendo ser aparentes, verbalizadas ou não (HORTA, 1979, p. 39).

As necessidades humanas estão intimamente inter-relacionadas, visto que fazem parte de um todo, o ser humano. Lembrando do conceito holístico do homem, ele é um todo indivisível. Morin (2000, p.38) salienta que “unidades complexas, como o ser humano ou a sociedade, são multidimensionais: dessa forma, **o ser humano é ao mesmo tempo biológico, psíquico, social, afetivo e racional.** [...]” (grifo nosso).

Este trabalho condensa e associa o conteúdo teórico construído pela autora durante todo o Doutorado em Educação, vivências profissionais e observações em pesquisa de campo.

É difícil explicitar com palavras as experiências vividas, as relações com a criança, sua família, a equipe pedagógica e o hospital, enfim, todos os atores sociais que participaram da pesquisa. Sabemos que toda pesquisa reflete um intenso elaborar e (re) elaborar, um ir e vir, que no final representa um crescimento contínuo assimilado e compartilhado.

Na tentativa de melhor descrever o trabalho e expressar a dinâmica e significado das vivências, observações, inferências e conclusões, estruturamos nosso estudo em quatro partes. A primeira diz respeito à discussão do tema, sua problematização e justificativa da escolha.

A segunda parte diz respeito à revisão de literatura, buscando as bases teóricas que permitissem ressaltar a importância de uma atenção integrada à criança e/ou adolescente hospitalizado, prestada por uma “equipe de atendimento de saúde e educacional”, que contribua para a manutenção da sua aprendizagem significativa formal e para a preservação e/ou aumento de sua autoestima, diminuindo o desconforto decorrente do impacto da hospitalização na vida da criança e/ou adolescente, facilitando a sua adaptação/aceitação ao meio hospitalar e a sua reintegração à escola.

A terceira parte da pesquisa trata da metodologia utilizada. Escolhemos a pesquisa quase experimental, com a modalidade “experimento antes-depois”, com um único grupo, seguida da descrição da amostra, do hospital campo da pesquisa, e da implementação das ações pela equipe de saúde do hospital e equipe pedagógica

da escola, junto à criança e seus pais, com posterior apresentação e análise dos dados obtidos.

Em seguida, apresentamos e analisamos as mudanças ocorridas, descrevendo o quadro da hospitalização da criança antes e após a implementação das ações. É importante salientar que a avaliação da intervenção ocorreu durante todo o processo. Na realidade, à medida que analisávamos os dados obtidos, íamos tecendo comentários considerados importantes, à luz dos pensamentos dos autores estudados, como Wallon (1972), Damásio (2000), Morin (2000), Piaget (1969), Horta (1979), Lipp (2000), Ceccim (1999), Ortiz (2001), Bardin (1977).

Apresentamos, por fim, as considerações finais que sintetizam os aspectos identificados como relevantes durante todo o trajeto da pesquisa, na tentativa de testar a hipótese que, de fato, consideramos confirmada pelos resultados obtidos.

Percebemos que existem programas direcionados à criança hospitalizada, porém raramente é proporcionado um tratamento científico a essa práxis. Quanto ao exposto, Barros (2008, p.35), afirma que

[...] embora devamos todos reconhecer a importância de uma classe hospitalar em seu papel de estímulo ao desenvolvimento biopsicossocial de crianças e adolescentes enfermos ou doentes crônicos, o espaço das publicações científicas requer se vá além da afirmação de um direito e **avance** no sentido da proposição de perguntas de pesquisa, da investida empírica em campo, da coleta de dados e do alcance, mesmo que provisório, de respostas às hipóteses formuladas, uma vez que muito do que se observa, no atual estado da arte da produção acadêmica sobre escolarização de crianças em hospitais, são relatos pontuais de experiências que permitem apenas o grato compartilhamento e o reconhecimento mútuo e solidário das iniciativas de trabalho educacional com crianças hospitalizadas (grifo nosso).

Este estudo se insere no quadro do esforço de outros pesquisadores para ampliar a literatura sobre o assunto e estimular a equipe que cuida da criança no hospital a refletir a sua prática, rumo a um cuidado que valorize não somente a sua doença, mas primordialmente a sua condição e características de criança e/ou adolescente que naturalmente reage a essa mudança com ansiedade e medo.

Na condição de doente e hospitalizada, a criança e/ou adolescente deixa manifestar todo o mal-estar em que se encontra e entrega-se, passiva, aos cuidados dos profissionais responsáveis por sua assistência. É fundamental, pois, que esta equipe esteja preparada para atendê-la e percebê-la como ser humano carente de

atenção em toda a sua totalidade, que deve ser estimulada a deixar essa posição passiva, passando a ser ator, no seu processo de recuperação da saúde e melhoria das suas condições de existir.



## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. A CRIANÇA E/OU ADOLESCENTE E A HOSPITALIZAÇÃO

Toda criança e/ou adolescente tem necessidades peculiares e fundamentais ao seu processo de crescimento e desenvolvimento, tais como nutrição, sono e repouso, equidade, afeto / amor, auto-estima, proteção/segurança, autorrealização entre outras. Essas necessidades variam de criança para criança, mas estão presentes como características da criança universal e, de acordo com Horta (1979, p.75),

as necessidades são universais, portanto comuns a todos os seres humanos; o que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-la ou atendê-la. Inúmeros fatores interferem na manifestação e atendimento; entre eles podem-se citar: individualidade, idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores sócio-econômicos, o ciclo saúde-enfermidade, o ambiente físico.

Vê-se, portanto que inúmeros fatores interferem no modo como as pessoas manifestam suas necessidades, de modo que atender integralmente à criança, tanto na escola, creches ou em domicílio como em instituição hospitalar ou outros espaços da sociedade requer atenção à interação dos aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana. Isto se mostra necessário porque as necessidades humanas estão intimamente inter-relacionadas, visto que fazem parte de um todo: o ser humano.

No caso do hospital, percebe-se que a hospitalização impõe muitas contingências e limitações que podem ser negativas para a vida da criança, envolvendo todo um desconforto biopsicossocial, provocado por múltiplos fatores: afastamento da família, da rua onde mora, dos amigos, dos brinquedos e brincadeiras, alteração de horários, de rotinas, de hábitos alimentares, de ambientes e também pela interrupção das atividades escolares. Destacamos que as normas da instituição hospitalar, com procedimentos e ordem, alguns absolutamente necessários e outros não tão necessário, se expressam por rigidez de horários para os procedimentos e ações (horário para banho, alimentação, para sono e repouso,

para visitas); contenções no leito, bem como o contato obrigatório com pessoas desconhecidas, quase sempre vestidas de branco, que tocam a criança e/ou adolescente, sem pedir permissão, sem respeitar a sua privacidade, sem a preocupação de conhecer seus hábitos e preferências, sem dialogar, sem o conhecimento de sua história de vida e sem ouvi-los, causam-lhes um impacto emocional significativo. Certamente, tais impactos acarretam transtornos e respostas comportamentais à criança, que, segundo Rutter, Clarke e Clarke (1970, p.4), seguem a seguinte sequência: “[...] no período inicial a criança chora e reclama (‘protesto’), depois recusa contato e aparenta tristeza (‘desesperança’) e finalmente deixa de responder à estimulação social, aparentando ‘desinteresse’ pelos pais (‘desapego’).”

Spitz (1988, p.18) formulou o conceito de hospitalismo, para designar “um conjunto de distúrbios, tanto somáticos quanto psíquicos, desenvolvidos por crianças hospitalizadas privadas de laços afetivos.”

A hospitalização representa, geralmente, um processo de despersonalização para o paciente, pois

o paciente ao ser hospitalizado sofre um processo de total despersonalização. Deixa de ter o seu próprio nome e passa a ser um número de leito ou então alguém portador de uma determinada patologia. O estigma de doente – paciente até mesmo no sentido de sua própria passividade frente aos novos fatos e perspectivas existenciais – irá fazer com que exista a necessidade premente de uma total reformulação até mesmo de seus valores e conceitos de homem, mundo e relação interpessoal em suas forma conhecidas próprio para significar a partir de diagnósticos realizados sobre sua patologia [...]. A situação de hospitalização passa a ser determinante de muitas situações que irão ser consideradas invasivas e abusivas na medida em que não se respeita os limites e imposições dessa pessoa hospitalizada. E, embora esteja vivendo um total processo de despersonalização, ainda assim determinadas práticas são consideradas ainda mais agressivas pela maneira como são conduzidas dentro do âmbito hospitalar. Assim, será visto como sendo algo invasivo a enfermeira que vem acordá-la para aplicar injeção, ou a atendente que interrompe uma determinada atividade para servir-lhe as refeições. Tudo passa a ser invasivo. Tudo passa a ser algo abusivo diante de sua necessidade de aceitação desse processo. (ANGERAMI – CAMON, 1999, p. 16).

Ademais,

[...] esse processo de perda de identidade resulta da dissociação entre o doente e sua doença no momento da internação hospitalar. Na verdade, é a doença que é internada, pois, tendo como pedras angulares a anatomia e a patologia, a medicina moderna centrou seu olhar na doença – e não na saúde; no órgão doente – e não no indivíduo doente. Olhar que se distancia

ainda mais face às modernas tecnologias de radiografia e ultra-sonografia (ORFALI, 1990, p.145).

Percebemos que a equipe de saúde que atua no hospital preocupa-se mais com a doença dos pacientes do que com as preocupações destes, com os anseios, dúvidas, emoções ou dor que os tais podem sentir. É como se o paciente não tivesse história de vida. O pessoal que atua no hospital esquece-se de que até adoecer, o paciente, no nosso caso a criança, possuía e possui uma história de vida, além da história clínica, que tem que ser conhecida, se quisermos realmente a cura mais rápida do seu problema de saúde.

Quanto ao exposto, Spink (2003, p. 45), enfatiza que

Centrada na doença, a medicina moderna – e especialmente a medicina hospitalar que tem por objeto o caso agudo e a emergência – deixa em segundo plano as noções de desconforto, dor, sofrimento psíquico. Ou seja, tudo aquilo que integra a experiência que o doente tem de sua doença. Assim, não é à toa que o paciente constrói sua experiência hospitalar como uma “ruptura biográfica”.

As limitações impostas à criança pela hospitalização, citadas anteriormente, constituem-se como agentes agressores, pois se percebe que a emoção preponderante na criança hospitalizada é o medo, pois ela se sente ameaçada, em decorrência de tal situação. Assim, a hospitalização poderá ser para a criança

[...] uma experiência que, em maior ou menor grau, repercute no seu desenvolvimento emocional, repercussão esta que é motivo de especulação, pois a criança é um ser em processo de mutação e a assistência pediátrica tem como pressuposto o fato de abranger mais que a simples prevenção da doença e a manutenção da saúde, devendo ser a sua essência o envolvimento de cuidados e suporte, de modo que a criança, em processo de crescimento e desenvolvimento, possa atingir todo o seu potencial individual (LEIFER, 1995, p. 377).

Leifer (1995, loc.cit.) ainda salienta que, “[...] ao lidar com a criança, deve-se sempre considerá-la como um todo (ela e o seu problema), pois o seu problema de saúde tem influência no crescimento e desenvolvimento, na educação e realização de todo o seu potencial genético”.

Logo, as necessidades emocionais da criança devem ser levadas em consideração, quando se trata de seu bem-estar. Damásio (2000, p.72) ressalta que, “[...] para a maioria de nós que não somos atores, as emoções são um indicador

bastante razoável do quanto o meio conduz ao nosso bem-estar ou, no mínimo, do quanto ele assim parece à nossa mente.”

Apesar da obrigação legal de ser garantido o bem-estar da criança, e entre elas as hospitalizadas, o quadro de realidade leva Ribeiro (1993, p.135) a afirmar que

O doente internado é, em síntese, o doente sobre o qual a ciência médica exacerba o seu positivismo, e pode afirmar a transposição da linha demarcatória da normalidade. Sua patologia reconhecida e classificada precisa ser tratada. Ao contrário do paciente do consultório que mantém seu direito de opção em aceitar ou não o tratamento e desobedecer a prescrição, o doente acamado perde tudo. Sua vontade é aplacada; seus desejos coibidos; sua intimidade, invadida; seu trabalho é o proscrito; seu mundo de relações, rompido. Ele deixa de ser sujeito. É apenas um objeto da prática médico-hospitalar, suspensa sua individualidade, transformado em mais um caso a ser contabilizado.

Percebe-se que, do mesmo modo que o adulto, a criança, quando hospitalizada, enfrenta um ambiente estranho, pessoas desconhecidas que cuidam dela e uma interrupção no seu habitual estilo de vida, inclusive da sua aprendizagem.

### **2.1.1. O estresse e a hospitalização**

O hospital é um ambiente estressor para a criança e/ou adolescente. Eles, naturalmente, reconhecem o ambiente hospitalar como uma ameaça a sua integridade biológica, psicológica e social, e tal ameaça acarreta respostas neurofisiológicas.

Segundo Ballone (1997), professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Medicina da PUCAMP, desde 1980, o estresse é uma ocorrência fisiológica e normal no reino animal, isto é,

estresse é a atitude biológica necessária para a adaptação do organismo a uma nova situação. Em medicina entende-se o Estresse como uma ocorrência fisiológica global, tanto do ponto de vista físico, quanto do ponto de vista emocional. Fisicamente, o Estresse aparece quando o organismo é submetido a uma nova situação, como uma cirurgia ou uma infecção, por exemplo, ou, do ponto de vista psicoemocional, quando há uma situação percebida como de ameaça. De qualquer forma, trata-se de um organismo submetido a uma situação nova (física ou psíquica), pela qual ele terá de lutar e adaptar-se, conseqüentemente, terá de superar. Portanto, o Estresse

é um mecanismo indispensável para a manutenção da adaptação à vida, indispensável pois, à sobrevivência (BALLONE, 1997, p. 2).

Ballone (ibid., p. 3) enfatiza que “[...] do ponto de vista fisiológico, o estresse é, por assim dizer, uma atitude fisiológica (normal), responsável pela adaptação do organismo às situações de perigo”.

A criança e/ou adolescente percebe a hospitalização como uma situação de ameaça. Esse fato, embora conhecido, não tem sido devidamente considerado. Assim, a assistência hospitalar tem dado atenção, quase que exclusiva, ao atendimento da criança e/ou adolescente no que diz respeito às suas necessidades biológicas, isto é, à solução da enfermidade, sem considerar o sofrimento e/ou comprometimento psicossocial. Reafirmamos que atender à criança e/ou adolescente em instituição hospitalar requer uma atenção integral, isto é, que sejam considerados os seus aspectos físicos, psicológicos, sociais, ambientais e espirituais.

Deve-se ressaltar, que a primeira pesquisa sobre o estresse foi publicada em 1936, por Selye (1959), médico austríaco. Nessa ocasião também foi chamada de Reação de Alarme, a resposta inicial do Estresse.

Selye (1959) denominou de estresse o fenômeno da “síndrome de estar apenas doente” ou “síndrome da adaptação geral”, que envolve uma série de fenômenos apresentados no indivíduo, quando submetido a situações que exijam uma importante adaptação do organismo para enfrentá-las. Ele descreveu três estágios como síndrome de adaptação geral:

- Fase de reação de alarme;
- Fase de resistência;
- Fase de exaustão.

A hospitalização é algo diferente na vida da criança e/ou adolescente, pois, além de trazer fatos e circunstâncias que modificam a sua vida, como o afastamento do lar, da família, dos amigos, da escola, a criança terá, obrigatoriamente, que se adaptar a uma nova situação. Portanto, a hospitalização representa um impacto na sua vida.

Se o organismo da criança permanecer recebendo continuamente estímulos estressores, ela começará a apresentar manifestações psiconeurobiológicas,

consequentes do desequilíbrio do Sistema Nervoso Autônomo. Diminuindo-se o estresse, porém, a criança sente mais confiança, torna-se mais comunicativa, deixa gradativamente de ser introspectiva e passa a comunicar-se para “fora”, questiona. Contando com a sua participação, envolvendo-a no seu processo de atenção/recuperação da própria saúde, ela aceita mais facilmente a hospitalização.

A equipe de enfermagem deve ser, por natureza, uma equipe pedagógica, devendo comportar-se como agente mediador, entre a criança e a solução de seus problemas, visto que, no hospital, é ela que permanece 24 horas ao lado da criança e percebe melhor as suas dificuldades, haja vista que

a criança hospitalizada se depara com ausência de privacidade física e da intimidade fisiológica; ficando muitas vezes despojado de tudo, nu, deitado no leito, cercado de aparelhagens que não entende : respiradores, monitores, aspiradores, fios e rostos desconhecidos a realizar procedimentos contínuos, provocando medo e angústias, que podem causar distúrbios emocionais. É terrível o paciente não ter possibilidade de comunicar seu sofrimento, e a equipe, não estando preparada para um contato pessoal com ele, limita-se a cumprir as prescrições médicas, esquecendo-se do ser humano passivo, dependente, vulnerável e necessitado de seus cuidados (CIOSAC ; SENA, 1983, p. 5).

De acordo com o que citamos anteriormente, o hospital pode se constituir num agente agressor para a criança, pois a emoção que ela passa a sentir é o medo, passando a vivenciar uma situação de estresse.

Segundo Lipp (2000, p.16), “o estresse é uma reação do organismo diante de situações ou muito difíceis ou muito excitantes, que podem ocorrer em qualquer pessoa, independentemente de idade, raça, sexo e situação sócio-econômica”. Segundo a mesma autora,

o estresse infantil é pouquíssimo conhecido, sendo bastante difícil encontrar pesquisas sobre o assunto, tanto no Brasil como no exterior. Nos Estados Unidos, David Elkind foi um dos pioneiros nos estudos[...] A maior parte dos trabalhos sobre o estresse em crianças brasileiras tem-se desenvolvido na PUC de Campinas, a partir de 1991. Nessas pesquisas, verificou-se que toda criança, inevitavelmente, enfrentará inúmeras situações de estresse ainda nos primeiros anos de vida, tais como **hospitalizações**, acidentes, doenças, nascimento de irmãos, mudança de casa, de escola ou de empregada, além das tensões geradas pela necessidade sempre maior de se autocontrolar (ibid., p.18, grifo nosso).

Lipp (2000, p. 18) ainda ressalta que,

durante seu desenvolvimento intelectual, emocional e afetivo, a criança se confronta com momentos em que a tensão de sua vida alcança níveis muito altos, às vezes ultrapassando sua capacidade ainda imatura para lidar com situações conflitantes. Se os adultos a seu redor responderem às tensões da vida com ansiedade e angústia, a criança aprenderá a agir assim também. Mais tarde, quando confrontada com fatores causadores de estresse, ela terá a tendência imediata para se sentir angustiada e ansiosa.

A equipe de saúde, ao sentir que o estresse está presente, deve tomar providências para controlar ou minimizar o fator em causa ou a situação promotora de pânico, como também, utilizar medidas que evitem o seu aparecimento, pois

a doença e a dor são os fatores condicionantes do estresse mais universais para as crianças, pois todas elas passam por inúmeras situações dessa natureza. A hospitalização pode ter efeitos diferenciados dependendo da idade, da causa da hospitalização, da eficiência dos profissionais envolvidos e também da maneira como os pais a gerenciam. Bebês demonstram sua tensão mediante distúrbios ligados às funções vitais, como enurese, inapetência e problemas de sono. Um pouco mais tarde, o estresse se manifesta na forma de apatia, retraimento, choro, irritabilidade e regressões para estágios de desenvolvimentos anteriores já ultrapassados (ibid., p. 22).

Essa autora ainda comenta que as consequências negativas de um mau gerenciamento do período de internação da criança em uma Unidade Hospitalar podem ser imediatas ou de longo prazo. As reações mais significativas são apresentadas a seguir:

- Desestruturação emocional;
- Medo;
- Angústia;
- Intensificação da dor em decorrência de fatores psicológicos;
- Regressões no desenvolvimento;
- Dificuldades de adaptação social;
- **Dificuldades escolares;** (grifo nosso)
- Dificuldades afetivas;
- Problemas de disciplina;

- Distúrbios de comportamento;
- Estresse pós-traumáticos que se manifesta mais tarde com sintomas específicos;
- Distúrbios psiquiátricos significativos até na idade adulta.

A experiência da hospitalização pode significar, para algumas crianças, o fortalecimento na crise e nas dificuldades; outras, no entanto, poderão ficar profundamente afetadas e prejudicadas em sua vida futura. A humanização das Unidades Pediátricas pode constituir-se em um elemento primordial para a prevenção dessas dificuldades, e evitar que a passagem da criança pelo Hospital se transforme em um momento de estresse traumático para todos os envolvidos

Lipp (2000) apresenta os fatores que devem ser levados em consideração, na humanização do cuidado à criança hospitalizada:

- 1- Cuidar do paciente gravemente enfermo e de alto risco de forma integral e personalizada, fornecendo-lhe assistência física e psicológica. Deve ser dada ênfase à utilização da tecnologia mais avançada sem negligência da relação humana.
- 2- Estender à família um suporte emocional, mantendo-a informada da evolução do estado de saúde da criança.
- 3- Oferecer à equipe que cuida da criança o apoio emocional necessário e a possibilidade de discutir seus próprios sentimentos diante do sofrimento alheio; minimizar a culpa excessiva e ajudá-la a manter uma certa distância com relação às angústias do dia-a-dia da Unidade Hospitalar, cuidando para que a distância não seja excessiva e que não ocorra o **burnout**. Treinar a equipe em habilidades básicas de empatia, compreensão, paciência e consideração, por meio de grupos de apoio. Paciência é um instrumento precioso na Unidade Pediátrica (*ibidem*, p.24).

A “Escala de stress infantil” (ESI), que se volta para a análise da resposta ao estresse, foi resultado de um trabalho de pesquisa realizado por Lipp e Lucarelli (1998, p. 59) que,

[...] tem por objetivo verificar a existência ou não do estresse em crianças, pela medida da frequência com que são capazes de experimentar os sintomas associados ao estresse – o que possibilita a determinação do tipo de reação mais freqüente apresentada pela criança, e facilita o controle adequado do estresse”.

Lipp ressalta que



a ESI passou por um estudo de validação para a população brasileira. Esse estudo de validação permitiu encontrar boas qualidades psicométricas, o que significa que representa um instrumento válido para avaliar o estresse infantil. Essa escala possibilita a identificação do estresse infantil pela medida de quatro dimensões em razão do conteúdo dos seguintes itens: 1) **reações físicas**; 2) **reações psicológicas**; 3) **reações psicológicas com componente depressivo**; e 4) **reações psicofisiológicas** (LIPP, 2000, p. 59) (Grifo nosso).

Exemplificação do funcionamento da ESI, citada por Lipp (*ibidem*, p.59):

▪ **Reações físicas:**

*Raspo um dente no outro, fazendo barulho.*

*Tenho diarreia.*

▪ **Reações psicológicas:**

*Fico nervoso com tudo.*

*Sinto aflição “por dentro”.*

▪ **Reações psicológicas com componente depressivo:**

*Sinto que tenho pouca energia para fazer as coisas.*

*Tenho vontade de “sumir da vida”.*

▪ **Reações psicofisiológicas:**

*Quando fico nervoso, gaguejo.*

*Meu coração bate depressa, mesmo quando não corro ou não pulo.*

As respostas das crianças devem ser dadas usando um círculo dividido em quatro partes, que devem ser pintadas conforme a intensidade do que estão sentindo, da forma abaixo descrita:

- ⊗ Nunca sente
- ⊗ Sente raramente
- ⊗ Sente às vezes
- ⊗ Sente com frequência
- ⊗ Sempre sente

A criança é sempre acompanhada por um profissional especializado e envolve-se com a escala à medida que exterioriza seus sentimentos. Faz-se a apuração das respostas pela contagem de pontos atribuídos a cada item: cada quarto de círculo equivale a um ponto. A interpretação dos resultados, por sua vez, baseia-se na experiência com o atendimento de dezenas de crianças, o que possibilitou a determinação de critérios quantitativos para a avaliação da ESI a serem utilizados para o diagnóstico do stress infantil e para a verificação do tipo de sintomatologia que mais afeta a criança.

Segundo a autora, o uso da ESI exige alguns cuidados:

- a) Nenhum sintoma deve ser visto isoladamente, pois não constituiria dado relevante para o diagnóstico de estresse em uma criança. Para que o diagnóstico possa ser realizado, é necessário verificar a existência de um quadro sintomático geral.
- b) Quando todos os sintomas apresentados pertencem somente a um campo, é provável que um diagnóstico diferencial deva ser realizado, pois a criança poderá estar apresentando uma patologia orgânica (como uma úlcera), ou um distúrbio psicológico (como uma crise depressiva), e não necessariamente um quadro de estresse.
- c) A frequência com a qual os sintomas ocorrem também é relevante para a análise dos dados obtidos através da ESI. Um número grande de sintomas que ocorrem “às vezes” não é tão significativo quanto o são dois ou três sintomas que ocorrem “quase sempre”.

Segundo Lipp (2000, p. 33) “o diagnóstico pronto e adequado dos sintomas de estresse é importante porque, além de propiciar o tratamento do próprio estresse, apresenta outras implicações que se referem às consequências que o estresse pode trazer para a criança de imediato e para o adulto que será no futuro. Essas consequências podem ser de natureza física, emocional e social.”

## **Consequências Físicas do Estresse**

Quando o estresse é prolongado, as glândulas supra-renais passam a produzir corticosteróides em uma quantidade muito grande. Esse aumento na produção dessas substâncias afeta diretamente o sistema imunológico, reduzindo a resistência da criança e tornando-a vulnerável ao desenvolvimento de infecções e de doenças contagiosas. Ao mesmo tempo, em virtude do enfraquecimento do organismo, doenças que permaneciam latentes podem ser desencadeadas. Úlceras, asma, diabetes, problemas dermatológicos, alergias, bronquites e obesidade podem surgir.

## **Consequências Psicológicas do Estresse**

Problemas escolares surgem com frequência em decorrência da dificuldade de concentração e de desenvolver o pensamento abstrato. Além disso, existe uma tendência da criança estressada a mostrar-se agressiva, desobediente, apática e desinteressada. Como o estresse afeta de modo dramático a habilidade de organização, os cadernos e materiais escolares em geral tornam-se muito desorganizados, o que dificulta mais ainda o estudo.

Gagueira e tiques nervosos podem também ser desenvolvidos durante períodos difíceis para a criança. Agressividade, irritabilidade, medos exagerados, depressão, ansiedade surgem também com bastante frequência.

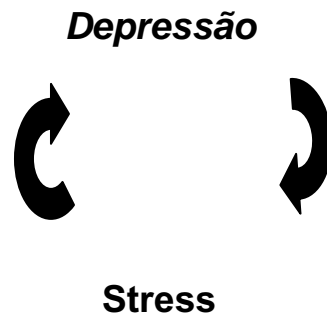
## **Consequências Sociais do Estresse**

Quando as crianças crescem vulneráveis ao estresse, sofrendo todas as suas consequências, sem o tratamento adequado, certamente tornam-se adultos frágeis, sem resistência aos embates e às dificuldades da vida. Crianças assim resultam em adultos que não conseguem lidar bem com as mudanças.

A criança hospitalizada sente medo e reage, com choro, à internação; depois torna-se calada, introspectiva e começa a realizar um monólogo, isto é, passa a

estabelecer um diálogo consigo mesma, ficando triste, apática e, como consequência, poderá vir a apresentar depressão. Lipp ressalta que depressão e stress estão bem relacionados.

Observando os sintomas da depressão (sintomas mais comuns: irritabilidade, perda de interesse ou de prazer nas atividades, dependência excessiva dos pais, choro, tristeza, distúrbios de sono, prejuízo no desempenho escolar, sintomas físicos (dor de cabeça, dor de barriga, asma, alergia etc.), pensamentos e sentimentos de culpa), é fácil concluir que uma criança com depressão vai sofrer um alto nível de stress como decorrência, e esse stress vai agravar o quadro de depressão: cria-se, então, um círculo vicioso. É o que ilustra a figura a seguir:



**Figura 01-** Quadro da depressão (LIPP, 2000, p. 72)

Percebemos, portanto, que depressão e stress estão bem relacionados, e Lipp (ibid., p. 73) ainda enfatiza que

as limitações causadas pela depressão fazem com que a criança desenvolva uma auto-imagem negativa, em decorrência de seu fraco desempenho geral. Com isso, a família pode começar a cobrar um melhor desempenho da criança e se constituir em uma potente fonte de stress.

É o que verificamos no hospital. A família e a equipe que cuida da criança cobram desta um bom comportamento, ou seja, querem que ela fique calada, que não chore, que não fique triste, mesmo diante de procedimentos muitas vezes dolorosos. A criança acaba não correspondendo ao esperado; percebe isso, e, em decorrência do seu “fraco desempenho geral”, desenvolve uma auto-imagem negativa.

Por isso, a hospitalização poderá representar um processo desencadeador de uma crise para a criança. Wong (1999, p. 605) relata essa situação como sendo motivada por “separação da família, exposição a experiências dolorosas, perda da independência e interrupção de quase todos os aspectos de seu estilo habitual de vida.” Devido ao exposto, Barbosa (1998, p.13) salienta “a compreensão de urgente e imperativa necessidade de reformular a orientação convencional utilizada na assistência à criança, recorrendo a recursos destinados a humanizar a assistência dispensada.”

Segundo Coutinho e Costa (2001, p. 18), “esta humanização é hoje ponto de reflexão das correntes progressistas da saúde”.

Já Strefezzi (1992, pp. 3-7) ressalta que:

[...] registros antigos revelam que as crianças hospitalizadas eram postas em um único leito, com mais seis ou oito menores, e que estas também podiam ser colocadas com adultos gravemente doentes. Há cerca de um século, nasceu a pediatria, como especialidade, em resposta a estes e outros fatos verificou-se uma crescente tomada de conscientização acerca das crianças e a noção de que as suas reações variam com a idade, pelo fato de estarem em constante evolução, desde o seu nascimento, até alcançar a fase adulta, ultrapassando várias etapas que se modificam por força das transformações inerentes ao seu crescimento e maturação.

Elsen e Patrício (1989, p. 169-179); Lima (1998, p.953); Coutinho e Costa (2001, p. 17) ressaltam que, ciente dessa realidade e em busca de mudanças, a enfermagem também evoluiu, e as bases da assistência à criança hospitalizada têm se modificado, principalmente nas últimas décadas, em decorrência dos resultados de pesquisas nas áreas das ciências médicas, humanas e sociais, tendo, a partir dessas contribuições, desenvolvido diferentes perspectivas de como assistir a criança no processo saúde-doença, que vêm orientando a prática pediátrica.

Segundo Anderson (1995, pp. 49-73):

[...] para que um hospital seja considerado um “ambiente curativo”, é necessário que a tomada de decisão em relação aos cuidados prestados ao paciente e seus familiares pelo pessoal do hospital, possibilite a participação de todos esses atores, no sentido de que as mudanças se efetivem, não apenas de forma normativa (para o pessoal, funcionários) e imposta (para o usuário).

No ambiente hospitalar, é necessário o respeito para com o outro, sentir e perceber o paciente; ouvir o cliente e família; possibilitar a troca de informações; deixar que o pessoal que cuida diretamente do paciente também exponha suas idéias, valorizar as experiências de cada um, bem como a participação de todos no planejamento e implementação das ações. E essas recomendações devem ser levadas em conta, principalmente em se tratando de crianças e adolescentes.

Propiciar ao indivíduo condições de desenvolver a sua autonomia é, também, beneficiar a conquista de sua cidadania. É o direito à integridade como ser humano, que se estende tanto ao campo biológico, quanto ao psicológico, social, espiritual e também político.

Quanto ao exposto, Morin (2000, p. 38) afirma que

unidades complexas, como o ser humano ou a sociedade, são multidimensionais: dessa forma, **o ser humano é ao mesmo tempo biológico, psíquico, social, afetivo e racional**. A sociedade comporta as dimensões histórica, econômica, sociológica, religiosa... O conhecimento pertinente deve reconhecer esse caráter multidimensional e nele inserir estes dados: não apenas não se poderia isolar uma parte do todo, mas as partes umas das outras [...] (grifo nosso).

Ainda, segundo o referido autor (2000, loc.cit.),

o conhecimento pertinente deve enfrentar a complexidade. *Complexus* (grifo do autor), significa o que foi tecido junto; de fato, há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico), e há um tecido interdependente [...] Por isso, a complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade.

Realmente, não podemos conceber a criança hospitalizada, apenas pelo prisma biológico, ou psicológico, ou social, ou afetivo. Devemos, sim, percebê-la como um todo, como um ser multidimensional.

Portanto, as necessidades emocionais da criança devem ser levadas em consideração. Quanto a isso, Wong (1999) salienta que

**esta exige tanta consideração quanto sua alimentação ou sua terapêutica medicamentosa**, sendo a mais importante necessidade da criança a de ser amada e de se sentir segura desse amor, a perda ou o afastamento do objeto de amor, a insegurança produzida, na ótica da criança, pelo estar num ambiente hostil, internada, pode gerar uma

descrença em relação à contextualização do amar, repercutindo nas suas relações pessoais e com o mundo (WONG, 1999, p. 606) (grifo nosso).

O pessoal que cuida da criança deve estabelecer relações dialógicas, que se concretizam pelo ouvir, falar, orientar, perceber a criança como ser que possui necessidades biopsicossociais específicas. Deve, através de práticas, quaisquer que sejam, transformadas em práticas educativas, prestar orientação e esclarecimentos concretos a respeito da doença que tem a criança, seu tratamento, sinais e avanços na melhora, tornando mais amena e produtiva a hospitalização, permitindo-lhe, pois, aprendizagens.

E, para que essa aprendizagem ocorra, deve ser significativa. É necessário, pois, que esteja relacionada a experiências anteriores pessoais, da criança, estimulando, assim, o querer aprender e possibilitando modificações de atitudes e utilização do que é aprendido em diferentes situações no domicílio, na escola, na convivência com as pessoas, ou seja, na sua vida.

Quanto ao exposto, Ausubel (1980,p.36) afirma que

Para haver aprendizagem significativa é preciso haver duas condições:

- a) O aluno precisa ter uma disposição para aprender: se o indivíduo quiser memorizar o material arbitrariamente e literalmente, então a aprendizagem será mecânica;
- b) O material a ser aprendido tem que ser potencialmente significativo, ou seja, ele tem que ser logicamente e psicologicamente significativo: o significado lógico depende somente da natureza do material, e o significado psicológico é uma experiência que cada indivíduo tem. Cada aprendiz faz uma filtragem dos materiais que têm significado ou não para si próprio.

Realmente, para que a aprendizagem significativa se estabeleça, a equipe que cuida da criança deve propiciar condições para que o aprendiz questione, discorde, analise e proponha soluções para os problemas existentes. A criança deve desenvolver um pensamento reflexivo acerca do mundo que a rodeia.

### 2.1.2. Cuidando da criança e do adolescente no hospital

O desenvolvimento humano é um processo seqüencial, marcado por etapas e, embora a seqüência do desenvolvimento seja a mesma para todas as pessoas, a cronologia é variável, de pessoa para pessoa. É preciso considerar que

o desenvolvimento cognitivo é processo seqüencial marcado por etapas caracterizadas por estruturas mentais diferenciadas. Em cada uma dessas etapas a maneira de compreender os problemas e resolvê-los é dependente da estrutura mental que a criança apresenta naquele momento. Seria, pois, necessário identificar, através de observação criteriosa, o momento do desenvolvimento que a criança está vivendo (PIAGET, 1969, p.182).

Durante o período de internação hospitalar, a criança continua crescendo e se desenvolvendo e, a depender da etapa em que se encontre, necessitará de estímulos e cuidados específicos. Uma criança, em longo período de hospitalização, a depender dos estímulos positivos ou negativos recebidos, poderá ter ou não um desenvolvimento que se possa considerar como sadio, nas condições em que isso se passa, pois, segundo Wallon (1986, p.), “[...] o meio social exerce influência fundamental sobre o desenvolvimento da pessoa humana”.

Se a equipe que cuida da criança no hospital possuir o conhecimento necessário sobre as transformações sequenciais da criança, poderá atendê-la com mais competência, devendo manter o ambiente de acordo com as necessidades infantis. Assim, será conseguida uma mais fácil, mais rápida e melhor adaptação da criança ao meio hospitalar, atenta à continuidade do seu processo de desenvolvimento e crescimento adequados, o que contribuirá para recuperação e/ou minimização do seu problema de saúde.

Percebemos, entre os profissionais de saúde, uma preocupação em cuidar do bem-estar físico da criança e/ou adolescente, em curar a sua doença, não priorizando os fatores psicológicos, sociais e afetivos que estão implícitos nesse processo. Eles sabem que existem essas necessidades, porém não efetivam ações que possam satisfazê-las.

Menzies (1970) analisou aspectos ansiogênicos inseridos no cuidado de doentes internados e os mecanismos coletivos de defesa desenvolvidos para a proteção contra a ansiedade, partindo da observação de que a situação de trabalho



na enfermagem suscita sentimentos fortes e contraditórios, tais como piedade, compaixão, amor; culpa e ansiedade; ódio e ressentimento em relação aos pacientes que fazem emergir tais sentimentos e até mesmo inveja dos cuidados oferecidos ao paciente. Essa autora procurou entender as defesas que são rotineiramente erigidas, para que as enfermeiras possam dar conta da tarefa que lhes é delegada. Destacamos algumas destas defesas:

- 1) Fragmentação do relacionamento enfermeira/paciente de tal modo que cada enfermeira executa tarefas – desempenhadas para muitos pacientes – evitando assumir o cuidado por um único paciente e ter que entrar em contato com sua subjetividade;
- 2) Despersonalização, categorização e negação da importância do indivíduo a partir da ética de que um paciente é igual a qualquer outro. Técnica de defesa que também pode ser lida ao reverso, pois se aplica à própria enfermeira: também ela deve ser intercambiável, escondendo sua individualidade através de uniforme e comportamentos rotinizados;
- 3) Distanciamento e negação de sentimentos ou, em outras palavras, adesão a uma ordem moral local onde o imperativo é “agüentar firme”;
- 4) Ritualização das tarefas rotineiras, bloqueando qualquer espaço para a tomada de decisão;
- 5) Redução do peso da responsabilidade através da adoção de um sistema de verificações e de contraverificações e de uma rígida hierarquia de autoridade (MENZIES, 1970, p. 72).

Quanto ao exposto, Spink (2003, pp. 147-148) salienta que

Tais defesas são funcionais na medida em que elas evitam a experiência de ansiedade e, efetivamente, poupam o indivíduo de ter que se confrontar com ela. Mas, em contrapartida, a introjeção forçada da ansiedade acaba por confundir a ansiedade realista que deriva de perigos reais com a ansiedade patológica. Inibe, também, a capacidade para o desenvolvimento pleno da habilidade de lidar efetivamente com a realidade; inibe o desenvolvimento da autocompreensão e do autoconhecimento e com isto uma certa parcela de desempenho realista. Evidentemente, quando a discrepância entre o sistema de defesa coletivo e individual é muito grande, o desencantamento do indivíduo face a instituição torna-se inevitável. O grande número de dissertações e teses que vêm sendo produzidas nas Escolas de Enfermagem do país atesta para o questionamento que vem fervilhando pelo menos entre o pessoal de enfermagem. Teses como a de Takahashi, defendida na USP em 1991, evidenciam a necessidade de reconhecer a existência das emoções no desempenho da profissão e exploram formas defensivas de lidar com a expressão destas emoções... O estudo desenvolvido por Avelino Rodrigues (1998) procura entender o stress implícito no trabalho do médico e suas implicações para a prática.

Percebemos que essas pesquisas refletem uma necessidade de se ressignificar e redirecionar a prática dos profissionais de saúde em Instituições hospitalares. Spink (2003, p. 148) ainda ressalta que

Tais estudos vêm à luz do dia porque a própria instituição hospitalar, organizada como um sistema de defesas contra a ansiedade, encontra-se em crise. Crise essa gerada, de certo modo, pelas dificuldades econômicas enfrentadas pela saúde. Mas geradas também pelo confronto de ideologias diversas provenientes da coexistência de velhos e novos paradigmas, como a visão organicista biologizante e as perspectivas holísticas, integradoras dos aspectos bio-psico-sociais.

Lembramos da **síndrome de burnout**, citada anteriormente por Lipp (2000), que, segundo Codo e Menezes (1999, p. 238),

significa em português, algo como “perder o fogo”, “perder a energia” ou “queimar (para fora) completamente”. É uma síndrome através da qual o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho, de forma que as coisas já não lhe importam mais e qualquer esforço lhe parece ser inútil. Essa síndrome afeta, principalmente, profissionais da área de serviços quando em contato direto com seus usuários. Como clientela de risco são apontados os **profissionais de educação e saúde**, policiais e agentes penitenciários, entre outros (grifo nosso).

Maslach e Jackson (apud CODO ; MENEZES, 1998, p. 237) definem a síndrome de burnout como:

Reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou com problemas. Cuidar exige tensão emocional constantes, atenção perene; grandes responsabilidades espreitam o profissional a cada gesto no trabalho. O trabalhador se envolve afetivamente com os seus clientes, se desgasta e, num extremo, desiste, não aguenta mais, entra em **burnout**. A síndrome é entendida como um conceito multidimensional que envolve três componentes:

- 1- Exaustão emocional – situação em que os trabalhadores sentem que não podem dar mais de si mesmos a nível afetivo,
- 2- Despersonalização – desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas e de cinismo às pessoas destinatárias do trabalho (usuários/clientes) – endurecimento afetivo, “coisificação” da relação.
- 3- Falta de envolvimento pessoal no trabalho – tendência de uma “evolução negativa” no trabalho, afetando a habilidade para realização do trabalho e o atendimento, ou contato com as pessoas usuárias do trabalho, bem como com a organização.

Realmente, identificamos em muitos profissionais que cuidam de crianças em hospitais, a falta de vínculo afetivo entre eles, a criança e sua família. É como se tivessem perdido o “encanto”, o estímulo em relação ao trabalho e não acreditassem mais em mudanças, em transformações; têm consciência dos problemas, porém agem com pessimismo nas relações e se acomodam diante dos fatos. Entram em burnout. É preciso mudar, humanizar o processo de atendimento à saúde, de modo a conferir sentido à relação da equipe com a criança hospitalizada.

As crises, como cita Spink, muitas vezes podem e devem gerar mudanças. Então, as construções e significados imputados à doença e à internação por parte de cada um dos integrantes do triângulo instituição/ sistema social/paciente terão que ser considerados, ou seja, as expectativas geradas a partir da ordem social vigente, a vivência dos profissionais da saúde e a experiência dos pacientes. A referida autora ainda enfatiza:

A tarefa é monumental e como tal exige a complexificação do posicionamento dos atores neste cenário. A hegemonia médica terá que ceder lugar à postura interdisciplinar. Outros profissionais terão que ser chamados, não apenas para auxiliar no apoio direto ao paciente, ou mesmo aos profissionais da saúde, mas também para auxiliar na leitura desse cenário complexo (SPINK, 2003, p. 148).

É necessário, pois, que existam ações compartilhadas, em que todos os atores participem, no nosso caso, a criança, a família e os profissionais que cuidam da criança no hospital, no sentido de que as mudanças se efetivem, vinculadas às reais necessidades da criança e não de maneira normativa e imposta. Segundo explica Pêpe (1999), é necessário ajudar o indivíduo a compreender, a adaptar-se às mudanças e educar para tomada de decisões acertadas e conseqüentes sobre a vida.

Os profissionais que cuidam da criança no hospital devem ajudá-la a adaptar-se ao ambiente hospitalar, pois este é um local estranho para ela. A execução de ações compartilhadas por todos os atores envolvidos no processo da internação e, conseqüentemente, no tratamento da criança, ajudará na formação de indivíduos autônomos, conscientes de seus atos, pois a construção do conhecimento é contínua, ela prossegue mesmo durante a internação.

Watson (1985, p. 75), em sua teoria, constrói o cuidado de enfermagem sobre dez fatores, valorizando o cuidado humano-espiritual:

- 1) A formação de um sistema de valores humanista-altruísta.
- 2) A promoção de fé e esperança.
- 3) O cultivo da sensibilidade consigo e com os outros.
- 4) O desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança.
- 5) Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos.
- 6) A utilização do processo de cuidado criativo na resolução dos problemas.
- 7) O desenvolvimento do ensino e cuidado transpessoal.
- 8) A provisão de um ambiente de apoio integral.
- 9) Assistência voltada para a gratificação das necessidades humanas.
- 10) A permissão de forças existenciais-fenomenológicas

Dentre esses fatores relacionados na teoria de Watson, destacamos cinco, porque os consideramos fundamentais na atenção à criança hospitalizada. São eles: promoção de fé e esperança; cultivo da sensibilidade consigo e com os outros; desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança; provisão de um ambiente de apoio integral e assistência voltada para a gratificação das necessidades humanas.

É no desenvolvimento dos próprios sentimentos que o profissional pode interagir plenamente com o paciente. Conforme a autora, a sensibilidade e integração são capazes de permitir perceber no doente aquilo que os olhos não vêem, que as mãos não apalpam, mas que o coração é capaz de sentir. É a capacidade de experimentar sentimentos de ternura, de compaixão e sentir emoções.

Lembramos de Wallon, afirmando em sua teoria que o homem é um ser possuidor de emoções, e algumas delas estão nele desde o seu nascimento. Perceber as necessidades da criança hospitalizada é função da equipe que dela cuida, transformando o ambiente, de acordo com as suas carências, tornando, dessa forma, a Unidade Pediátrica um verdadeiro ambiente terapêutico.

Nos trabalhos científicos na área de saúde, especificamente na enfermagem, profissão que lida fundamentalmente com o ser humano, percebemos uma preocupação em efetivar a interação entre a tríade equipe/paciente/família.

A base da enfermagem é o cuidado, o qual deve ser prestado de forma humanizada, tanto para a clientela que se atende quanto para os seus familiares, uma vez que eles são a extensão do paciente.

Buscando atender integralmente às necessidades da criança hospitalizada, o enfermeiro tem verificado a importância da implementação, na sua prática diária, de um cuidado mais humano-espiritual. Quanto ao exposto, Cargnin, Costenaro e Lacerda (2000) enfatizam que

os diversos setores da saúde, a cada dia que passa, são surpreendidos, por situações de alta complexidade, que geram turbulência no cotidiano e influenciam diretamente em todos os fatores que agregam o ser humano como o social, o biológico, o psicológico e o espiritual. Dessa forma, a equipe de saúde não pode ficar alheia às necessidades do ser humano, principalmente, a psicoespiritual que, com a evolução surpreendente da tecnologia, ficou esquecida. Sabe-se que o modelo biomédico curativista ainda tem predominado em função da hegemonia médica em muitas instituições hospitalares, porém pretende-se salientar que a equipe de enfermagem não pode compactuar com esse modelo, uma vez que, é priorizado por esta profissão o cuidado ao ser humano (CARGNIN ; COSTENARO ; LACERDA, 2001, p. 15).

Backes, Martins e Dellazzana (2001, pp. 35-36) ressaltam que

O cuidado espiritual, no decorrer dos anos, foi muito esquecido e afastado do convívio profissional. Acreditava-se que uma “boa enfermeira” era sinônimo de excelência técnica e científica. Hoje, sabe-se que, com os novos paradigmas da profissão, o envolvimento com as necessidades humanas e espirituais é essencial para a assistência de enfermagem responsável e completa. O cuidado humano-espiritual perpassa toda a assistência; quando passa a sentir com o paciente, passa a olhar com os olhos da fé e acreditar na transcendência; dessa forma, exerce-se, naturalmente, também o cuidado biopsicoespiritual.

A valorização do profissional como SER HUMANO é o elemento fundamental para uma assistência humana e auto-realizável junto ao paciente. Mendes (1994, p. 43) ressalta que

[...] a valorização do homem como pessoa é uma “premissa básica” para a humanização no contexto da enfermagem. Se valorizado como pessoa, o enfermeiro reconhecerá a importância do seu próprio desempenho não apenas para a instituição, mas também para o seu próprio crescimento e sua auto-realização. Terá então, condições de ver no doente uma pessoa, e, com esta ótica, nortear sua conduta profissional.

Percebemos que o homem só será capaz de valorizar o seu trabalho, se esse o valorizar e elevá-lo como pessoa, porém o ambiente de trabalho será reflexo das boas ou más relações interpessoais. Quanto ao exposto, Backes, Martins e Dollazzana (2001) salientam que

a atitude terapêutica provém do trabalho com a própria personalidade. Na relação de cuidado, o paciente não é apenas um ser acometido por uma enfermidade, mas é, acima de tudo, uma pessoa, um “eu”, com desejos, sentimentos, aspirações e vontade de viver. Como profissionais do cuidado,

o "ser interior" deverá estar bem integrado e ajustado, para compreender, com maior profundidade, o mistério que se esconde no outro. Para tanto, o cultivo do "mundo interior" é um processo dinâmico, criativo e permanente, uma tarefa pessoal, responsável e coerente (BACKES ; MARTINS ; DOLLAZZANA, 2001, p. 41).

É necessário que o cuidador, no nosso caso, a equipe que cuida da criança no hospital, esteja harmonizado interiormente, que esteja bem, para então poder cuidar bem da criança internada, percebendo então as suas necessidades. Torna-se fundamental cuidar-se, para poder cuidar dignamente do outro. E, nesse processo, a criatividade, a percepção apurada, o colocar-se no lugar do outro e a vontade de transformar o ambiente de acordo com as necessidades da criança são pontos fundamentais na instauração de um ambiente terapêutico.

## 2.2 AMBIENTE TERAPÊUTICO

Em relação ao ambiente terapêutico, Costenaro (2001, p. 92) o considera

como ambiente terapêutico de cuidado, aquele local que apresenta condições estruturais e funcionais que permitam a realização do trabalho profissional com segurança, responsabilidade, eficácia e resolutividade no atendimento das necessidades dos recém-nascidos e dos profissionais que ali trabalham (COSTENARO, 2001, p. 92).

Tendo como base a definição citada de Costenaro (2001), especificamente referindo-se a Unidades de Internação Pediátrica, estendemo-la a toda e qualquer unidade de atendimento à criança e/ou adolescente e ao adulto. Para que seja considerada um ambiente terapêutico, deve ter condições físicas, organizacionais e práticas que possibilitem a efetivação do trabalho profissional com segurança e competência, devendo flexibilizar/adaptar esse ambiente, de acordo com as necessidades da criança e dos profissionais que ali atuam.

Não podemos conceber ambiente terapêutico, se não envolvermos, também, o bem estar do profissional, SER que cuida de outro SER humano.

Portanto, segundo a hipótese que elaboramos como norteadora deste trabalho, as unidades hospitalares que atendem crianças e/ou adolescentes carecem da

necessidade de criação de uma equipe de atendimento à criança e/ou adolescente que englobe o pessoal de saúde e o pessoal da escola, bem como se acredite ser esta mesma equipe um grupo ampliado de atenção à saúde da criança e/ou adolescente, pois todos, pessoal “da saúde” e “da escola”, estão atendendo à saúde biopsicossocial da criança e/ou adolescente.

Consideramos que os caminhos que traçam a vida de uma criança nem sempre acontecem conforme o esperado. Algumas intercorrências mudam aspectos relevantes, prejudicando o seu desenvolvimento harmonioso, e a hospitalização está entre essas intercorrências (SEIBEL ; SANCHES, 1992).

Leifer ressalta que “[...] as respostas da criança são influenciadas pelas diferentes fases do seu crescimento e desenvolvimento, tornando a doença uma experiência traumática que, ocorrendo, pode afetar a personalidade em formação (LEIFER, 1995, p. 377)”.

A equipe que cuida da criança e/ou do adolescente no hospital tem um papel fundamental em relação ao seu bem-estar e recuperação, principalmente a equipe de enfermagem que permanece com eles 24 horas.

Para Lananda (1995, p. 29),

[...] a relação humana, o encontro do enfermeiro com o paciente em nível hospitalar ou em qualquer instituição de saúde, é desencadeada pela doença. Essas situações mais ou menos dolorosas, traumatizantes e limitadoras da existência podem ser superadas através da integração social e da adoção de um estilo de vida saudável e próprio. Nesse processo, pode estar inserida a enfermagem e a instituição hospitalar, sendo vistos, cada vez menos, como asilo e mais como uma resposta transitória na vida dos seres humanos.

Nesse sentido, a enfermeira e também Mestre em Educação, Costenaro (2001, p. 57), docente do Curso de Enfermagem e Nutrição da UNIFRA, em pesquisa para obtenção do título de doutora em Filosofia de Enfermagem, Tese esta defendida na Universidade Federal de Santa Catarina, demonstrou a possibilidade de transformação nas formas tradicionais de tratar, ao buscar a implementação de “ambiente terapêutico de cuidado ao recém-nascido internado em unidade de tratamento intensivo neonatal”. Essa autora afirma: “a filosofia da enfermagem deve primar pela pessoa na sua singularidade psicológica e espiritual e não apenas pelo corpo biológico” (ibid., p. 57).

Conforme Lananda (1998, p. 30)

[...] se os olhares dos integrantes se cruzam; se ouvidos do enfermeiro captarem um gemido; se as mãos procurarem sossegar a agitação do medo e se a boca questionar o doente”, o cuidado realizado pelo enfermeiro realmente existe e transcende o que os olhos estão vendo.

O ambiente, pois, contribui para a construção do sujeito, e isto supõe a existência de relações de troca, de mínimo compartilhamento, em que cada indivíduo presente possa expor suas necessidades, dúvidas, anseios e, juntos, todos possam refletir e buscar soluções para seus problemas.

De acordo com Wallon (1996), “*a emoção é contagiante*”. Se envolvermos uma criança numa atividade prazerosa, que a faça sorrir, outras crianças se influenciarão com esse estado de alegria e também passam a sorrir; do mesmo modo, o choro de um único bebê num berçário, por exemplo, pode fazer também outros chorarem e até estressar a equipe que cuida dos bebês, na ânsia de tentar acalotá-los.

Segundo o mesmo autor, a dimensão afetiva ocupa lugar central, tanto do ponto de vista da construção da pessoa, quanto do conhecimento. A sua teoria da emoção tem uma nítida inspiração darwinista, pois

ela é vista como o instrumento de sobrevivência típico da espécie humana. Se não fosse pela sua capacidade de mobilizar o ambiente, no sentido das suas necessidades, o bebê humano pereceria. O choro atua de forma intensa sobre a mãe: é esta a função biológica que dá origem a um dos traços característicos da expressão emocional, sua alta contagiosidade, seu poder epidêmico (WALLON, 1972, p. 56).

Wallon considera a sua teoria fundamentalmente social, porque “ela fornece o primeiro e mais forte vínculo entre os indivíduos”. Esse autor afirma que “os adultos, no convívio com as crianças, estão permanentemente expostos ao contágio emocional. A ansiedade infantil, por exemplo, pode produzir no adulto próximo também angústia, ou irritação” (WALLON, 1972, loc.cit.)

Mesmo que não fale, é importante saber escutar o pequeno paciente. Facilitar a verbalização dos que falam e valorizar suas queixas. Muitos problemas podem ser sanados e evitados a partir dessa inter-relação. Observa-se, entre os profissionais de saúde, em especial naqueles que lidam com a criança, que a falta de vínculo afetivo entre eles e o paciente provoca, na maioria das vezes, um “abandono” do



paciente como pessoa, restringindo-se as ações profissionais a procedimentos terapêuticos. É urgente reverter essa situação.

Damásio (2000, p. 55) afirma, sobre a emoção, que

sem exceção, homens e mulheres de todas as idades, culturas, níveis de instrução e econômicos têm emoção, atentam para as emoções dos outros, cultivam passatempos que manipulam suas emoções e em grande medida, governam suas vidas buscando uma emoção, a felicidade, e procurando evitar emoções desagradáveis. [...] existe algo acentuadamente característico no modo como as emoções vincularam-se às idéias, valores, princípios e juízos complexos que só os seres humanos podem ter, e é nessa vinculação que se baseia nossa sensata percepção de que a emoção humana é especial. A emoção humana não diz respeito apenas aos prazeres sexuais ou ao medo que podemos ter de cobras. Diz respeito, também, ao horror que sentimos ao testemunhar o sofrimento e satisfação de ver a justiça sendo feita [...].

As relações de troca, de parcerias compartilhadas permitirão a valorização da participação ativa da criança e/ou do adolescente no seu processo de recuperação da saúde. Dessa forma e de acordo com o que já foi exposto, estamos propondo que se possibilite atenção específica ao seu processo de construção cognitiva formal, também no período de hospitalização, como parte integrante do respeito ao sujeito, em processo de tratamento da saúde.

Segundo Haeussler (1998), professora titular da Universidade Católica do Chile, a concepção que se tem de si mesmo, vai-se formando gradualmente, através do tempo e das experiências vividas pelos sujeitos:

el concepto de si mismo se va formando gradualmente a través del tiempo y de las experiencias vividas por el sujeto. Hay algunas que por su intensidad o significación tienen más valor de programación que otras: son las experiencias positivas o negativas que los adultos recuerdan de su infancia; ellas explican en forma importante lo que las personas se dicen de si mismas (HAEUSSLER, 1998, p. 17).

Portanto, uma experiência enriquecedora contribui para uma percepção positiva que se vai formando de si próprio, enquanto que uma experiência negativa se constitui num obstáculo para esse processo, isto é, para a formação de uma percepção satisfatória que se tem do seu próprio valor.

Moysés, mestra em Psicopedagogia e doutora em psicologia educacional (Universidade Federal Fluminense), ressalta que

Circunstâncias externas desfavoráveis, como as existentes nos orfanatos, podem ajudar a consolidar autoconceitos negativos. Bastam alguns conteúdos concretos negativos para contagiar os demais. O contrário também poderá se dar quando as condições são favoráveis (MOYSÉS, 2001, p. 30).

Essa citação faz inferir que, assim como os orfanatos, o hospital ou a escola, podem se constituir num ambiente inóspito para a criança, se forem ambientes desfavoráveis que dificultem a sua auto-construção positiva.

Spitz (1986) assim descreveu o quadro de “depressão anaclítica” em crianças privadas do vínculo com sua mãe durante alguns meses:

[...] tornam-se inicialmente choronas, perdem peso, não têm apetite, seu desenvolvimento neuropsicomotor se retarda ou estaciona, e terminam por mostrar-se indiferentes ao meio ambiente. Este é o quadro que também se encontra no “hospitalismo” ou separação prolongada da criança da sua família, não só em hospitais, mas também em creches ou orfanatos (SPITZ, 1986).

Coopersmith (1967 apud HAEUSSLER, 1995), em estudo acerca da autoestima, trabalhando com uma amostra de 1947 crianças de dez anos de idade, determinou quatro fatores altamente significativos para a autoestima:

- A aceitação, preocupação e respeito recebidos pelas pessoas.
- A história de êxitos e a posição (status) que a pessoa tem na comunidade.
- A interpretação que as pessoas fazem de suas experiências; como essas experiências são modificadas pelas aspirações e valores que elas têm.
- A maneira que têm as pessoas de responder à avaliação.

Moysés (2001, p.18) faz uma diferenciação entre autoconceito e autoestima, considerando que

[...] os estudos sobre autoconceito ganharam corpo nas décadas de 1970 e 1980. No âmbito conceitual, coube às pesquisas e aos escritos de W. Brookover, Stanley Coopersmith, William Purkey, entre outros, oferecer os subsídios que balizaram, por muito tempo, as investigações nessa área. Formou-se, assim, um certo consenso de que o autoconceito é a percepção que a pessoa tem de si mesma, ao passo que a auto-estima é a percepção que ela tem do seu próprio valor.

Portanto, o sentimento de valor que acompanha a percepção que temos de nós próprios se constitui na nossa auto-estima.

Coopersmith (1967, pp. 4-5) define autoestima como sendo

[...] a avaliação que o indivíduo faz, e que habitualmente mantém, em relação a si mesmo. Expressa uma atitude de aprovação ou desaprovação e indica o grau em que o indivíduo se considera capaz, importante e valioso. Em suma, a auto-estima é um juízo de valor que se expressa mediante as atitudes que o indivíduo mantém em face de si mesmo. É uma experiência subjetiva que o indivíduo expõe aos outros por relatos verbais e expressões públicas de comportamentos.

O hospital, através de uma equipe formada por profissionais da escola e da área de saúde, poderá facilitar à criança e/ou adolescente o desenvolvimento de um auto-conceito positivo e, conseqüentemente autoestima positiva, apesar da desvantagem do seu problema de saúde, através da promoção de um ambiente de aprendizagens significativas que lhe permita avançar aprendendo. Segundo Alves (2000, p. 57),

a criança, embora longe do seu ambiente familiar, como no caso da hospitalização, não perde a sua identidade, porque a sua "memória cultural" estará presente, garantindo a sua necessidade de carinho e amor. Os sentidos se constroem a partir das vivências cotidianas, desde o nascimento, em permanente interação com o meio ambiente e a linguagem.

Portanto, atender a criança e/ou adolescente hospitalizado, exige o reconhecimento deste como ser único, individual, pertencente a uma família, ambiente domiciliar e comunidade, com características próprias. Ressaltamos Ceccim (1999, p. 42), o qual afirma que,

se o relacionamento com a doença infantil, ou mesmo com a criança enferma, é mediado pela emergência de atenção às demandas biológica e psicológica da criança, uma outra dimensão destaca-se à **escuta pedagógica** do desenvolvimento infantil: a dimensão vivencial. Essa dimensão conta-nos das expectativas de cura, sobrevida e qualidade de vida afetiva, de retorno às atividades anteriores e de continuidade dos laços com o cotidiano. Assim, 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.

O atendimento da criança e/ou adolescente no hospital, por uma equipe pedagógica, formada por profissionais da área de saúde, em união com o professor, possibilitam a construção dos conhecimentos desses pacientes, facilitando a aceitação da doença e conseqüentemente adesão ao tratamento, bem como proteção do seu desenvolvimento e êxito nas aprendizagens, além de facilitar a sua reinserção à escola após a alta hospitalar.

### 2.3. ATENDIMENTO PEDAGÓGICO DA CRIANÇA E/OU ADOLESCENTE, NO AMBIENTE HOSPITALAR

O ambiente hospitalar deve contribuir para a manutenção do vínculo da criança com a vida, e desta faz parte a escola. A criança tem como traço identitário ser um aluno, um estudante, um escolar. Assim, mesmo em situação de hospitalização, deve-se manter o processo da aprendizagem formal da criança, respeitando-lhe a identidade como aprendiz. A nossa hipótese admite que isso deve ser feito através de práticas educativas, seja nas enfermarias, em salas específicas, ou durante a realização dos muitos procedimentos de atenção à saúde. Propomos que se deva trabalhar com materiais que venham das escolas, deveres e outras atividades que a criança possa fazer, pois

a hospitalização não implica, necessariamente, qualquer limitação ao aprendizado escolar e, apesar de ser na Política Nacional de Educação Especial (MEC/SEESP, 1994 e 1995), que a educação em hospital aparece como modalidade de ensino e de onde decorre a nomenclatura “classe hospitalar”, deve-se ter presente que esta oferta educacional não se resume às crianças com transtornos de desenvolvimento, como já o foi no passado (anos 50 aos 80), mas também às crianças em situação de risco ao desenvolvimento, como é o caso da internação hospitalar, uma vez que a hospitalização impõe limites à socialização e às interações, impõe o afastamento da escola, dos amigos, da rua e da casa e impõe regras sobre o corpo, a saúde, o tempo e os espaços (CECCIM, 1999, pp. 27-36)

Consideramos que o **atendimento pedagógico da criança hospitalizada, no ambiente hospitalar**, tem o objetivo de proteger o seu desenvolvimento, facilitando a sua reintegração à escola após a alta, além de proteger o seu sucesso nas aprendizagens e facilitação do seu processo de atenção/recuperação da saúde

Para Vygotsky (1984, p. 36),

os fatores sociais desempenham um papel fundamental no desenvolvimento intelectual. Quando o conhecimento existente na cultura é internalizado (ou construído) pelas crianças, as funções e as habilidades intelectuais são provocadas a se desenvolver. Dessa forma, a aprendizagem conduz ao desenvolvimento.

A interação da criança com os colegas, pais e outros adultos será substituída, no hospital, pelo contato com a equipe de saúde e, também, com o “professor no hospital” (representante da escola), devendo contribuir para uma aprendizagem um pouco diferente daquela resultante do contato com o grupo classe, mas que deve, também, permitir, intencionalmente, uma troca de idéias e, conseqüentemente, a ampliação do conhecimento da criança. Essas observações estão sendo feitas em atenção ao que Wallon (1983) ressalta: “[...] a infância é uma idade única e fecunda, cujo atendimento é tarefa da educação”. Portanto, aproveitar cada momento da vida da criança, em benefício da construção de seus conhecimentos é função das pessoas que estão cotidianamente junto a ela, mesmo que essa criança esteja hospitalizada, pois o seu crescimento e desenvolvimento não param. O hospital também pode e deve ser um espaço pedagógico.

Segundo Zannon (1981, p. 6):

[...] os estudos sobre o desenvolvimento infantil de crianças em famílias e em instituições têm resultado na acumulação de conhecimentos sobre a importância da combinação de uma variedade de fatores, no estabelecimento de condições favoráveis para o atendimento de crianças hospitalizadas. A presença de um agente social e afetivo, positivo e permanente, que mantenha um relacionamento personalizado com a criança, constitui um fator salientado em todos os estudos. No entanto, não é comum a atualização destes conhecimentos no atendimento pediátrico hospitalar. Concorda-se com a afirmação de Petrilho e Sanger (1980), de que os avanços teóricos e metodológicos da área de desenvolvimento infantil, não encontram correspondência em sua aplicação na assistência à criança em serviços de prestação de cuidados à saúde da comunidade.

Estamos propondo o desenvolvimento de uma prática hospitalar de atendimento integral à criança, que leve em consideração as suas necessidades de prazer, ternura, de vontade de estar com o outro e aprender com ele, principalmente porque se trata de criança com necessidade específica e especial, em uma **situação especial**, como é o caso de estar em uma instituição hospitalar (grifo nosso).

Segundo as diretrizes do Plano Nacional de Educação (PNE), aprovado na Lei Nº 10.172, de 9 de Janeiro de 2001, em relação à Educação Especial:

A educação especial se destina às pessoas com necessidades especiais no campo da aprendizagem, originadas quer de deficiência física, sensorial, mental ou múltipla, quer de características como altas habilidades, superdotação ou talentos.

De acordo com as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LEI Nº. 9.394, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996 ), no seu Capítulo V – Da Educação especial

Art. 58 – Entende-se por educação especial, para os efeitos desta Lei, a modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais.

1.º. Haverá, quando necessário, serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender às peculiaridades da clientela de educação especial.

2.º. O atendimento educacional será feito em classes, escolas ou serviços especializados, sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular.

.....

A criança deficiente deve ser atendida, na medida do possível, em classe regular. No nosso caso, o que temos é uma criança de classe regular hospitalizada e, por isso, com necessidades específicas e especiais a serem atendidas; e, assim, o atendimento será obtido do esforço de aproximação e ação entre o grupo de saúde do hospital e o grupo pedagógico da escola. Portanto, haverá um grupo resultante desse esforço de aproximação entre hospital e escola, ao qual chamaremos de “equipe de atendimento de saúde e educacional”.

Consideramos que a criança, num quadro de hospitalização prolongada, mesmo não apresentando deficiência física, sensorial, mental ou múltipla, de caráter permanente, ou altas habilidades, superdotação ou talentos, deve também ser incluída como merecedora dos benefícios reservados à educação especial, isso porque a educação especial se destina “às pessoas com necessidades especiais no campo da aprendizagem”. No caso da internação hospitalar, essas necessidades estão presentes em decorrência do afastamento da criança do espaço escolar, bem como das limitações físicas e/ou fisiológicas que a criança está sofrendo, que podem

ser temporárias, ou mesmo, em alguns casos, prolongadas, ou, ainda, de caráter permanente. Portanto, esse é um caso a ser considerado, de educação especial, que se traduz, no mínimo, como uma “fase de educação especial” para crianças hospitalizadas, pelo menos por analogia ao que existe previsto na lei.

Assmann (1998, p. 29) afirma que

o ambiente pedagógico tem de ser lugar de fascinação e inventividade. Não inibir, mas propiciar, aquela dose de alucinação consensual entusiástica requerida para que o processo de aprender aconteça como mixagem de todos os sentidos. Reviravolta dos sentidos-significados e potenciamento de todos os sentidos com os quais sensoriamos corporalmente o mundo. Porque a aprendizagem é um processo corporal. Todo conhecimento tem uma inscrição corporal. Que ela venha acompanhada de sensação de prazer não é, de modo algum, um aspecto secundário.

Essa citação de Assmann faz inferir que, do mesmo modo que a escola, o ambiente hospitalar deve ser estruturado em função da criança. O prazer representa uma dimensão “chave” que, no ambiente hospitalar, está sempre contrariado. A equipe de enfermagem precisa considerar, na sua prática cotidiana em hospital pediátrico, o prazer da criança e, acima de tudo, a satisfação em desempenhar as suas atividades profissionais com a criança como parceira no processo de atenção/recuperação da saúde. As técnicas de enfermagem podem e devem ter uma dimensão pedagógica, contagiando o ambiente e, conseqüentemente, a criança pelo prazer de juntos “aprender-ensinar”, mesmo no hospital e, muitas vezes, com dor.

Deve-se ressaltar que, na criança em crescimento e desenvolvimento contínuos, cada estrutura mental tem o seu momento próprio de aparecer. Nesse processo de desenvolvimento, a interação adequada ao ambiente fará com que cada estrutura se construa e possa ser utilizada em toda sua plenitude. Para Piaget (1969, p. 60),

a perda deste momento parece-nos desastrosa, pois uma estrutura mental, se não for exercitada no momento próprio, irá requerer, em cada etapa posterior, maior esforço tanto do sujeito em desenvolvimento quanto de quem pretende facilitar-lhe este processo.

As pessoas que trabalham com criança e, principalmente com crianças doentes, tornarão o seu potencial de trabalho mais efetivo se compreenderem como e por que as crianças se comportam do jeito que elas se comportam.

Coutinho e Costa (2001, p.18) afirmam que,

[...] diante da complexidade de que se reveste o assistir a criança, é reconhecido o desafio que compõe essa tarefa, e a diversidade de situações que se apresentam, tendo por consequência a necessidade de humanização e percepção do ser infantil que está sendo assistido durante os cuidados requeridos. Toda esta complexidade recai na hospitalização, sendo este o momento de assistir que separa a criança do seu dia-a-dia, por maior espaço de tempo, levando-a a se confrontar com situações estressantes, agressoras e desconhecidas, que nem sempre podem ser mentalmente elaboradas para si como um cuidado necessário à sua recuperação.

Isso, entendemos, deve ser ponto de reflexões para os profissionais que lidam com esse assistir.

Analisando os aspectos citados,

assistir a criança é uma atividade complexa, que requer cada vez mais um desenvolvimento cognitivo e afetivo dos profissionais de saúde, de modo especial, do enfermeiro, por ser de sua competência a administração da assistência. Ainda sobre o assunto, os autores dizem que, sendo a assistência dirigida a clientes pediátricos, os procedimentos devem ser efetuados com respeito a um ser que se encontra em processo de formação biopsicossocial e espiritual, influenciado por fatores genéticos, afetivos, psicológicos, culturais e sociais de sua família e do ambiente onde vive, incluindo o hospital (BIEHL *et.al.*, 1992, p.7).

Tentamos, nessa pesquisa, investigar, à luz dos fatos e idéias abordados, a possibilidade de diminuição do impacto da hospitalização na vida da criança, em decorrência das consequências desta internação, considerando:

- A criança como um todo ( ela e o seu problema de saúde).
- O hospital como agente estressor para a criança.
- O ambiente tornado apropriado, interferindo sobre o desenvolvimento e crescimento da criança; e neste ambiente está incluído o apoio da “equipe de atendimento de saúde e educacional”, que cuida da criança no hospital, contribuindo para a manutenção da sua aprendizagem formal e para a preservação e/ou aumento de sua autoestima.

A criança é um ser que possui “memória cultural”, isto é, ela própria possui a sua identidade, pois os sentidos se constroem a partir das vivências cotidianas, desde o nascimento, em permanente interação com o meio ambiente e com a



linguagem; o ambiente hospitalar deve contribuir para a manutenção do vínculo da criança com a vida, e dela faz parte a escola.

Os profissionais que trabalham em hospital, especificamente os da área de saúde, cuidam da saúde do outro. O assistir envolve uma série de cuidados. O enfermeiro, ao assistir o paciente, seja ele adulto, idoso ou criança, deve previamente elaborar o seu plano de cuidados ou prescrição de enfermagem. Segundo Horta (1979, p. 75), o “plano de cuidados é o roteiro diário (ou aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano”.

Atualmente, fala-se muito na necessidade de se refletir sobre a prática do cuidado prestado ao paciente, no nosso caso, a criança. Cuidar de uma criança requer atenção a todas as suas necessidades, sejam elas biológicas, psicológicas, sociais ou espirituais. Além disso, é necessário atentar para a fase de desenvolvimento em que ela se encontra. Se essa criança está hospitalizada, deve-se somar aos cuidados, a observância dos fatores e consequências que a hospitalização traz para a sua vida, que provocam impactos na vida desse ser. Portanto, a criança internada em hospital deve receber uma assistência hospitalar especializada integral, o que significa uma atenção que englobe os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais da dimensão humana. Cuidar da criança hospitalizada significa percebê-la como uma pessoa que tem sentimentos, emoções e expectativas singulares, interagindo a todo momento, consigo próprio, com as pessoas que cuidam dela, com o ambiente, enfim, com a vida. Costenaro (2001, p. 53) afirma: “A terapêutica de cuidado, além da realização do procedimento técnico nela incluída, pode ser representada pelo processo de interação entre o ser que é cuidado e o cuidador.”

Portanto, o cuidar não se restringe apenas em tentar promover o bem estar físico da criança e/ou adolescente, pois segundo Mayeroff (1971):

O cuidado envolve alguns ingredientes especiais como “**conhecimento**” (quem é o outro, quais são suas necessidades, como podemos ajudá-lo, conhecer nossas forças e limitações), “**paciência**” (esperar e observar com atenção e cautela os acontecimentos, o crescimento de um ser humano, respeitando o seu ritmo), “**honestidade**” (primar por um enfrentamento positivo e ativo entre nós e os outros), “**confiança**” (envolve apreciação do outro, de sua existência como também devemos confiar em nós mesmos, em nossas habilidades de ajudar e acreditar em nossos instintos), “**humildade**”, pois cada relacionamento é único, não podemos repetir o que fazemos em casos anteriores, precisamos aprender em todas as horas.

Esse aprendizado significa um recomeçar constante. “**Esperança**” é a expressão de um presente vivo, com a certeza do possível e não somente do desejável (MAYEROFF, 1971, p. 36).

Percebemos, diante do exposto, que o enfermeiro/enfermeira, ou outro qualquer cuidador, deve atender à criança hospitalizada, respeitando a sua individualidade, sua maneira de ser e agir, suas emoções. Cada criança apresenta sua história, tanto em relação à sua doença atual como também em relação à sua própria vida.

A pediatria, a puericultura e a pedagogia têm nos direcionado para muitas questões no que diz respeito ao cuidado à criança, especificamente à consideração de suas necessidades pedagógico-educacionais, para que se assegure o seu melhor crescimento e desenvolvimento, aquisição de seu conhecimento formal e outros, o desenvolvimento de sua linguagem e fala, a construção de si mesmo e de suas relações com o mundo.

As necessidades da criança e/ou adolescente se acentuam durante uma hospitalização porque, como já dissemos, o hospital rompe os seus laços do cotidiano, e eles passam a requerer um cuidado hospitalar especializado. Por isso, a legislação tem assegurado a atenção às necessidades das crianças e/ou adolescentes hospitalizadas.

Atualmente, além de outros direitos, a criança hospitalizada deve usufruir da continuidade de sua escolaridade. A Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados (Brasil, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - Resolução 41/95) estabelece:

- 1) Direito à proteção, à vida e à saúde com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação;
- 2) Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa;
- 3) Direito de não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento da sua enfermidade;
- 4) Direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas;
- 5) Direito de não ser separada 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, 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 curriculum escolar durante sua permanência hospitalar** (grifo nosso);
- 10) Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do 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 recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e/ou prevenção secundária e terciária;
- 14) Direito à proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos;
- 15) Direito ao respeito à 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 dos seus dados clínicos, bem como direito de 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.

Fica claro que a criança ou o adolescente hospitalizado tem direito à educação. Entretanto, embora a legislação brasileira reconheça o direito das crianças

hospitalizadas ao atendimento pedagógico-educacional, é notória a inexistência desse tipo de atendimento, bem como a insuficiência de estudos relativos à educação de crianças em hospitais, no Brasil. Existem classes hospitalares no nosso país, mas são muito poucas. Segundo Fonseca (2008), as classes hospitalares estão distribuídas da seguinte forma, nas regiões brasileiras: na região Sudeste existem 46 hospitais com escolas; região Nordeste apresenta 20; Centro Oeste possui 21 hospitais com classe hospitalar; região Sul apresenta 17 classes e a região Norte contém em seu território, 08 hospitais com escola.

Conhece-se o quantitativo das classes hospitalares no Brasil, porém desconhecem-se os princípios norteadores, as práticas executadas e os reflexos na educação e na saúde da criança e do adolescente. Existem programas direcionados à criança hospitalizada, porém não é dispensado um tratamento científico a essa empiria. Ciente dessa realidade, e pesquisadora Fonseca, vem desenvolvendo estudos e pesquisas relevantes sobre essa modalidade de atendimento pedagógico.

O Estatuto da criança e do adolescente, Lei 8.069/90, que dispõe sobre os Direitos Fundamentais, no Capítulo IV, Do Direito à Educação, à Cultura, ao esporte e ao Lazer, preconiza:

Art. 53. A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e à qualificação para o trabalho, assegurando-se-lhes:

- I – igualdade de condições para o **acesso e permanência na escola** (Grifo nosso);
- II- direito de ser **respeitado por seus educadores** (Grifo nosso) ;
- III- direito de contestar critérios avaliativos, podendo recorrer às instâncias escolares superiores;
- IV- direito de organização e participação em entidades estudantis;
- V- acesso à escola pública e gratuita próxima de sua residência.

.....

Consideramos que o contato da criança com uma equipe pedagógica, no hospital, integraliza o atendimento pediátrico, pelo reconhecimento e pelo respeito às necessidades intelectuais e sócio-interativas que compõem o desenvolvimento da criança.

Segundo Ceccim (1999),

o professor deve estar no hospital para operar com os processos afetivos de construção da aprendizagem cognitiva e permitir aquisições escolares às

crianças. O contato com o professor e com uma “escola no hospital” funciona, de modo importante, como uma oportunidade de ligação com os padrões da vida cotidiana do comum das crianças, como ligação com a vida em casa e na escola (CECCIM (1999, pp. 27-36).

O hospital também deve ser um ambiente pedagógico; nele a criança deve aprender a lidar com o seu problema de saúde, seja na prevenção, recuperação ou reabilitação, como também deve-se promover a continuidade da sua educação formal. Quanto a isso, Brandão (2001, p. 9) afirma que

não há uma forma única nem um único modelo de educação; a escola não é o único lugar onde ela acontece e talvez nem seja o melhor; o ensino escolar não é a sua única prática e o professor profissional não é o seu único praticante.

Foucault (1991, p. 51) considera “os hospitais” como instituições fechadas, onde disciplina e vigilância, impostas, estão presentes. Afirma esse autor que

as distribuições da vigilância fiscal e econômica precedem as técnicas de observação médica: localização dos medicamentos em caixas fechadas, registro de sua utilização; um pouco mais tarde, é estabelecido um sistema para verificar o número real de doentes, sua identidade, as unidades de onde procedem; depois regulamentam-se suas idas e vindas, são obrigados a ficar em suas salas; a cada leito é preso o nome de quem se encontra nele; todo indivíduo tratado é inscrito num registro que o médico deve consultar durante a visita; mais tarde virão o isolamento dos contagiosos, os leitos separados. Pouco a pouco um espaço administrativo e político se articula em espaço terapêutico; tende a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes; constitui um quadro real de singularidades justapostas e cuidadosamente distintas. Nasce da disciplina um espaço útil do ponto de vista médico

Ainda hoje, percebe-se, nos hospitais, a presença de disciplina autoritária, imposta. Os pacientes, mesmo crianças, muitas vezes são despojados de suas roupas pessoais, sendo obrigados a usar o uniforme da instituição de saúde; são identificados por números, que são fixados no leito e no prontuário de registro; ocupam um espaço delimitado (quarto ou enfermaria) e nele devem permanecer; os leitos são separados; os pacientes com doenças contagiosas são isolados; há horário de visitas e de alimentação; não podem levar para o hospital brinquedos pessoais ou comer alimentos vindos do domicílio; não podem falar/ conversar livremente, só em voz baixa. A família passa a ser visita para a criança, num espaço de tempo estabelecido pela Instituição, geralmente uma hora.

É como se os direitos constitucionais (de ir e vir) da pessoa hospitalizada estivessem suspensos, mesmo que temporariamente, mas o fato é que estão suspensos.

Quanto a isso, lembramos que em pesquisa anterior de Mestrado em Educação, durante a fase de coleta de dados, entrevistando crianças, perguntamos sobre o que poderia ser feito, para que ela se sentisse melhor no hospital, e uma delas respondeu: “ – Eu queria andar mais livremente pelo hospital, a qualquer hora. Entrar em qualquer lugar. Eu gosto de ficar andando. O lugar que eu vou, é tirar foto (RX – radiografia).”

A criança, geralmente, é um ser que sente vontade de explorar o ambiente em que se encontra. E o hospital é um espaço físico desconhecido para ela, e diferente da sua casa. Muitas crianças não necessitam de repouso absoluto no leito, porém as normas e rotinas existentes nos hospitais impedem-na de transitar livremente nessas instituições, embora essas normas existam para manter a organização do serviço. Silva (2001, p.) afirma que

[...] É comum as pessoas enfermas hospitalizadas queixarem-se da falta de liberdade como um problema na hospitalização, porque no hospital elas não têm força de expressão, e o seu comportamento tem limites pré-estabelecidos pelas regras institucionais e, desse modo, sua liberdade é tolhida [...] É tão desagradável que, mesmo sendo bem tratados, não se sentem bem diante da restrição de sua liberdade.

É importante que os profissionais de saúde percebam cada criança não apenas como um corpo a mais presente na instituição hospitalar, mas, acima de tudo, como um ser humano que também percebe, que possui sentimentos, que interage consigo próprio e com os outros.

O ambiente contribui para a construção do sujeito, e a boa qualidade dessa construção depende das relações de troca, de compartilhamento, em que cada indivíduo presente possa expor suas necessidades, dúvidas, anseios e, juntos, todos possam refletir e buscar soluções para seus problemas. E isso é válido também para o hospital. Wallon (1996), afirma que “o sujeito constrói-se com o meio”.

A criança pode passar um longo período hospitalizada e, durante o tempo de permanência no hospital, o seu desenvolvimento e crescimento continuam. Ela, a

todo momento, relaciona-se com o meio ao seu redor, portanto essa construção também continua no período de hospitalização.

Segundo Oliveira et.al. (1999), “propiciar a escolarização da criança hospitalizada também é compreender o seu desenvolvimento, levando em consideração o seu estado clínico, suas necessidades e suas vivências anteriores”.

Reconhecer a criança hospitalizada como um indivíduo em constante construção, que sente, pensa, reflete e age é função dos profissionais que atuam em hospital pediátrico, além de perceber a criança como um ser que possui necessidades, que devem ser caracterizadas pelos aspectos biopsicossociais e espirituais.

Waldow (1998, p. 54) afirma que

o cuidado humano pode estar relacionado à forma de ser, agir, viver, expressar-se. É um compromisso com o estar no mundo sob vários e amplos aspectos, e contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, da dignidade humana, da equidade e da nossa espiritualidade. É contribuir para a construção da história, valorização e conhecimento da vida.

Acreditar na construção, pelo sujeito, de sua própria aprendizagem é dar ênfase à resposta elaborada pelo educando e tentar abandonar os modelos preestabelecidos de respostas definidas. Goulart (1997, p. 28) afirma que

voltamos a falar, nos últimos tempos, em desenvolver autonomia nas pessoas que educamos, em respeitar a liberdade do outro e deixar-lhes a chance de escolher. Isso não ocorre casualmente; é fruto de um processo sócio-político, no qual o papel da educação tem de ser alterado. Não é sem razão, também, que estamos colocando de lado o modelo comportamentista de ensino, abandonando uma disciplina centrada no controle exercido pelo professor e retomando os estudos piagetianos.

Deve ser oferecido ao educando, mesmo em situação de hospitalização, a oportunidade de reflexão, de análise, permitindo-se que ele elabore e expresse a sua construção; somente assim, teremos realmente, como consequência, uma aprendizagem efetiva, significativa, fruto de uma formação crítica, questionadora, em que todos são sujeitos do processo.

Segundo a mesma autora, “[...] Piaget realçou a interação com o ambiente e, quanto mais rica for do ponto de vista das trocas verbais e outras formas de

comunicação, mais possibilidades tem o indivíduo de desenvolver o raciocínio lógico” (GOULART, 1997, p. 28).

Os profissionais que atuam no espaço hospitalar podem e devem contribuir para a construção dos conhecimentos da criança, adotando práticas educativas com relações de troca, de compartilhamento, acreditando que o hospital também é um espaço pedagógico. Quanto a isso, corrobora BRANDÃO (1995, p. 10) que “[...] da família à comunidade, a educação existe difusa em todos os grupos sociais, entre as incontáveis práticas dos mistérios do aprender”.

A ação educativa está implícita na ação de saúde porque necessária, e se efetiva em aprendizagem significativa, junto das relações do sujeito com o ambiente, acontecendo nos vários espaços do hospital; que são espaços onde a criança aprende e, portanto, são espaços pedagógicos, quer sejam percebidos como tal ou não.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. TIPO DE ESTUDO**

A pesquisa realizada caracterizou-se como um estudo quase experimental, de natureza qualitativa. Segundo Martinez e Bosi (2004, p. 38):

a pesquisa qualitativa não só consiste em um modelo de fazer ciência, mas que congrega, uma série de implicações sociais, políticas, ideológicas e éticas...podem ter como objeto certos tipos de comportamento, ações ou práticas, podendo incluir as experiências, representações, opiniões, incluindo, ainda, certos processos sociais ligados às mesmas, tal como nas políticas, programas e serviços de saúde.

Escolhemos a metodologia qualitativa, considerando sua característica descritiva de comportamentos, fatos ou elementos. Não queremos estabelecer leis para criar generalizações, mas conhecer e compreender o universo da criança e/ou



adolescente no ambiente de uma Unidade Pediátrica Hospitalar, interagindo com situações impostas em decorrência de internação prolongada.

Optamos, também por fazer uma pesquisa do tipo quase experimental, com avaliação “antes-depois”, com um único grupo, pois, de acordo com Gil (1999, p. 69), “a pesquisa quase experimental é constituída por um grupo, geralmente reduzido, previamente definido quanto a suas características fundamentais, onde é introduzido um estímulo. Analisa-se o grupo antes e após a introdução do estímulo”.

Nesse estudo, o estímulo foram as atividades que caracterizaram a intervenção. Há pesquisas que embora não apresentando distribuição aleatória dos sujeitos nem grupos controle, são desenvolvidas com bastante rigor metodológico e aproximam-se bastante das pesquisas experimentais, podendo ser denominadas quase-experimentais. Nesses casos, a comparação entre as condições de tratamento e não tratamento pode ser feita com grupos não equivalentes ou com os mesmos sujeitos antes do tratamento... **É possível, no entanto, observar o que ocorre, quando ocorre, a quem ocorre, tornando-se possível, de alguma forma, a análise de relações causa-efeito** (GIL, 1999, loc.cit.) (grifo nosso).

Trata-se de uma investigação com delineamento do tipo quase-experimental, onde crianças e/ou adolescentes foram submetidos a uma avaliação antes e depois dos fatores experimentais (ações desenvolvidas – Programa) aplicados (CAMPBELL ; STANLEY, 1979). Gonçalves e Nunes (2005) salientam que

frequentemente, em experiências, a variável independente é um estímulo de qualquer tipo, e a variável dependente é a resposta...A diferença mais importante entre uma quase-experiência e uma experiência é que, na primeira, os grupos são selecionados de um modo que não é aleatório.

A fundamentação para a compreensão dos depoimentos foi realizada através da análise de conteúdo, a qual, segundo Lindzey, apud Bardin (1977, p. 34), é uma técnica que consiste em apurar descrições de conteúdo muito aproximativas, subjetivas, para pôr em evidência, com objetividade, a natureza e as forças relativas dos estímulos a que o sujeito é submetido”.

Utilizamos Bardin (1977, p. 37) para a descrição que propõe o método de categorização, formulado como “uma espécie de gavetas ou rubricas significativas, que permitem a classificação dos elementos de significação da mensagem”.

Segundo essa mesma autora, a classificação ocorre de acordo com a frequência ou ausência de itens de sentido, sendo utilizadas as unidades de registro ou codificação que são a fala, as expressões, a frase dentre outras, ou seja, “o aspecto exato e bem delimitado de corte” (*ibidem*, p.36). Na presença de ambiguidades quanto ao sentido dos elementos registrados nas unidades, surgem as unidades de contexto, superiores às unidades de registros. Com essa sistemática, as descrições do conteúdo deste estudo foram realizadas frente ao que emergiu nas expressões de significado das falas dos sujeitos.

Utilizamos o método de categorização com a composição de categorias, sub-categorias empíricas, unidades de contexto e unidades de registro. Sendo assim, tivemos como base os critérios definidos por Bardin (1977, p.36); considerando: a *exclusividade* - buscamos não repetir as unidades de registro e as classificamos em sub-categorias empíricas e, posteriormente construímos as categorias distintas; a *exaustividade* – colhemos e transcrevemos todos os depoimentos na íntegra e tentamos aproveitar o conteúdo dos depoimentos; a *objetividade* – as unidades de registro distintas também foram categorizadas; a *adequação* - tentamos adaptar a análise ao objetivo e conteúdo deste estudo; a homogeneidade – os dados foram agrupados, obedecendo às etapas do processo metodológico proposto por Lima (2005, p. 61). Nesse sentido, desenvolvemos os seguintes momentos:

- 1) Transcrição das entrevistas;
- 2) Leitura minuciosa das entrevistas transcritas, com a finalidade de identificar os significados no contexto geral do depoimento;
- 3) Releitura do material para identificar as frases de efeito no conteúdo das falas das crianças e/ou adolescentes e dos outros sujeitos que participaram desse estudo;
- 4) Seleção de trechos no que se mostrava mais comum ao nosso olhar, no material transcrito das falas de cada criança e adolescente hospitalizado, bem como dos outros sujeitos dessa pesquisa;
- 5) Agrupamento dos trechos de frases de efeito que pareciam mais convergentes ao nosso olhar, constituindo as *unidades de registro*;
- 6) Construção das *unidades de contexto* através de quadros, para melhor visualização e ordenação dos resultados encontrados;

- 7) Seleção, a partir das *unidades de contexto*, daquelas que se aproximavam da fundamentação do nosso trabalho para a formação das subcategorias;
- 8) Construção das categorias temáticas.

### 3.2. CAMPO DE ESTUDO

Realizamos o nosso estudo em uma unidade de internação pediátrica do Hospital Manoel Novaes, localizado na área urbana, do município de Itabuna, Estado da Bahia. É uma instituição hospitalar de referência na região, e para ele se dirige, também, a população das cidades circunvizinhas, quando necessitam de assistência pediátrica. Esse hospital é filantrópico, privado e conveniado. A unidade de internação pediátrica é credenciada pelo SUS (Sistema Único de Saúde). É um hospital agraciado pela UNICEF, com o título de “Hospital Amigo da Criança”.

A unidade de internação Pediátrica possui 50 leitos, divididos em clínicas médica e cirúrgica. Apresenta uma Unidade Fechada, destinada à oncologia (05 leitos); uma enfermaria destinada a pacientes com problemas cirúrgicos emergenciais, inclusive cirurgias ortopédicas; uma enfermaria de cirurgias eletivas, além de outras enfermarias destinadas a problemas respiratórios e gastrointestinais; existe também, uma enfermaria destinada a pacientes que necessitam de isolamento, com dois leitos. Nesta unidade há ainda, uma outra Unidade de Tratamento Especializado – U.T.E., com nove leitos, que se constitui num local onde ficam as crianças com patologias mais graves e que necessitam de um tratamento mais individualizado.

Na estrutura física da Unidade de Internação Pediátrica, existe um corredor, onde estão distribuídas as enfermarias e um Posto de Enfermagem. Em cada enfermaria há um banheiro. A U.T.E. e o Setor de Oncologia pediátrico estão localizados em outro espaço, porém no interior do hospital. Existe nas enfermarias, o sistema de alojamento conjunto, ou seja, a mãe ou outro responsável pela criança e/ou adolescente, pode permanecer continuamente junto com esses pacientes durante toda a internação.

A equipe de saúde que atende a criança nas enfermarias é composta de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de laboratório, nutricionista, fisioterapeuta e assistente social.

### 3.3. SUJEITOS DA PESQUISA

O estudo foi realizado com:

- 1) Crianças e/ou adolescentes hospitalizados – escolares, da enfermaria de oncologia, porque passam por extensos e constantes períodos de internação, vez que essa patologia exige um tratamento rigoroso (quimioterapia ou radioterapia), além das intercorrências que podem surgir e exigir também hospitalização. Geralmente, essas crianças permanecem no Hospital em períodos médios de 15 a 20 dias, podendo ocorrer 05 a 06 hospitalizações por ano e, quando saem de alta hospitalar, já sabem a data em que devem retornar para posterior hospitalização, a fim de dar continuidade ao tratamento.
- 2) Participaram, também, dessa pesquisa, crianças e/ou adolescentes - escolares de outras enfermarias, que necessitavam de uma maior permanência no hospital, tais como crianças vítimas de queimaduras, crianças com problemas ortopédicos e outros.

A criança e/ou adolescente que participou desse estudo, foi escolhido de acordo com os seguintes critérios:

- Possuir no mínimo 07 dias de internação;
- Ter idade escolar, tanto por estarem na escola, quanto por serem capazes de verbalizar e de expressar bem suas percepções;
- Concordar livremente, após esclarecimentos, em participar desse estudo;
- Dispor-se (responsável) a, após ter concordado, a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Também participaram desse estudo:

## **Grupos / sujeitos envolvidos na pesquisa**

### **1- Equipe pedagógica (Grupo da Escola):**

- Alunos dos Curso de Pedagogia e do Curso de Direito da UESC – Universidade Estadual de Santa Cruz e do Curso de Educação Física da FTC – Faculdade de Tecnologia e Ciências, na qualidade de voluntários;
- Professor da escola / classe que a criança e/ou adolescente hospitalizado frequenta.

### **2- Equipe de saúde (Grupo do Hospital):**

- Enfermeiras e/ou enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem;
- Alunos do curso de Enfermagem da UESC, na qualidade de estagiários e voluntários.
- Pais ou responsáveis das crianças hospitalizadas.

A criança e/ou adolescente hospitalizado foram atendidos por um grupo ampliado, obtido do esforço de aproximação e ação entre o grupo de saúde do hospital e o grupo pedagógico da escola; portanto, houve a formação de um grupo resultante deste esforço de aproximação entre Hospital e Escola, que chamamos de “equipe de atendimento de saúde e educacional”.

Aconteceram reuniões separadamente com os pais ou responsáveis das crianças hospitalizadas; com as crianças; com a equipe de enfermagem; alguns professores da escola da criança e com os alunos dos Cursos de Direito, Enfermagem e Pedagogia, com o objetivo de elaboração e priorização das ações a serem implementadas. Foi elaborado por essa “equipe de atendimento de saúde e educacional” um plano de atendimento pedagógico, que se caracterizou por:

- Oportunizar ao aluno hospitalizado, fazer as atividades escolares trazidas da sua classe na escola.

- Visita da professora para leituras e aplicações.
- Oportunizar contato da criança hospitalizada com seus colegas da escola, através de correspondências (cartas), trazidas por sua professora da escola.
- Conhecer com explicações e informações, por parte do grupo do hospital, aspectos da sua doença, através de palestras, dramatização, teatro de fantoches (educação em saúde).
- Conhecimento dos procedimentos do grupo de saúde que fazem parte da rotina do tratamento.
- Comemoração das datas festivas e cívicas como é feito na escola (Carnaval; Tiradentes; São João; 7 de Setembro – Independência do Brasil; Dia do Índio; Dia da criança; Natal; Estações do ano; Aniversário da criança e do adolescente comemorado no hospital).
- Leitura de revistas e livros de histórias, desenhos, pinturas, brincadeiras nas enfermarias e na Brinquedoteca.
- Orientações sobre a doença da criança, hábitos saudáveis e importantes para a recuperação da saúde, no momento da alta hospitalar.
- Orientar e esclarecer, em relação à educação em saúde, na escola da criança hospitalizada. Essas orientações foram realizadas em sala de aula por auxiliares de enfermagem e alunos voluntários que participaram dessa pesquisa.
- Realizamos com algumas crianças as atividades escolares no domicílio, eram crianças repetentes, e que retornaram a escola naquele ano, estavam preocupadas, pois não queriam perder novamente o ano. Elas fizeram as atividades com muito ânimo e disposição.

Essas ações não foram realizadas de maneira aleatória, mas como parte desse trabalho de pesquisa, especificamente, dizem respeito ao momento de intervenção. Além do professor, dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, outros adultos também estavam envolvidos, assim, trabalhamos com as mães ou outro responsável pela criança e/ou adolescente.

Percebemos a mãe preocupada e triste, em relação ao problema de seu filho e por estar afastada dos outros familiares, que ficaram no domicílio. Desenvolvemos oficinas, e após a realização destas, verificamos as mães mais seguras, elas demonstraram mais confiança. Houve portanto, diminuição do estresse.

### 3.4. CRITÉRIOS ÉTICOS

As crianças puderam decidir se queriam participar ou não desse estudo, bem como seus pais, que autorizaram o envolvimento dos filhos na pesquisa. Isso porque consideramos que um aspecto relevante é o consentimento dos sujeitos em relação à utilização dos dados numa pesquisa, um ponto fundamental, podendo caracterizá-lo como compromisso ético entre pesquisador e todos os atores sociais. O interesse e disponibilidade são fundamentais, pois facilitam, pelo envolvimento de todos, uma análise mais precisa e mais autêntica da realidade social.

Fundamentamos as questões éticas nas *Resoluções 1/88 e 196/96*, com base nas *Diretrizes para Pesquisas em Seres Humanos no Brasil, de 1995*. Observamos a relação com o tema, as características da pesquisa, a presença de um consentimento informado e a observância do respeito ao pesquisado.

Encaminhamos uma carta de solicitação à Diretoria do Hospital (anexo I), feita pela orientadora desse trabalho, para permissão da pesquisa, junto com o projeto.

A mãe ou responsável pela criança que participou da pesquisa recebeu explicação oral e em documento escrito (anexo II e III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ), em que abordamos os seguintes aspectos:

- 1) Justificativa, objetivos, procedimentos da pesquisa.
- 2) A liberdade de recusa em participar ou a retirada do consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.
- 3) A garantia do sigilo quanto à identidade da criança.
- 4) Solicitação de permissão para fotografar as crianças e/ou adolescentes no Hospital em estudo, a fim de viabilizar a apresentação do conteúdo pesquisado. As fotografias serão guardadas pela pesquisadora, de forma a garantir o anonimato e sigilo das faces, já que ao serem expostas estarão com tarja escura.

Uma via desse documento, assinado por ambos, ficou com a pesquisadora, e a outra com o responsável pela criança.

Encaminhamos também ao diretor da escola da criança e/ou adolescente hospitalizado, um documento solicitando autorização para realizarmos atividades da escola, no hospital (anexo I).

### 3.5. COLETA DE DADOS

Utilizamos as seguintes técnicas de coleta de dados: observação sistematizada, com roteiro; desenhos e entrevista gravada, semi-estruturada. Desenvolvemos o trabalho, obedecendo 06 etapas sucessivas, que estão expostas no quadro a seguir, juntamente com os procedimentos e estratégias de pesquisa:

Segundo Barros & Lehfeld (2000), à medida que a observação sofre uma sistematização e planejamento, ela pode ser considerada uma técnica científica e a observação é uma das técnicas de dados imprescindível em toda pesquisa científica.

A observação não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se desejam estudar.

Nessa pesquisa utilizamos um roteiro de observação da criança e/ou adolescente, tendo como fonte, a nossa própria vivência prática em hospital pediátrico e referencial teórico, Lipp e Lucarelli (2000, pp. 9-122). O nosso objetivo foi detectar **sinais e sintomas sugestivos de estresse** na vida da criança (grifo nosso), visto que Lucarelli (2000, p. 62) afirma:

Pais, educadores, professores, psicólogos, médicos e demais interessados no desenvolvimento saudável da criança devem manter-se atentos às sugestões de avaliação do stress, que estão ligadas a vários aspectos específicos, os quais visam verificar o papel dessa condição no desenvolvimento de doenças.

Esse mesmo autor, Lucarelli (2000) salienta que embora um diagnóstico preciso do stress infantil somente possa ser dado por profissionais especializados, os adultos que convivem com a criança e que a conhecem (sejam pais, babás, avós, médicos, professores ou outros) têm o importantíssimo papel de detectar possíveis mudanças físicas, psicológicas ou comportamentais, podendo, assim, buscar ajuda a tempo, diminuindo o sofrimento da doença.



Utilizamos o seguinte roteiro de observação antes e após implementarmos o programa de ações educativas:

## **ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA**

**OBJETIVO: Detectar sinais e sintomas sugestivos de estresse na vida da criança.**

1) Assinale os sintomas que a criança tem experimentado nas últimas 24 horas:

Choro em demasia. (Investigar a razão do choro):

---

Não aceita a separação temporária da família.

Apresenta olhar assustado.

A criança permanece calada.

Permanece apática, não se movimenta, não se interessa pelo que se passa ao seu redor

Demonstra tristeza

Denota medo

Demonstra desconfiança

A criança não conversa com os colegas da enfermaria.

A criança é agressiva com os colegas.

A criança não conversa com o pessoal que cuida dela.

A criança não conversa com familiares.

Mostra-se amedrontada por eventos e ou procedimentos simples.

Sono agitado.

A criança não brinca, quando surge oportunidade de brincar.

Não expressa suas queixas.

Não aceita a alimentação.

Come exageradamente.

Apresenta desobediência.

Gagueira

Enurese (Micção involuntária)

Insônia

Pesadelos

Terror noturno

Outro distúrbio do sono: \_\_\_\_\_

Birras

Queixa-se de dores abdominais

Tem diarreia

- ( ) Tiques nervosos
- ( ) Ranger dos dentes
- ( ) Tem Náuseas
- ( ) Boca seca
- ( ) Mãos e/ou pés frios
- ( ) Aumento de sudorese (muito suor)
- ( ) Sensibilidade emotiva excessiva, emociona-se por qualquer coisa.
- ( ) Aparecimento de problemas dermatológicos (pele).
- ( ) Outras alterações apresentadas: \_\_\_\_\_

Palavras que mais usa: \_\_\_\_\_

**Fonte: Elaboração da autora, utilizando como referencial Lipp (2000) e Lucarelli (2000).**

Aplicamos esse roteiro de observação antes de implementarmos o programa proposto, e verificamos que todas as crianças que participaram dessa pesquisa, apresentavam mais de 1/3 (um terço) dos sinais e sintomas presentes no referido roteiro. Eles são sugestivos de estresse, e alertam os adultos que cuidam da criança e/ou adolescente, para que medidas sejam adotadas, diminuindo-se assim agravos na saúde dessas crianças.

Usamos também o desenho, por ser uma forma de a criança expressar os seus pensamentos, a sua percepção do ambiente a sua volta. Mamede complementa as considerações da OPAS/OMS, ressaltando que

o desenho é, para a criança, uma atividade que envolve o conjunto de suas potencialidades e necessidades. No desenho podemos ver a interrelação entre aspectos físicos, motores, afetivos, psíquicos e culturais do seu desenvolvimento, os aspectos do grafismo infantil são bastante semelhantes, apesar das diferenças individuais de temperamento e sensibilidade entre as crianças. Mesmo as de culturas diferentes apresentam uma mesma evolução nos seus desenhos” (MAMEDE, 1998, p.2).

Enquanto Wong (1999, p. 32 ) afirma que

o desenhar é uma das formas mais valiosas de comunicação, seja não verbal (através da observação de desenho), seja verbal, (pela estória de uma criança sobre o desenho). Junto com o comunicar sobre si próprio o desenho provê à criança uma atividade natural que a ajuda a lidar com seus sentimentos conscientes e inconscientes.

E Mamede (op.cit., p. 4) ainda salienta que

o desenho da criança varia de acordo com o ambiente em que vivem, as experiências que vai adquirindo nele; o processo de evolução da criança no desenho tem relação com seu processo de desenvolvimento global. Os desenhos mudam, evoluem, num ritmo próprio de cada criança, isto é, cada uma tem seu tempo e modo de se desenvolver; ao desenhar, a criança demonstra sentimentos como alegria, tristeza, extravasam tensões, angústias, medos, agressividade; ela libera emoções, relaxa e isto lhe faz bem; através do desenho aprende sobre as coisas que está representando, vai colocando nele a idéia que tem sobre elas e com isso vai aprimorando sua percepção, atenção, memória [...].

Percebemos, pois, que, através do desenho, a criança representa o que percebe, conhece, sente sobre as pessoas e os objetos. Expressa, através do desenho, os seus sentimentos. Utilizamos também como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, com a utilização do gravador para posterior transcrição e análise. A gravação possibilitou a fidelidade do material transcrito, ou seja, a fala dos sujeitos. Segundo Minayo; Sanches, (1993, p.132): As entrevistas fornecem o conteúdo primordial da investigação qualitativa, ou seja, é através da palavra expressa que se revelam os significados do fenômeno para o sujeito. Através da fala, expressa-se o nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores. As anotações, durante o encontro (entrevista) com os sujeitos dessa pesquisa, eram raramente realizadas, optamos por fazê-las ao término, pois as nossas atenções estavam direcionadas apenas para o ser humano que estava a nossa frente, tendo a preocupação de não interferir em suas respostas. Assim, desenvolvemos o trabalho, obedecendo 06 etapas sucessivas, que estão expostas no Quadro a seguir, juntamente com os procedimentos e estratégias de pesquisa:

### 3.6. PROCEDIMENTOS / ESTRATÉGIAS DE PESQUISA

**Quadro 1:** Procedimentos / Estratégias de Pesquisa

ETAPAS	PROCEDIMENTOS	ESTRATÉGIAS
<b>Mo So</b>	1ª Definição do perfil <sup>1</sup> da criança e seu ambiente de vida.	. Leitura dos prontuários dos pacientes; durante a 2ª etapa; entrevista semiestruturada, com roteiro, à criança, pais ou responsáveis e visita domiciliar.
	2ª Identificação dos comportamentos da criança, ou seja, como reage frente à hospitalização.	. Observação sistematizada, com roteiro. . entrevista gravada, semi estruturada.
	3ª Definir, com os diversos atores envolvidos no processo, o programa educativo proposto, que propiciaria a continuação da educação da criança no hospital.	. Reunião com cada segmento (equipe de enfermagem; pais ou responsáveis e crianças; alunos do curso de pedagogia e de enfermagem, da UESC; professores das escolas em que a criança internada estuda).
<b>M1 S1</b>	4ª Implementação das ações, pela equipe de saúde do hospital e equipe pedagógica da escola, junto à criança e seus pais.	. Atuação pedagógica dos alunos de pedagogia, junto às crianças hospitalizadas. . Atuação dos enfermeiros, auxiliares de enfermagem e estudantes de enfermagem, no hospital, orientando e esclarecendo em relação a educação para a saúde, como também em relação ao problema de saúde que a criança apresenta. . Aplicação do Programa de Desenvolvimento da autoestima de Haeussler P. e Milicic M. (1999); . Atuação do enfermeiro, auxiliares de enfermagem e estudantes de enfermagem na escola da criança hospitalizada, desenvolvendo práticas de educação para a saúde.
<b>M2 S2</b> <b>E</b> <b>M3 S3</b>	5ª Avaliação dos resultados das mudanças ocorridas, analisando a hospitalização da criança, antes e após a implementação das ações.	. Observação sistematizada, com roteiro, no hospital. . Observação sistematizada, com roteiro, da criança no domicílio, após a alta hospitalar. . Entrevista semi-estruturada, com roteiro, à criança, pais ou responsáveis e professor da escola, após a alta hospitalar. . Observação da criança (Setor de Oncologia), em nova hospitalização.
	6ª Avaliação do efeito desta modalidade de atendimento pedagógico no desempenho escolar da criança, após a alta hospitalar e retorno à sua escola de origem.	. Visitas às escolas para observar o retorno e readaptação da criança às aulas, após a alta hospitalar. . Entrevista com crianças, pais e professores da escola.

<sup>1</sup> Refere-se à caracterização da criança (idade, sexo, procedência, tipo de enfermidade, escolaridade, condições do seu ambiente de vida ).

Fonte: Elaboração da autora

Esquematzamos a nossa pesquisa da seguinte forma, a fim de facilitar a nossa coleta de dados:

<p><b>Mo So</b>  <b>Mo</b> = Momento zero (<b>antes da intervenção</b>)  <b>So</b> = Situação zero (<b>antes da intervenção</b>)</p>	<p>{ Equivale à descrição, por observação ou por registro de memória, da mãe e de outras pessoas, como o pessoal de enfermagem e entrevista gravada, semi-estruturada.</p>
<p><b>M1 S1</b>  <b>M1</b> = Momento 1  <b>S1</b> = Situação 1</p>	<p>{ Diz respeito à intervenção – execução das atividades junto à criança, à escola, ao hospital, à família.</p>
<p><b>M2 S2</b>  <b>M1</b> = Momento 1  <b>S2</b> = Situação 2</p>	<p>{ Corresponde ao momento de volta da criança, para casa e para a escola, após a hospitalização.</p>
<p><b>M3 S3</b>  <b>M3</b> = Momento 3  <b>S3</b> = Situação 3</p>	<p>{ Equivale à volta da criança ao hospital</p>

Portanto, tivemos como expectativa:

**MoSo ≠ M1S1 ≠ M2S2 ≠ M3S3**

≠ (sinal de diferente, dessemelhante)

Utilizamos, também, no M1 S1 (Momento 1 – situação 1, que diz respeito à intervenção – execução das atividades junto à criança, à escola, ao hospital, à família), o programa de desenvolvimento da auto-estima de Haeussler P. e Milicic M.

(1998, p 10), objetivando promover o desenvolvimento de diferentes dimensões da autoestima das crianças.

Esse programa deve ser trabalhado em forma de oficinas e consta de dezesseis diferentes unidades educativas, todas desenvolvidas neste trabalho e correspondendo cada uma delas a uma área central do desenvolvimento emocional e da auto-estima. Unidades do referido programa:

**Quadro 2:** Unidades educativas do programa de desenvolvimento de autoestima

Nº	NOME DA UNIDADE	OBJETIVOS GERAIS
I	Um recado muito especial	Contactar-se com emoções positivas, provocar uma aproximação entre os participantes e fomentar o compartilhar.
II	Por que as pessoas que eu quero, me querem?	Compreender que as relações interpessoais são recíprocas e se constroem através de gestos e palavras.
III	Eu sou...	Ampliar o conhecimento de si mesmo e desenvolver uma atitude de aceitação e valorização de si mesmo.
IV	Quando nós rimos muito...	Desenvolver o sentido do humor.
V	Meus companheiros e eu...	Desenvolver a identidade, solidariedade e o sentido de pertencer.
VI	Quando ele age bem	Conectar-se com situações que permitem desenvolver a autoeficácia.
VII	Assim me sinto quando...	Conectar-se com os próprios sentimentos.
VIII	Como eu quero ser... Como alcançar	Conhecer a si mesmo. Traçar metas que se relacionem com os recursos com os quais se conta e estratégias possíveis para consegui-las.
IX	Como minha família me apreciaria	Ensinar as crianças algumas estratégias para aproximar-se de seus pais e facilitar a expressão de afeto entre os membros da família.
X	Os limites	Desenvolver a capacidade de aceitar normas e limites impostos em um contexto de respeito mútuo.
XI	Quando for grande	Projetar-se no futuro, em relação ao desenvolvimento pessoal e social.
XII	A quem admiro	Refletir sobre as influências dos modelos nas pessoas e sua importância educativa.

Nº	NOME DA UNIDADE	OBJETIVOS GERAIS
XIII	Que me querem dizer?	Desenvolver linguagem emocional e empatia com as emoções dos outros.
XIV	Recordando o bom da escola	Evocar e contactar-se com emoções positivas relacionadas com a situação escolar. Melhorar a relação professor-aluno.
XV	É fácil viver comigo?	Conectar as crianças com os sentimentos que os outros provocam, suas atitudes e condutas e ajudá-los a perceberem que a acolhida que terão em relação aos outros, depende muito da maneira de relacionar-se com os demais.
XVI	O que os meus (família, amigos) gostam	Conhecer a percepção positiva e a estima de um com os outros e o desenvolvimento da retroalimentação positiva.

Fonte: Haeussler P. e Milicic M. (1998, p. 10)

Trabalhamos cada Unidade Educativa separadamente, isto é, não aplicamos todo o Programa em apenas um dia. As crianças e/ou adolescentes expressaram os seus pensamentos através de desenhos. O material utilizado foi papel ofício ou cartolinas e lápis de cores coloridas, tintas e pincéis. Após desenharem, nos reuníamos em círculo e cada criança mostrava o seu desenho para todos, e falava sobre o que desenhou, respondendo assim o questionamento de cada Unidade Educativa.

## **4. PESQUISANDO E AGINDO**

### **4.1. CONHECENDO O HOSPITAL MANOEL NOVAES**

O Hospital Manoel Novaes foi festivamente inaugurado em 29 de junho de 1953. Nesta data, as Irmãs dos Pobres de Santa Catarina de Sena, assumiram a responsabilidade dos serviços de direção interna e de enfermagem. As conquistas foram inúmeras, e hoje, a Santa Casa de Misericórdia de Itabuna é uma das maiores organizações da cidade. Possui dois Hospitais: Hospital Calixto Midlej Filho, também conhecido como Hospital Santa Cruz e o Hospital Manoel Novaes. Enfocaremos a seguir, o Hospital Manoel Novaes, pois a Unidade de Internação Pediátrica deste referido Hospital, se constitui na área de estudo desta pesquisa.

#### **4.1.1. Hospital Manoel Novaes: o hospital amigo da criança**

O Hospital Manoel Novaes localiza-se em área urbana do município de Itabuna-Ba, possui atualmente 254 leitos e apresenta as especialidades obstétrica, ginecológica e pediátrica.

A unidade de internação Pediátrica possui 90 leitos, divididos em clínicas médica e cirúrgica. Apresenta uma sub-unidade pediátrica fechada destinada à oncologia; uma enfermaria para pacientes vítimas de queimaduras, com 02 leitos; uma de cirurgias ortopédicas; uma enfermaria de cirurgias eletivas e outra de cirurgias emergências; além de outras enfermarias destinadas a problemas respiratórios e gastrointestinais. Nesta Unidade há ainda, uma Unidade de Tratamento Especial – U.T.E., que se constitui num local onde ficam as crianças com patologias mais graves e que necessitam de um tratamento mais individualizado.

A equipe de saúde que atua na Unidade de Internação Pediátrica é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistente social, fisioterapeutas, nutricionista.



O Hospital Manoel Novais é uma instituição de referência na região, para ele são encaminhados os usuários das cidades circunvizinhas, quando necessitam de assistência pediátrica ou obstétrica. É um Hospital filantrópico, privado e conveniado. A Unidade de Internação Pediátrica oferece atendimento pelo Sistema Único de Saúde – S.U.S., por convênio e particular, sendo que o maior número de leitos é destinado aos pacientes do SUS . Foi agraciado com o título de “Hospital Amigo da Criança”, em 29 de junho de 1995, pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, sendo o décimo oitavo Hospital a receber a referida condecoração no Brasil e o segundo no estado da Bahia.

“Criança, Prioridade Nacional” é o lema que sintetiza a estratégia de ação adotada pelo UNICEF no Brasil e o título do Programa de Cooperação assinado com o Governo Brasileiro, em sintonia com a Constituição. O UNICEF luta contra todas as formas de violência – fome, doença, morte prematura, abusos físicos e falta de oportunidades de educação básica e de uma vida digna – que atingem a criança, o adolescente e a mulher. A cooperação do UNICEF no Brasil vai desde o apoio a pesquisas, levantamentos e divulgação de dados e informações sobre a situação sócio-econômica das crianças e das mães brasileiras, ao apoio técnico e financeiro aos programas e projetos concretos que atendam as necessidades da criança, do adolescente e da mulher nas áreas de saúde, nutrição, educação, meio ambiente, atendimento a crianças em circunstâncias especialmente difíceis e geração de renda.

A promoção da participação comunitária em todas as linhas de ação é outro importante componente da estratégia do UNICEF, que enfatiza a importância da capacitação dos líderes comunitários e agentes de saúde, a integração de instituições que atuam na comunidade, e a articulação entre a comunidade e as autoridades. O UNICEF apoia a criação e o fortalecimento dos conselhos de defesa dos direitos e da saúde da criança, do adolescente e da mulher no âmbito nacional, estadual e municipal, o que possibilita a participação popular na formulação de políticas sociais e na execução e acompanhamento de programas.

Nesse sentido, vêm sendo desenvolvidas ações que visam a reduzir a taxa de mortalidade infantil. Uma destas ações é a iniciativa “Hospital Amigo da Criança”, como forma de promoção do aleitamento materno. Com o apoio do Grupo de Defesa da Saúde da Criança, da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia-FEBRASCO e da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - FENAESS,

o UNICEF já credenciou muitos hospitais. O Hospital que desejar tornar-se Amigo da Criança é submetido a uma análise de suas atividades por uma comissão com representantes das várias organizações que fazem parte da iniciativa, e para que isto aconteça, deve cumprir os seguintes passos:

- 1) Garantir informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher.
- 2) Garantir assistência durante a gravidez, parto e puerpério, bem como ao planejamento familiar.
- 3) Incentivar o parto normal e humanizado.
- 4) Ter rotinas escritas para normalizar a assistência.
- 5) Treinar toda a equipe de saúde para implementar as rotinas.
- 6) Ter estrutura adequada ao atendimento.
- 7) Possuir arquivo e sistema de informação.
- 8) Avaliar periodicamente os indicadores da saúde materna e perinatal.

Segundo informações do Boletim Nacional da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, novembro de 2009, já são mais de 19 mil os Hospitais Amigos da Criança em todo o mundo e 329 no Brasil (148 na região Nordeste, 69 no Sudeste, 38 no Centro-Oeste, 52 na região Sul e 22 na região Norte).

O desejo do Hospital Manoel Novais de tornar-se Hospital Amigo da Criança não surgiu repentinamente, as implementações em relação a melhorias na assistência á criança foram muitas. No ano de 1993, o referido hospital solicitou à UNICEF avaliação, para tornar-se Amigo da Criança. Em 29 de junho de 1995, após um árduo esforço de crescimento e expectativas, foi agraciado com este título.

Para obtenção deste referido título, é necessário que a instituição esteja comprometida não somente com a recuperação e prevenção de agravos físicos na criança, mas também com o atendimento de suas necessidades biopsicossociais, e estas serão conseguidas através do emprego de ações educativas que beneficiem a humanização da assistência.

Oliveira (1991), a respeito da prática educativa em saúde, afirma:

A dimensão social da educação em saúde permite caracterizá-la como uma prática sócio-educativa, cuja base está respaldada na participação de todos, na gestão e controle dos serviços de saúde e nas questões ligadas às ações e relações que ocorrem dentro da própria instituição de saúde – seja

ela um Posto de Saúde, um ambulatório ou mesmo um hospital. Neste sentido, população e técnicos de saúde são sujeitos envolvidos diretamente na prática educativa.

Atuar educativamente no hospital pediátrico , implica em conhecer a realidade de vida da criança hospitalizada, compreendê-la, conhecer o ambiente físico e relacional do hospital, tomar decisões conjuntas para melhorar a qualidade do atendimento à criança internada.

#### 4.2. PERFIL DAS CRIANÇAS DA AMOSTRA

Ao traçarmos o perfil da criança hospitalizada, que participou do estudo, e do seu ambiente de vida, estamos verificando características tais como: idade, grau de escolaridade, procedência (município), diagnóstico médico, tempo de internação hospitalar, renda familiar e religião.

Sabemos que cada criança no hospital é única, e, assim, devemos considerá-la, pois possui sua própria história de vida, sua identidade, e, mesmo longe do seu ambiente familiar, a sua “memória cultural” estará presente, o que exigirá da equipe que presta atenção à sua saúde, o seu reconhecimento, como ser individual, que tem necessidades próprias e peculiares.

O Hospital estudado recebe para atendimento de saúde, crianças de municípios circunvizinhos, além de crianças do município de Itabuna. A Tabela 1 mostra-nos o número de crianças que participaram da pesquisa, de acordo com o município e zona de procedência. Observemos a Tabela 1:

**TABELA 1 - Distribuição numérica das crianças participantes da pesquisa, segundo o Município e Zona de Procedência.**

	Total	Localização (Domicílio)	
		Urbano	Rural
Total	20	14	06
Municípios			
Buerarema	02	01	01
Itabuna*	10	10	-
Ilhéus	05	01	04
Maraú	01	01	-
Ubaitaba	02	01	01

**Fonte:** Prontuário do paciente (Ficha de Admissão)

\* Itabuna é cidade-sede do município onde está localizado o hospital, campo da pesquisa.

Verificamos que, das crianças que participaram do nosso estudo, a metade residia na cidade de Itabuna, e as restantes são crianças que procedem de municípios circunvizinhos. Esse hospital é uma Unidade de referência, na assistência à criança hospitalizada. Verificamos, também, que a maioria da amostra -14 crianças (70%) - reside na área urbana, enquanto que 06 crianças (30%), moram na área rural.

A Tabela 2 demonstra a distribuição das crianças, segundo a idade.

**TABELA 2 - Distribuição numérica e percentual das crianças e/ou dos adolescentes participantes da pesquisa, segundo idade (anos completos), 2004-2005.**

IDADE	FREQUÊNCIA SIMPLES	FREQUÊNCIA (%)
TOTAL	20	100
07 anos	01	10
08 anos	02	10
09 anos	03	15
10 anos	04	20
11 anos	02	10
12 anos	04	20
13 anos	04	20

**Fonte:** Prontuários dos pacientes.

Com relação à idade das crianças da amostra, as maiores frequências estavam acumuladas entre 10 e 13 anos (70% da amostra); 04 crianças (20%) tinham 10 anos; 02 (10%) estavam com 11 anos de idade; 04 (20%) com 12 anos; 04 (20%) com 13 anos; 03 crianças (15%), tinham 09 anos de idade; 02 (10%) possuíam 08 anos, e 01 (05%) estava com 07 anos de idade.

As crianças que participaram desta pesquisa tinham problemas de saúde, que exigiam hospitalização prolongada. O nosso interesse era justamente realizar o trabalho com crianças em longo período de hospitalização, pois sofreriam ao impacto de uma hospitalização demorada, como já abordamos anteriormente.

Apresentamos na Tabela 03 o tipo de patologia das crianças investigadas.

**TABELA 3 - Distribuição numérica e percentual das crianças participantes da pesquisa, segundo diagnóstico médico, 2004-2006.**

TIPO DE ENFERMIDADE	FREQUÊNCIA SIMPLES	FREQUÊNCIA (%)
TOTAL	20	100
Problema Oncológico	07	35
Problema Ortopédico	03	15
Pneumonia	03	15
Anemia Falciforme	02	10
Queimadura	01	05
Hidrocefalia	01	05
Artrite Séptica	01	05
Anorexia	01	05
Desnutrição e pneumonia	01	05

**Fonte:** Prontuários dos pacientes.

Pesquisando o tipo de enfermidade apresentada pelas crianças, verificamos que a maioria tinha um problema oncológico; 03 (15%) pneumonia; 03 (15%) apresentavam problema ortopédico; 02 (10%) têm anemia falciforme; 01 (5%) foi vítima de queimaduras; 01 (5%) tratamento de hidrocefalia (troca de válvula); 01 (5%), artrite séptica; 01 (5%) possuía anorexia e 01 (5%), desnutrição e pneumonia.

Sete (07) das crianças investigadas estavam com diagnóstico de câncer (problema oncológico). Essa patologia exige hospitalizações sucessivas, muitas

vezes curtas, mas o paciente, quando sai de alta hospitalar, já sabe o dia que deverá retornar para dar continuidade ao seu tratamento, provavelmente, a quimioterapia. Pode acontecer, também, o fato de apresentar complicações, que exigem a imediata hospitalização. Identificamos, nessas crianças, um amadurecimento interior maior, em relação às outras crianças da amostra que não possuem essa patologia. É como se a doença as tornasse mais sensíveis em relação à vida; doentes, percebem-se frágeis e limitadas. Expressavam sentimento religioso. A Tabela 04 acumula os tipos de religiões professadas pelas famílias das crianças da amostra, segundo suas informações.

**TABELA 4 – Distribuição numérica e percentual das crianças participantes da pesquisa, segundo religião, 2004 – 2006.**

RELIGIÃO	FREQUÊNCIA SIMPLES	FREQUÊNCIA (%)
TOTAL	20	100
Católica	14	70
Evangélica	03	15
Espírita	02	10
Não possui religião	01	05

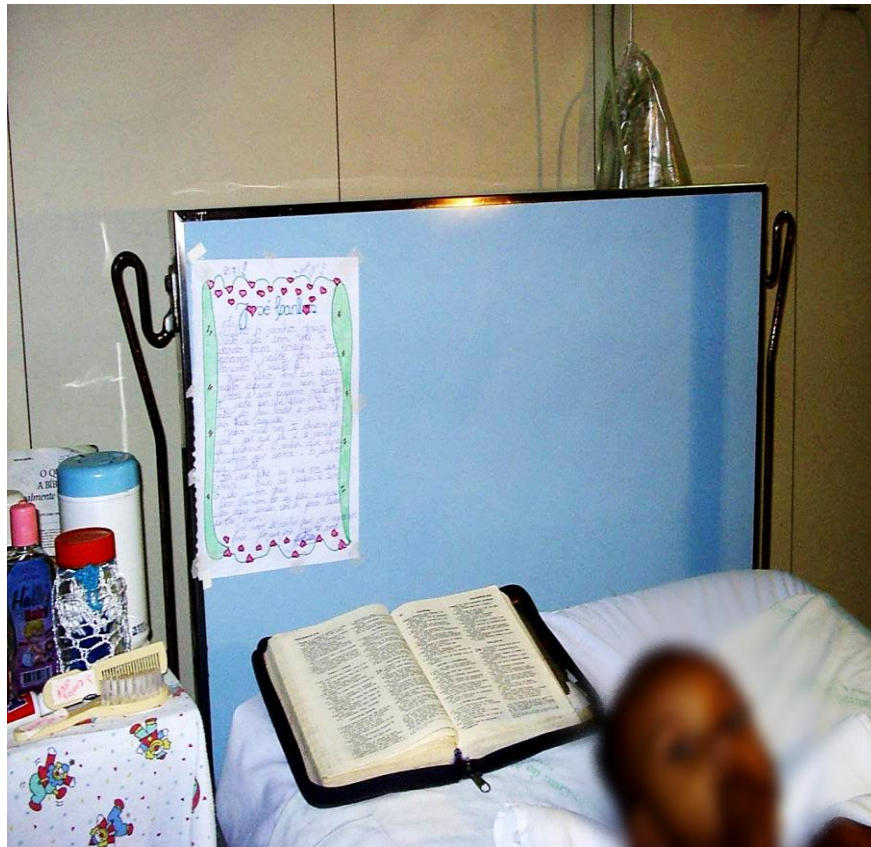
**Fonte:** Dados obtidos na pesquisa de campo.

Percebemos que todas as crianças do nosso estudo, que tinham problema oncológico, declararam professar uma religião. Os familiares que a acompanhavam, geralmente a mãe, manifestavam uma tendência religiosa. Levam a Bíblia para o hospital e oram junto com a criança. Durante o nosso período de observação da criança hospitalizada, percebemos várias vezes, uma mãe conversando com outra mãe, acerca de religião, orientando sobre a importância da leitura dos Salmos da Bíblia.

Observamos que o sentimento religioso, a fé, que uma mãe expressa, acaba contagiando outras mães na enfermaria, provavelmente porque todas estão ali reunidas, com um mesmo objetivo, ou seja, a cura de seus filhos, e precisam sempre renovar suas forças interiores. Ao que nos parece, a religião, nesse momento, torna-se muito importante, principalmente no caso da criança com câncer, pois, embora

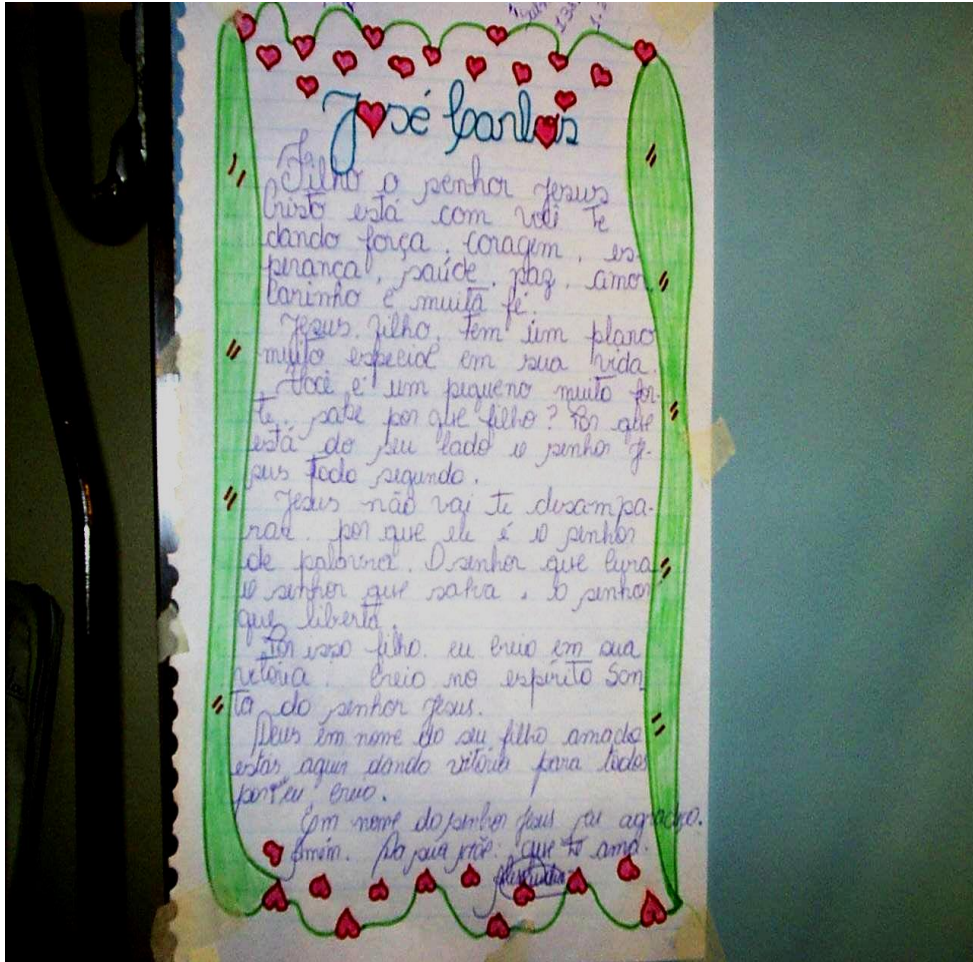
hoje a chance de cura seja alta, se descoberto e tratado no início, o tratamento é muito desgastante para a criança e para a família.

Verificamos na foto a seguir (Figura 01), a presença da Bíblia, no leito da criança, colocado por uma mãe, que acompanhava o seu filho no Hospital. Visualizamos as palavras escritas por essa mesma mãe. Ela teve que ausentar-se, por três dias, para a cidade onde mora, a fim de ver os outros filhos, que ficaram no domicílio e, também, realizar consulta médica (pré-natal), pois estava grávida. Num ato de fé, ela entrega o seu filho a Deus, como vemos mais nítidamente, na outra foto (Figura 02), que retrata o bilhete deixado para o filho, colocado na cabeceira da cama.



**Figura 02** – L. A. de J., com a Bíblia na cama, colocada por sua mãe.

**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 03-** Bilhete feito por uma mãe, para o seu filho.

**Fonte:** Acervo da autora

Verificamos, também, que as mães e crianças que convivem na enfermaria de oncologia, acabam contagiando-se mutuamente com a emoção do companheiro ou companheira no quarto. Por exemplo, quando uma criança morre, todos na enfermaria ficam tristes, choram. Se, ao contrário, existir alegria, a tendência é ficarem contentes. Quando uma mãe fala com convicção, que crê na recuperação de seu filho e comenta sobre a sua religião, a sua fé, as outras mães tendem a ficar, também, com esperanças. Por extensão, lembramos de Camponogara e Marconato (2001, p. 75) que afirmam:

[...] O processo saúde-doença é bastante explícito na maioria das famílias, pois se a família está bem, todos estão, mas se um indivíduo adocece ou, no caso, precisa realizar um procedimento cirúrgico, a família “adocece” e, muitas vezes, desestrutura-se, e é necessário, também, receber cuidados.



Observamos que a criança com problema oncológico termina por apresentar uma resignação interior, pois aceita a hospitalização, porque sabe que o tratamento e as internações são importantes para a sua cura, embora, em geral, o que elas querem, mesmo, é estar em casa, com a sua família. Essas crianças e/ou adolescentes, muitas vezes, ficavam caladas, apáticas no leito hospitalar, desenvolvendo permanentemente, um monólogo. Durante a entrevista aberta (anexo IV) realizada com as crianças, após o período de observação, questionamos quais as perguntas que elas gostariam de fazer, e 04 das 07 crianças do Setor de Oncologia, que participaram da pesquisa, demonstraram que ficam refletindo sobre a sua própria doença, de acordo com o que responderam, dizendo que pensam / refletem sobre:

W. dos S. (12 anos) – *“Por que as crianças ficam doentes e por que elas **choram**?”*

- *Por que elas **recebem furadas**?*
- *Por que elas sentem **muita dor**? Por que elas ficam doentes?*
- ***Por que a gente tem esta doença?**” (Grifo nosso)*

J. N.de S. (07 anos) – *“Por que a gente bate a barriga no pau? O que sente?”*

Conversando com a mãe da última criança (J.N. de S.), ela nos esclareceu que sua filha, após ter caído de uma rede e ter sido atingida por um pedaço de madeira, sofrera um traumatismo na região abdominal. Descobriu-se, então, que a criança estava com câncer. Na época, levaram a criança ao hospital, e através de RX do local, detectou-se um tumor abdominal. Embora já existisse antes do trauma, a criança associa o surgimento dessa doença (câncer), à queda da rede, pois, foi após esse fato, que começou o tratamento. Essa mesma criança falou na entrevista: *“Se Deus estivesse vivo e andando, já teria chegado na minha casa e me curado”*.

Outras crianças nos disseram:

*Por que eu fico enjoada? É por causa da minha doença? Como você consegue ficar aqui dentro, sem enjoar? ( M.J.L.O. ,12 anos)*

*Por que umas crianças adoecem e morrem? Meu sonho é estudar, virar uma doutora, para ajudar as crianças que sofrem. Deus existe? (R.E.S.)*

Ao que observamos, essas crianças convivem muito de perto com a morte, ficam muito sensíveis, entristecem-se e se assustam, quando o companheiro da enfermagem, com a mesma patologia, vai a óbito. Conversando com uma mãe, ela relatou: *“Ontem, A. L. faleceu, não resistiu (começou a chorar). Eu fico pensando, se isto não vai acontecer também com o meu filho, pois há dois meses atrás, A. L. estava tão bem..., e agora morreu”*.

Muniz e Santana (2002, p.23), ressaltam:

[...] Entendo que, no adulto jovem, portador de doença crônica, o “estar doente” faz com que ele reflita a totalidade de sua existência e a sua própria mortalidade como Boff (1999), tão bem descreveu em relação a si (experimenta os limites da vida mortal), em relação com a sociedade (isola-se, deixa de trabalhar e tem que se tratar num centro de saúde, no seu domicílio, num hospital), em relação com o sentido global da vida, (inquietações, poucas respostas para compreender o porquê da situação que está enfrentando e daí o seu questionamento quase permanente: Por que eu fiquei doente?).

Percebemos que, como acontece com o adulto, a criança, também, entende que está doente; percebe-se doente, e faz suas reflexões. Começa a perceber-se um ser limitado; faz associação da doença com sofrimento. A doença e a hospitalização trazem consequências para a sua vida, pois acaba isolando-se, deixa de frequentar a escola, a casa dos amigos, deixa de brincar na rua onde mora, afasta-se até mesmo da própria família. As crianças e/ou os adolescentes da amostra, geralmente apresentavam sentimentos como dúvidas, medo, insegurança, insatisfação e revolta. Nas suas reflexões, procuravam, a todo momento, ter resposta para os seus questionamentos.

É importante ressaltar que esse afastamento da criança, de sua vida cotidiana, devido à hospitalização, pode ser curto ou demorado, mas sempre ocasiona um impacto na vida da criança, pois toda mudança requer nova adaptação. A Tabela 5 demonstra o tempo de internação apresentado pelas crianças, da amostra:

**TABELA 5 - Distribuição numérica e percentual das crianças participantes da pesquisa, segundo o tempo de internação (em dias). 2004 –2006.**

TEMPO DE INTERNAÇÃO (em dias)	FREQUÊNCIA SIMPLES	FREQUÊNCIA (%)
TOTAL	20	100
06 – 15 dias	03	15
16 – 25 dias	03	15
26 – 35 dias	04	20
36 – 45 dias	06	30
Mais de 45 dias	04	20

**Fonte:** Prontuários dos pacientes.

Verifica-se que a maioria da amostra tinha mais de 26 dias de internação (70%) e metade da amostra, mais de um mês de internação. As crianças pesquisadas tinham em comum o fato de estarem em período prolongado de hospitalização, sendo que as crianças do Setor de Oncologia, devido à patologia e principalmente ao tratamento (quimioterapia), podem passar por períodos extensos de internação, além de constantes. Geralmente, essas crianças permanecem no Hospital, num período médio de 05 dias, de cada vez, e, quando saem de alta hospitalar, já sabem da data que devem retornar para posterior hospitalização, a fim de dar continuidade ao tratamento.

As crianças que participaram da pesquisa são crianças que frequentam a escola, porém, a partir do momento em que se vêem na situação de hospitalizadas, ocorre uma mudança brusca na sua vida, pois deixam de ir à escola, de ver a professora, os colegas, além das outras consequências, já citadas anteriormente, que a hospitalização impõe. Quanto maior o período de hospitalização, mais difícil será para a criança o seu retorno à escola. Enfrentará a sobrecarga de assuntos impostos pelo currículo escolar, acumulados devido a sua ausência à escola. Terá que estudar mais que os outros colegas, para, assim, poder acompanhá-los. Isso, muitas vezes, acaba ocasionando na criança muita ansiedade. A Tabela 06 mostra-nos o grau de escolaridade das crianças, da amostra:

**TABELA 6 - Distribuição numérica e percentual das crianças participantes da pesquisa, segundo o grau de escolaridade. 2004 – 2006.**

GRAU DE ESCOLARIDADE	FREQUÊNCIA SIMPLES	FREQUÊNCIA (%)
TOTAL	20	100
1ª Série (Ensino Fundamental)	04	20
2ª Série (Ensino Fundamental)	03	12
3ª Série (Ensino Fundamental)	05	15
4ª Série (Ensino Fundamental)	04	20
5ª Série (Ensino Fundamental)	01	05
6ª Série (Ensino Fundamental)	03	15

**Fonte:** Dados obtidos na pesquisa de campo.

Em relação à escolaridade (Tabela 06), todas as crianças estão cursando a escola fundamental (de oito anos), mas a dispersão por série é grande, entre a 1ª e 6ª séries, apesar de a frequência por idade estar acumulada entre 12 e 13 anos. Há, portanto, uma defasagem idade-série. 04 crianças estão cursando a 1ª série (20%); 03 a 2ª série (15%); 05 a 3ª série (25%); 04 a 4ª série do ensino fundamental (20%); e apenas 01 a 5ª série e 03 crianças estão cursando a 6ª série (15%).

É imperiosa a necessidade de que se perceba a importância da promoção de atividades que possibilitem a continuidade da educação da criança no ambiente hospitalar, pois a maioria da amostra já está em retardo, no que se refere à educação formal. Durante esta pesquisa, percebíamos que todas as vezes que questionávamos a criança se ela gostaria de desenvolver as suas atividades escolares no hospital, durante a sua internação, sempre respondia que “sim” e mostrava alegria, esboçando, sempre, um sorriso de expectativa ao responder. As mães sempre falavam que esta era uma preocupação constante da criança, ou seja, a falta à escola, e, com isso, a preocupação com os assuntos que estavam sendo dados, e as provas que não estavam fazendo, devido à hospitalização, e ao conseqüente não êxito, pois não iriam “passar de ano”.

As crianças investigadas eram, na maioria, atendidas pelo convênio SUS (Sistema Único de Saúde); apenas 02 foram atendidas por plano de saúde. Essas crianças, atendidas pelo SUS, ficam em enfermarias com geralmente 06 leitos; perdem muito de sua identidade, quando hospitalizadas, pois não podem

permanecer com seu brinquedo preferido e devem vestir a roupa do hospital e ter apenas um acompanhante, em atenção às normas do hospital, isto é, tendo, como motivo, o controle de infecção hospitalar. Percebemos que, ao contrário dessas crianças citadas, as que são atendidas por plano de saúde, ou particular, quando internadas, ficam em quartos individuais ou de, no máximo, dois leitos, sua individualidade é mais bem mantida, pois continuam vestindo as próprias roupas, elas não usam a roupa do hospital, podem trazer de casa o seu brinquedo preferido e receber visitas a qualquer momento. Provavelmente, não se estão levando em consideração, para todas as crianças, as observações de Pereira (1980, p. 29), que afirma,

[...] um dos itens importantes que deve ser observado, visando a uma melhor adaptação da criança numa Instituição Hospitalar, é a promoção de um ambiente o mais familiar possível, permitindo que o paciente “decore” o espaço que ocupa na enfermaria, e que possa trazer de casa objetos e brinquedos de estimação.

Percebe-se que as crianças das enfermarias, ou seja, atendidas pelo credenciamento SUS, são crianças em desvantagem social, “desprivilegiadas”, da classe popular, sendo a maioria (70%) de famílias, que têm como renda familiar 01 a 02 salários mínimos. Segundo a citação de Pereira, é mais difícil a sua adaptação ao meio hospitalar, pois a ela não é permitido tornar o seu ambiente na enfermaria, mais familiar.

A Tabela 07, a seguir, demonstra a renda familiar das crianças pesquisadas.

**TABELA 07 - Distribuição numérica e percentual das crianças participantes da pesquisa, segundo a renda familiar, em salário mínimo<sup>2</sup>. 2004**

RENDA FAMILIAR	Nº	%
Total	20	100
< 01 SM	02	10
01 – 02 SM	12	60
03 – 04 SM	04	20
05 – 06 SM	01	5
> 06 SM	01	5

**Fonte:** Dados obtidos na pesquisa de campo.

<sup>2</sup> Salário mínimo vigente em abril de 2004 = R\$ 240,00.

#### **4.2.1. Descrição das condições de existência das crianças e/ou adolescentes da amostra**

Sintetizando os dados até aqui descritos e acrescentando os dados coletados em visitas de observação aos ambientes onde vivem estas crianças, podemos dizer que esta amostra se compõe de crianças hospitalizadas, com idade entre 07 e 13 anos; e dessas crianças, 70% residem em área urbana, e 30%, em zona rural, sendo a metade dessas crianças, do município de Itabuna (o hospital campo de pesquisa, localiza-se na sede deste município), e a outra metade mora em municípios circunvizinhos. O tempo de internação das crianças variava entre 06 dias a mais de 45 dias, com a maioria, com histórico de internação de mais de 26 dias. Das 20 crianças que participaram da pesquisa, 07 possuem problema oncológico; as restantes têm outros diagnósticos: problema ortopédico, pneumonia, anemia falsiforme, queimadura, hidrocefalia, artrite séptica, anorexia e desnutrição e pneumonia. Em relação à escolaridade, todas as crianças estão cursando a escola fundamental (de oito anos), cuja distribuição variou da 1° série até a 6° série, e a maioria estando em defasagem idade-série. A distribuição da renda familiar variou entre menos de 01 salário mínimo a mais de 04 salários mínimos, sendo que a maioria (60%) percebe de 01 a 02 salários mínimos, e apenas 01 família recebe mais de 06 salários mínimos. As famílias são numerosas, e nem todos residem com os pais, pois 03 (15%) das crianças da amostra moram com tia ou avó.

Nas visitas domiciliares realizadas, verificamos que das 20 crianças que participaram da pesquisa, 15 (75%) residem em casas de alvenaria (construídas com tijolos); 03, em casas de taipa, e 02, em casas de tábuas. São casas com 02 a 05 cômodos. Apenas dez (50%) dessas casas estão ligadas à rede geral de abastecimento de água, com canalização interna; 03 (15%) dispõem da rede geral de abastecimento de água, porém não possuem canalização interna e 07 (35%) famílias utilizam água de poço ou nascente, sendo que destas, 02 com canalização interna e 05 sem canalização interna.

Em relação ao esgotamento sanitário, 08 (40%) famílias utilizam no domicílio, fossa séptica ligada à rede pluvial; 02 (10%) famílias usam fossa séptica sem escoadouro; 06 (30%) utilizam fossa rudimentar e 04 (20%) usam valas.

Portanto, as condições de vida da maioria das crianças da amostra, de acordo com a descrição do domicílio, são precárias. São famílias numerosas que se situam

na classe desprivilegiada da população; a maioria percebe apenas de 01 a 02 salários mínimos, sendo que 02 (10%) famílias recebem menos de um salário mínimo .

Onze famílias (55%) afirmaram que, em relação ao destino do lixo, a coleta é feita diariamente, pelo serviço de limpeza pública em suas casas. 07 (35%) famílias disseram que queimam o lixo, e 02 famílias (10%) relataram que enterram o lixo. Verificamos, nas fotos a seguir, uma criança que participou da pesquisa, em sua casa, com alguns familiares.



**Figura 04** - Foto de T. A. de S em sua casa.

**Fonte:** Acervo da autora

#### **4.2.2. Dados obtidos da observação do comportamento das crianças e/ou dos adolescentes**

Percebemos que, logo no início da hospitalização, geralmente no primeiro dia, as crianças tenderam a permanecer caladas, chorosas, querendo ficar o tempo todo junto de sua mãe ou de outro responsável. O olhar da criança era assustado, denotando medo. Analisando os dados de acordo com as variáveis estudadas, verificamos o seguinte:

- Em relação a si mesmo:

Como descreveram alguns autores, as crianças da amostra apresentaram comportamentos tais como:

No período inicial de hospitalização, principalmente se era a primeira vez que ficava internada, a criança não se mostrou confiante, denotando insegurança, pois não queria ficar sem a mãe ou outro responsável por perto. Permanecia calada no leito. Geralmente só verbalizava, quando estimulada a falar, isto é, quando algum profissional da equipe questionava sobre o seu estado, como ela estava se sentindo. Era, de fato, como se a criança desenvolvesse um monólogo: ela permanecia em silêncio, como se em diálogo consigo mesma, introspectiva, apática, deprimida, mostrando distanciamento com os profissionais de saúde.

Vejamos o que algumas mães ou outros responsáveis pela criança nos falaram sobre o seu comportamento nos primeiros dias de internação:

*Ele chorou muito, não queria ficar aqui. Passava o dia todo sem querer comer e sem falar com alguém. Ficou triste quando soube que estava com esta doença (Leucemia). A médica explicou como vai ser o tratamento, vai ser demorado. Ele não quer ficar aqui sozinho, só fica se eu ficar ou a avó dele, que ele chama de mãe, pois foi quem criou ele (Tia de T. A. de S.).*

*Ele chorou muito, com saudades da mãe (irmã de V. B. S.)  
Ela ficou triste, sem querer conversar, sem querer comer. Já estamos aqui há quatro dias, e ela continua calada (mãe de A. S. S.)*

*No início ele chorou. Não queria ficar sozinho aqui. Ficou desobediente, agressivo. Depois ficou “emburrado”, calado. No primeiro dia não tomou café da manhã e nem almoçou. Agora ele aceita mais vir para o hospital, porque sabe que não tem jeito, para ficar curado, tem que usar os medicamentos que a Doutora passa ( quimioterapia) (Mãe)*

*Ele chora a toda hora, não aceita estar longe de casa. Hoje queria fugir. Fez escândalo, ficou gritando. Caiu no chão nervoso. A semana passada ele estava aqui, no hospital, e aí fugiu, foi parar em casa. O pessoal do hospital foi atrás dele, trouxeram ele de volta. Eu tenho que ficar aqui o tempo todo com ele, não posso deixar a irmã ou a avó, porque tenho medo dele fugir de novo (Mãe de R.F.S).*

*Ele não aceita ter que vir para o hospital. Depois que começou o tratamento se tornou agressivo em casa, bruto com os irmãos, calado, irritado. A semana passada ele ia agredindo o acompanhante de uma paciente, na enfermaria, porque o rapaz comentou algo que ele não gostou. Eu tive que segurar ele, junto com a auxiliar de enfermagem, depois ele subiu na cama e começou a gritar, impaciente e chorando (Mãe de E.N. da S.).*

*Ela é uma menina ativa em casa, conversa muito, brinca, mas aqui no hospital (1° hospitalização) ela quase que não fala, não sorri, fica deitada o tempo todo; e ainda tem o problema na perna, ela tem que ficar de repouso (Mãe de J.L. de O.).*



Percebemos que a hospitalização gera um impacto na criança, como abordamos anteriormente, pois o hospital é um ambiente desconhecido para ela, e bem diferente da sua casa. A primeira reação da criança é a negação desta realidade, ou seja, da necessidade da hospitalização. Neste contexto, abordando a hospitalização, Wong (1999, p.605), a descreve como:

uma crise que deve ser considerada na vida da criança, consequência de uma mudança do estado habitual de saúde e da rotina ambiental, como também, por ser ela vulnerável, possuindo um número limitado de mecanismos para enfrentar e superar experiências estressantes [...].

Baseando-nos no roteiro de observação (Anexo II) utilizado nesta pesquisa, verificamos que, das 20 crianças que participaram deste estudo, todas apresentaram os comportamentos que podem se caracterizar como sinais sugestivos de estresse:

- Choro – principalmente no início da hospitalização, verificado no momento de internação ou no relato de familiares.

A criança percebe a hospitalização como algo imposto em sua vida. Acontece, pois, a negação da realidade, a não concordância da situação de hospitalização. Geralmente, a sua primeira reação emocional é o choro. Lembramos de Spitz, que descreveu o quadro de “depressão anaclítica” em crianças privadas do vínculo com sua mãe, durante alguns meses:

[...] tornam-se inicialmente choronas, perdem peso, não têm apetite, seu desenvolvimento neuropsicomotor se reterda ou estaciona, e terminam por mostrar-se indiferentes ao meio ambiente. Este e o quadro que também se encontra no “hospitalismo” ou separação prolongada da criança da sua família. Não só em hospitais, mas também em creches ou orfanatos (SPITZ, 1988, p. XX.)

- Medo – O medo do que poderá lhe acontecer, dos procedimentos invasivos como, punção venosa, curativos, medicação intramuscular ou endo-venosa. Nas crianças do Setor de Oncologia, verificamos o medo de morrer. Vejamos o que escreveu um dos pacientes desta pesquisa, sobre a sua percepção acerca do hospital:

COLÉGIO

Todos nós paciente sofremos, mas tem alguns  
 que sofrem mais que os outros. As vezes  
 quando as enfermeira vem para pegar  
 a veia de uma criança que não acha, que  
 dá mas de des furada, aquiho mem deixo  
 muito triste por que a criança já  
 está doente e ainda tomando furada. piora  
 mais aindade situação.

eu graças a deus até hoje nunca aconteceu  
 nenhuma dessas coisa comigo e de acontecer,  
 durante o meu tratamento mem sinto muito bem  
 tomo minha quimioterapia e não tenho nenhuma  
 reação e nunca ter.

sei que três anos não é três meses pois daqui  
 até lá passarão muita coisa, mais sei que vou  
 vencer essa caminhada, por que tenho fé em deus.  
 É dolorido viver longe de sua familia de seu pai  
 e de seus irmãos.

mais tenho fé em deus que estes três anos vai  
 passar e logo curado vou ficar e só assim  
 vou poder voltar viver como era antes.

aqui eu formo sei buenho é fudo que eu  
 tenho para falar, mais já é um pouco do que sinto.

**Figura 05** – Depoimento à mão livre, de L.N.B., 13 anos de idade.

**Fonte:** Acervo da autora.

Percebemos que a criança, na condição de paciente, se sente como um ser que está em sofrimento físico e interno, psicológico. É observadora de si mesma e do outro; percebe o seu sofrimento e o dos outros companheiros da enfermaria; demonstra sentimento de fé que o impulsiona e lhe dá coragem para continuar o tratamento.

Outra paciente escreveu o seguinte:

*No primeiro dia em que eu cheguei aqui pensei estar chegando em uma prisão, tudo e todos eram novidade já que eu não conhecia ninguém e nunca havia sido internada antes. As pessoas me falavam coisas horríveis sobre como era ficar internada” (A.S.S., 13 anos de idade).*

Essa mesma paciente, ou seja, A.S. da S., gosta muito de desenhar e pintar e nos fez os seguintes desenhos sobre como se sentiu no primeiro dia de internação:



**Figura 06:** Desenho livre

**Fonte:** Acervo da autora

A criança retrata, nesses desenhos, a sua percepção do hospital, o sentir-se como se estivesse numa prisão, pois está com limitações em relação a movimentos, a sua vontade, a suas ações; sente-se sozinha e indefesa em um ambiente onde ela seria o pássaro, e a gaiola, o hospital. Essa criança tinha diagnóstico de anorexia, e o que ela menos queria, era alimentar-se. Ela mesma nos falou que o momento mais detestado, era quando ouvia o barulho do carrinho que transporta os alimentos, vindo do serviço de Nutrição, no horário das refeições, e o pessoal da equipe ou até mesmo sua mãe oferecendo o alimento. A visão do prato de comida lhe causava náuseas. O soro, as medicações (injeções) lhe causavam medo. Relatou, ainda, que

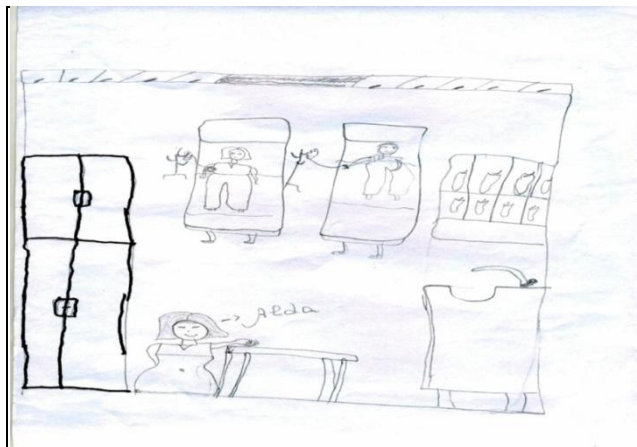
ficava assustada com as pessoas que se aproximavam e as quais ela não conhecia. Coutinho e Costa (2001,p. 18) afirmam:

Com a hospitalização, a criança passa pela quebra dos significados que ela tinha do mundo, de tudo que para ela significava segurança, rotina, rituais, compreensão das situações, das relações familiares e do seu ambiente, passando a ter a presença de estranhos que ela teme, a mudança do ambiente e do meio, a presença constante de situações de sofrimento físico e emocional, e com ela as angústias geradas pela fantasia e a incompreensão do mundo que a cerca.

Diante do relato dessa criança, percebemos o quanto é importante nesse momento de hospitalização (admissão); conversar com a criança, ouvir suas queixas, orientá-la, cativar a sua confiança. É imprescindível o desenvolvimento de práticas como: apresentação do espaço físico do hospital e do pessoal que dela cuidará, bem como dos colegas da enfermaria; realizar educação em saúde, em relação às suas reais necessidades ( informações sobre a importância dos alimentos para a sua saúde e que a equipe de saúde, apenas quer ajudar na sua recuperação, deixando claro que ela não está só). Lembramos de Barreira (2005, p. 03), que afirma:

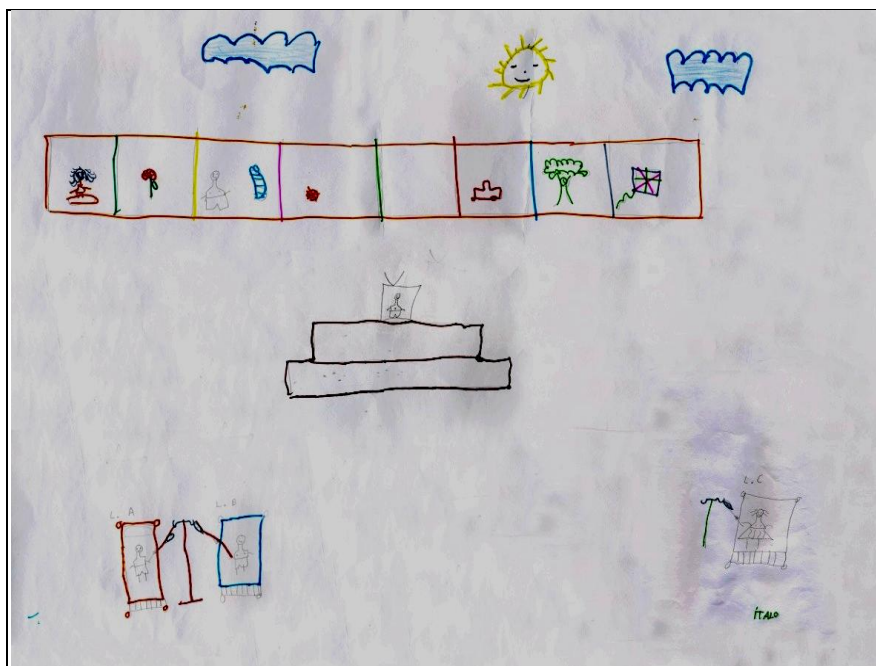
Falar em aprendizagem significativa é assumir que aprender possui um caráter dinâmico, que exige ações de ensino direcionadas para que os aprendizes aprofundem e ampliem os significados elaborados mediante suas participações nas atividades de ensino e aprendizagem .

Outra paciente (L.P.S., de dez anos de idade) nos fez o seguinte desenho sobre o hospital:



**Figura 07-** L.P.S. – Desenho livre.  
**Fonte:** Acervo da autora.

Também I.M.C., de 07 anos, fez um desenho do hospital:



**Figura 08** - I.M.C. – Desenho livre.

**Fonte:** Acervo da autora

I.M.C. fez um desenho alegre, cheio de cores, com memória de brinquedos e brincadeiras. Toda criança traz para o hospital as suas recordações. A sua memória cultural está sempre presente. Percebemos também, que a criança gosta de cores.

Essas duas últimas crianças ressaltaram, em seus desenhos, o “corpo deitado no leito” do hospital, em uso de solução venosa, o soro (venóclise), que faz parte do tratamento, mas que representa uma “amarra”, uma “contenção”, uma “limitação de movimentos”. Eles se imaginam em uso de soro, como também o colega da enfermaria.

A criança associa o hospital a experiências dolorosas, à perda de sua independência. Lembramos de Foucault (1991), citado anteriormente, que comenta sobre “a disciplina imposta nos hospitais, visando um espaço útil do ponto de vista médico, onde cada vez mais se prioriza os corpos”. A criança perde identidade/ substancial significativa para ela e ganha uma identidade neutra / vazia de sentido para ela, passando a ser identificada por um número no leito, como também por um número no prontuário, e ainda há a sua identificação pela patologia que possui, ou

seja, “o queimado do leito 03”, “a fratura do leito 2”. Coutinho e Costa (2001, p.113), salientam:

Durante a aplicação do procedimento, para o pessoal de saúde a técnica e a perícia são o ponto central da questão e ele habitualmente punciona uma veia na cabeça, mãos ou pés de uma criança. Para a criança, o procedimento parece o início de um ritual de tortura. Para ela, no hospital, parece que não existe um lugar para procedimento símbolo da hospitalização, a injeção, ser aplicada, podendo ser dada em qualquer local do corpo, o que confere à injeção um aspecto assustador. O ritual de tortura é também comunicado por gestos, e através dele a criança demonstra o significado para si de um procedimento vivido por ela.

- Apatia – As crianças preferiam, geralmente, ficar no leito, caladas, não conversavam com os colegas da enfermaria. Não se movimentavam, não se interessavam pelo que se passava ao seu redor. Dialogavam, apenas, quando estimuladas a falar.

- As crianças não conversavam com o pessoal da equipe de enfermagem que cuidava delas. Conversavam pouco com os familiares. As mães ou outro responsável percebiam suas necessidades e tentavam satisfazê-las. As respostas das crianças eram, muitas vezes, com movimento faciais. Elas expressavam pouco as suas queixas. Vejamos alguma fotos que retratam esse abandono, essa entrega do corpo, essa apatia, e a introspecção da criança, que foge para dentro de si mesma:



**Figura 09-** Criança deitada no leito do hospital.

**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 10-** Criança deitada no leito  
**Fonte:** Acervo da autora.



**Figura 11-** Criança chorando, no leito do hospital.  
**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 12-** Criança, triste, no leito do hospital.

**Fonte:** Acervo da autora

Observando as fotos, verificamos que a criança comunica o que sente, com a postura, com a expressão fisionômica. O corpo traduz os seus sentimentos, suas emoções. Quanto ao exposto, lembramos de Wallon (1996, p. 40), que afirma: “O caráter altamente contagioso da emoção vem do fato de que ela é visível, abre-se para o exterior através de modificações na mímica e na expressão facial”.

A emoção esculpe o corpo, imprimindo forma e consistência, por isso Wallon (1941, 40) a chamou de atividade “proprioplástica”. Verificamos que as emoções manifestas por estas crianças são o medo, indiferença, tristeza, e percebemos essas emoções, olhando para a própria criança, observando seus gestos e expressões fisionômicas.

Outros sinais e sintomas sugestivos de estresse, na vida da criança, foram:

- Demonstrar desconfiança.
- Birras.
- Não aceitar a alimentação.
- Mostrar-se amedrontada, por eventos e / ou procedimentos simples.
- Sensibilidade emotiva, excessiva, emociona-se por qualquer coisa.
- Náuseas.

Notamos principalmente nas crianças do Setor de Oncologia, náuseas, indisposição para alimentar-se. A Quimioterapia (tratamento medicamentoso, ao qual o paciente com câncer é submetido), apresenta, como efeito colateral, náuseas



e vômitos, mas, durante nossa pesquisa, observamos que as crianças com problema oncológico, mesmo antes de fazerem uso da quimioterapia, já apresentavam desconforto gástrico. Chegam caladas; a simples visualização do frasco do soro lhes causa náuseas. Vejamos o que nos respondeu uma criança, quando perguntamos se ela gostava do hospital: “ – *Eu não gosto muito não, porque fico enjoado, já fiquei muito no hospital. O que deixa enjoado? Um bocado de coisa: remédio...*” ( E.S.S., 10 anos de idade).

Usamos, também, nessa etapa do nosso trabalho (Momento O – Situação 0), entrevista gravada, semiestruturada (Anexo IV), com o objetivo de conhecer melhor a criança pesquisada e verificar a sua percepção sobre o hospital. Fizemos as seguintes perguntas: *Você gosta do hospital? Quais as perguntas que você gostaria de fazer?*

Das vinte crianças entrevistadas, em relação à primeira pergunta, a maioria respondeu que não gosta do hospital; duas disseram que gostam do hospital, e uma não respondeu à pergunta. Analisando as respostas dessas crianças utilizamos Bardin (1977, p. 36), e verificamos, através de um processo de reflexão, que emergiram cinco categorias: A Limitação; A Saudade de casa; O Desconhecido; Vivência do sofrimento e A Ausência da Escola. No quadro a seguir, estão expostas essas categorias e, posteriormente, cada uma separadamente:

### Quadro 3: Entrevista de crianças

CATEGORIAS EMPÍRICAS	SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS	UNIDADES DE CONTEXTO
<b>A Limitação</b>	Desvelando o hospital como espaço que impõe restrição de movimento, falta de liberdade.	Valores vivenciais, valores atitudinais.
<b>A Falta da Casa Onde Mora</b>	Desvelando os momentos de reflexão.	Sentimentos
<b>O Desconhecido</b>	Desvelando a situação concreta.	Sentimentos, emoções
<b>O Sofrimento</b>	Desvelando o hospital como espaço onde o cuidar gera aflição.	Valores vivenciais, emoções
<b>A Ausência da Escola</b>	Desvelando o hospital como agente desencadeador do afastamento da escola	Sentimentos, emoções, consciência.

**Fonte:** Construído a partir das entrevistas com crianças e/ou adolescentes deste estudo.

## **A Limitação**

### ***Desvelando o hospital como espaço que impõe restrição de movimento, falta de liberdade.***

As crianças e/ou adolescentes relatam sentimentos de frustração e tristeza por não poderem movimentar-se livremente no hospital. Vivenciam a passividade imposta, decorrente da hospitalização, por não saírem da cama, do leito. Assumem atitude apática.

*No primeiro dia em que eu cheguei aqui pensei estar chegando em **uma prisão**,... .. **Acordei 06:00 horas para tomar banho, a auxiliar acorda todo mundo**, eu queria dormir, mas não podia.” (A.S.S., 13 anos de idade).*

*Não gosto não, porque **é ruim ficar sentado aqui na cama**, sem fazer nada, **não poder andar também**.” (M. C. S., 09 anos), (grifo nosso).*

*Não, porque aqui é ruim, **não posso passear. Fica só na cama**”.* (R.F.S.)

*“- Eu gosto do hospital, mas não gosto de ficar aqui, **porque a gente não pode andar, por causa do soro**, e porque aqui eu não como não, porque eu não gosto da comida” (E.N. da S., 13 anos). (Grifo nosso).*

Percebemos nas respostas dessas crianças, quanto incomodam as limitações decorrentes da hospitalização. Devido à normatização e organização do serviço de saúde, as suas ações ficam limitadas ao leito. À criança não é permitido explorar o ambiente ao seu redor. Quanto ao exposto, Anderson (1995, p. 49 a 73), já citado anteriormente, afirma: “a tomada de decisão em relação aos cuidados prestados ao paciente e seus familiares pelo pessoal do hospital necessita de um processo pedagógico, que permita a participação de todos esses atores”.

Verificamos que as rotinas nos hospitais são estabelecidas visando à ordem do serviço, em detrimento do próprio paciente e família, pois devem seguir normas, sem que lhes seja dado o direito de serem ouvidos

Lembramos, também, de Foucault (1975, p. 33), que caracteriza os Hospitais, como instituições fechadas, onde disciplina e vigilância impostas estão presentes. Comenta, também, sobre os colégios, conventos, os quartéis, fábricas, hospitais, prisões, onde a própria arquitetura (compartimentos fechados, isolamentos, paredes altas) destas construções, propicia o isolamento do indivíduo, do ser. “Cada indivíduo no seu lugar; e em cada lugar, um indivíduo.” Portanto, é necessário promover a integração e sociabilização da criança, em qualquer ambiente onde ela se encontre, seja em casa, na escola, e até mesmo num hospital, pois ela poderá ficar hospitalizada por um longo período, e, durante este espaço de tempo, o seu desenvolvimento continua, havendo necessidade de interagir com os outros e com o ambiente ao seu redor.

### ***A Falta da Casa Onde Mora***

#### ***Desvelando os momentos de reflexão***

As criança e/ou adolescente hospitalizado revela a falta da casa onde mora, através dos sentimentos de saudade dos familiares, e tristeza devido ao tratamento doloroso (injeções, soro) e por vivenciar as outras pessoas sofrendo.

***Sinto falta da minha casa, de meu pai, das minhas tias, do carinho do meu pai.*** (R. F. S., 08 anos). (grifo nosso).

***Não. Porque aqui é muito ruim, porque a comida é ruim, sinto falta de casa... Sinto falta dos meus irmãos, da minha tia, da minha avó e dos meus primos*** (J.L. de O. 10 anos). (Grifo nosso).

***Não. Porque é muito triste ver aquelas pessoas passando mal. Porque aqui não é a minha casa***” (I.O.A., 10 anos). (Grifo nosso).

*“ – Não, porque bota o soro no braço, e dói, porque dá injeção, porque passa muitos dias e eu queria estar em casa” (D.R.S., 11 anos). (Grifo nosso).*

A criança sente falta de casa, do ambiente onde vive, pois o que mais deseja é estar junto de sua família. Quanto ao exposto, Wong (1999, p.19), afirma:

A hospitalização em si, compreendida como o fato de estar internado, apresenta-se como ponto de preocupação, pois a mesma poderá representar-se como um processo desencadeador de uma crise para a criança, evidenciada por: Separação da família, exposição a experiências dolorosas, perda da independência e interrupção de quase todos os aspectos de seu estilo habitual de vida.

A criança e/ou adolescente reconhecem o ambiente domiciliar como prazeroso, enquanto que o espaço hospitalar interrompe o seu cotidiano, acarretando consequências desagradáveis, como o afastamento da família, da casa, dos amigos e dos brinquedos.

## **O Desconhecido**

### ***Desvelando a situação concreta***

O medo do desconhecido revelou-se nos depoimentos das crianças e /ou adolescentes, através dos sentimentos de insatisfação; descontentamento, por invasão de privacidade; angústia por não saber o que vai lhe acontecer; temor em relação aos procedimentos dolorosos e que podem acontecer a qualquer momento.

***Eu não gosto do hospital, para mim é estranho; quando eu cheguei me colocaram numa cadeira de rodas, ai eu não conhecia aquelas pessoas, me perguntavam, porque eu estava magra...** (A.S.S., 13 anos de idade), (Grifo nosso).*

***..., tudo e todos eram novidade, já que eu não conhecia ninguém e nunca havia sido internada antes.** (A.S.S., 13 anos de idade), (Grifo nosso).*

*Eu fico com **medo** aqui...vem uma mulher sempre tirar meu sangue, **eu não conheço ela**. Também tem o soro..., eu queria ir para casa (J. V. A. S. 09 anos de idade), (Grifo nosso).*

*Eu queria saber o dia que eu vou para casa, **eu não sei...** Eu não sei o que vai me acontecer. Não sei se vou fazer a quimioterapia amanhã. **Eu tenho medo** quando perde a veia e tem que furar de novo.(A. L. P. S., 13 anos de idade), (Grifo nosso).*

Lembramos de Lipp (2000, p. 52) afirmando que as características do hospital, e à maneira como os adultos presentes na vida da criança vivem a situação da internação, podem desencadear nessa criança uma sensação de insegurança, de desamparo, de cansaço pela rotina estressante de muitos hospitais.

## **O Sofrimento**

### **Desvelando o hospital como espaço onde o cuidar gera sentimento de aflição**

As crianças e/ou adolescentes expressaram os sentimentos de angústia e de temor pelos procedimentos específicos em relação ao tratamento, como puncionamento de veia, injeções, o “sabor ruim dos remédios”, a quimioterapia, que causa náuseas ; afastamento da família; dor física; vivência do sofrimento de seus companheiros de enfermagem (mães chorando junto de seu filho grave, que está internado) e situações que eles sabem que podem surgir, como a morte, percebida pelos pacientes do Setor de Oncologia e seus acompanhantes .

*No primeiro dia em que eu cheguei aqui pensei estar chegando em **uma prisão**, tudo e todos eram novidade já que eu não conhecia ninguém e nunca havia sido internada antes. As pessoas me **falavam coisas horríveis** sobre como era ficar internada” (A.S.S., 13 anos de idade).*

*Fico tomando **remédio ruim**. As mães **sofrem por causa do meu problema**. Tem mães que **não podem ficar**, porque tem filhos em casa. Injeção no bumbum. As dores... (R. F. S., 08 anos) (grifo nosso).*

*“[...] À noite as **crianças choram. Acordei 06:00 horas para tomar banho, a auxiliar acorda todo mundo, eu queria dormir, mas não podia.**” (A.S.S., 13 anos de idade) (grifo nosso).*

*Não, **porque é ruim, porque dá remédio, a comida daqui é ruim. E quando peço “danone” não vem. No dia que pedi frango assado, não veio, só veio cozido, e parecia que estava cru. Não comi. Eu não gosto daqui, porque **ganho furada na “bunda”, bezetacil, muito remédio ruim. Porque fico doído para ir para casa, para sair dessa vida.**** (W. dos S., 12 anos) (Grifo nosso).*

*Eu não gosto muito não, **porque fico enjoado, já fiquei muito no hospital. O que deixa enjoado? Um bocado de coisa: remédio...**” ( E.S.S., 10 anos de idade)*

*Não. Porque eu **fico triste com os meninos se sentindo mal, sentindo dores, as mães chorando, dizendo que os filhos vão morrer. Também não tenho com que me distrair...** (T. A. de S. 12 anos) (Grifo nosso.)*

***...Não. Porque é muito triste ver aquelas pessoas passando mal. Porque aqui não é a minha casa”** (I.O.A., 10 anos) (Grifo nosso).*

Percebemos pelos relatos das crianças e/ou adolescentes, que eles vivenciam um processo interno doloroso durante a hospitalização, com muitas inquietações. Nesse sentido, lembramos de Angerami – Camon (1999, p.16), que afirma:

*[...] A situação de hospitalização passa a ser determinante de muitas situações que irão ser consideradas invasivas e abusivas na medida em que não se respeita os limites e imposições dessa pessoa hospitalizada. E, embora esteja vivendo um total processo de despersonalização, ainda assim determinadas práticas são consideradas ainda mais agressivas pela maneira como são conduzidas dentro do âmbito hospitalar. Assim, será visto como sendo algo invasivo a enfermeira que vem acordá-la para aplicar injeção, ou a atendente que interrompe uma determinada atividade para servir-lhe as refeições. Tudo passa a ser invasivo. Tudo passa a ser algo abusivo diante de sua necessidade de aceitação desse processo.*

A emoção que impera é o medo. O hospital é um ambiente estressor para essas crianças e/ou adolescentes. Eles reconhecem o hospital como uma ameaça a sua integridade biológica, psicológica e social. Entendemos que os profissionais que atuam em Hospital Pediátrico podem ser de grande ajuda no ajuste desses pacientes ao ambiente hospitalar, reconhecendo previamente sinais e sintomas de

desajustes comportamentais, sendo necessário pois, conhecimento, capacidade de percepção e sensibilidade.

## **A Ausência da Escola**

### **Desvelando o hospital como agente desencadeador do afastamento da escola**

As crianças e/ou adolescentes expressaram sentirem-se tristes por faltarem à escola durante a hospitalização. Sentem-se preocupados em perderem o ano na escola, porque estão internados.

*Não. Porque eu fico triste com os meninos se sentindo mal, sentindo dores, as mães chorando, dizendo que os filhos vão morrer. Também não tenho com que me distrair. **Me sinto triste porque vou perder o ano, e menino mais novo do que eu já está na 6ª série** (T. A. de S. 12 anos). (Grifo nosso)*

*Não. Não gosto do cheiro, não gosto de ver os nênen chorando...Eu queria ir para casa. **Tem um tempão que eu não vou na escola...** ( I.M.C., 07 anos). (Grifo osso)*

*Não. Eu me sinto enjoada, não tenho vontade de comer. **Estou também sem ir na escola. Será que vou perder o ano?...** ( L.P.S., 10 anos de idade).*

*Não. Eu queria ver meus irmãos, minha avó. **E a escola? Eu estou atrasada...Vai dar tempo de passar de ano, quando eu voltar?** (D.R.S. 11 anos)*

Percebemos que para essas crianças, “perder o ano” letivo (escola), significa atraso em suas vidas, sentem-se desvalorizados, pois os colegas ficam em séries mais adiantadas do que a dele. Ressaltamos Haeussler (1998), afirmando que a concepção que se tem de si mesmo, vai-se formando gradativamente, através das experiências vividas ao longo da vida, pelos sujeitos. O afastamento da escola, consequência de internação hospitalar prolongada, contribui para diminuir a

autoestima das crianças e/ou adolescentes que vivenciam essa experiência. A perda de ano escolar significa fracasso para esses sujeitos.

Malagris e Castro (apud LIPP, 2000) enfatizam que o rendimento escolar pobre em decorrência de fatos diversos que colaborem para essa ocorrência, é capaz de causar o stress de não ser capaz de lidar com essas situações. Percebemos que as crianças e/ou adolescentes hospitalizados, vão-se tornando cada vez mais desmotivados com o processo de ensino, em decorrência do afastamento da escola, pois muitas vezes, quando retornam, após a alta hospitalar, não conseguem acompanhar o grupo a que pertencem, o que acaba causando um estresse em suas vidas.

Perguntamos também para as crianças e/ou adolescentes: Como você descreveria o hospital? (Anexo VI)

Apenas uma das vinte crianças, que participou da pesquisa, não respondeu a essa pergunta; permaneceu em silêncio, mesmo depois de estimulada a falar. Era uma criança de 12 anos, do setor de Oncologia, em tratamento, realizando quimioterapia.

Acrescentamos também nessa análise os relatos das crianças, quando realizamos o seguinte questionamento: Quais as perguntas que você gostaria de fazer?

Num processo descritivo-reflexivo, surgiram duas categorias empíricas, A Atenção às Crianças e/ou Adolescentes e O sofrimento, que foram construídas mediante a classificação das unidades de registros em unidades de contexto e estas em subcategorias empíricas.

No quadro, a seguir, estão essas categorias e, posteriormente, cada uma delas separadamente:

#### **Quadro 4-** Entrevista de crianças

<b>CATEGORIAS EMPÍRICAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS</b>	<b>UNIDADES DE CONTEXTO</b>
A Atenção à criança	Desvelando o hospital como espaço de cuidar e de morrer; Desvelando os momentos de reflexão.	Consciência, atitude.
O Sofrimento	Desvelando o hospital como espaço onde acontece procedimentos dolorosos.	Consciência, preocupação.

**Fonte:** Construído a partir das entrevistas com vinte crianças e/ou adolescentes que participaram deste estudo.



## **A Atenção à Criança**

### **Desvelando o hospital como espaço de cuidar: a percepção das crianças e/dos adolescentes acerca da atenção à saúde dos profissionais da Unidade de Internação Pediátrica**

As crianças e/ou adolescentes expressaram a consciência de que o Hospital é um ambiente onde eles permanecem para recuperar a saúde, mesmo que tenham que sofrer em decorrência dos procedimentos (“remédio ruim”, “injeções que doem”) realizados pela equipe de profissionais que deles cuidam e vivência do padecimento das outras crianças.

*O hospital é um lugar que a gente **fica para tomar remédio** (E.S. S., 10 anos).*

*O hospital é bom porque cura as pessoas. **Passa remédio, que cura a gente**, mas tem umas pessoas, lá em Barro Preto, que são brutas, no hospital, mas aqui não”. (R.F.S., 08 anos).*

*O hospital é **a saúde**, é também... é cheio de amigos e de tias, **cheio de bêbes, que sofrem**, porque tem que fazer cirurgia, virando para um lado e para outro”. (J.N. de S., 07 anos), (Grifo nosso).*

*Ele tem uma ruma de menino doente, tudo internado, **chorando, doente, passando mal, morrendo**. As enfermeiras correndo para acudir aquele que está passando mal, doente, passando muita dor. As enfermeiras ficam “azuadas”, **as crianças operam**”. (W. dos S., 12 anos)*

*O hospital é grande. Tem muitas enfermeiras, que **elas são boas. Tiraram sangue de mim. Dá remédio na hora certa**”. (I. O. A., 10 anos)*

*O hospital é **vida e saúde** para a gente (J.L. de O., 10 anos), (Grifo nosso).*

Verificamos que a criança, mesmo não aceitando a hospitalização, percebe que o hospital é quem lhe devolve a saúde. É ele quem contém os recursos humanos e materiais necessários à sua recuperação. Quanto ao exposto, Fraga & Gomes (2001, p. 19), ressaltam:

[...] Não tendo desenvolvido o hábito de questionar e expressar os seus sentimentos, **o indivíduo tende a se calar frente às pessoas que ele acredita que sabem e podem tudo**. É uma entrega total do seu corpo nas mãos de outras pessoas que, segundo ele, irão curá-lo e devolvê-lo à rotina anterior ao seu internamento, nem que para isso ele passe pela ausência da família, dúvidas se vai ficar bom ou não, medo do que vai acontecer, exames dolorosos e repetitivos, entre outras coisas. (Grifo nosso).

### ***Desvelando o hospital como espaço de morrer: a percepção das crianças e/ou adolescentes acerca da ocorrência de morte no hospital***

*Ele tem uma ruma de menino doente, tudo internado, **chorando, doente, passando mal, morrendo**. As enfermeiras correndo para acudir aquele que está passando mal, doente, passando muita dor. As enfermeiras ficam “azuadas”, **as crianças operam**”.* (W. dos S., 12 anos)

***Por que umas crianças morrem?** Meu sonho é estudar, virar uma doutora, para ajudar as crianças que sofrem. Deus existe?”.* (R.F.S., 08 anos)

Percebemos na pergunta dessa paciente, as suas inquietudes interiores. Com apenas 08 anos, ela convive com a “morte”, como realidade. Sabe que o seu colega de enfermagem que morreu, tinha a mesma doença, e, na realidade, vive o medo interior de morrer, mas, possui sonhos, sonhos e esperança de que a realidade mude.

*O hospital..., eu diria que é ruim ficar aqui, porque aqui não pode andar, não pode brincar, e além do mais, **se fura, por causa do soro**”.* (M. C. S., 09 anos) (Grifo nosso).

As crianças e/ou adolescentes do Setor de Oncologia presenciam a morte no seu dia à dia na Unidade Pediátrica. A hospitalização, por mais simples que seja o motivo, tende a levar a pessoa enferma ao desconforto físico, moral e espiritual. A insegurança e o medo da morte geram sofrimentos (Silva, 2001, p.47). O paciente, mesmo sendo criança, possui dúvidas, expectativas individuais, que devem ser respeitadas pelos profissionais que dele cuidam. Aliado a questão morte, existe o sofrimento em relação aos procedimentos dolorosos.

Percebemos que, durante uma hospitalização, procedimentos de enfermagem, como punção venosa, são necessários, e habitualmente é puncionada uma veia. A criança se sente ameaçada com a perspectiva de punção venosa; é como se fosse iniciar um ritual de “tortura”, como Coutinho e Costa (2001, p. 114), caracterizam:

O ritual de tortura é marcado pela quantidade de vezes em que se foi furado, pelas marcas que a injeção deixou, pela intensidade da dor em cada lugar, pela penetração da agulha, pelo local onde é aplicada a injeção, que no hospital pode ser em qualquer parte do corpo, o que reforça o sentido de agressão. [...]

Nesse sentido, percebemos ser necessário conhecer a criança e/ou adolescente, e essa aprendizagem vai além do entendimento da doença, pois vai abranger a pessoa como um todo, sua história, suas aspirações, seus medos, enfim, a sua vida e seu modo de adoecer.

## **O Sofrimento**

### ***Desvelando o hospital como espaço onde acontece procedimentos dolorosos***

*Por que as crianças ficam doentes? E por que elas **choram**? E **por que elas recebem furadas**? Por que elas **sentem muita dor**? **Por que elas ficam doentes**? **Por que a gente tem esta doença?**" (W. dos S., 12 anos)*

*O hospital..., eu diria que é ruim ficar aqui, porque aqui não pode andar, não pode brincar, e além do mais, **se fura, por causa do soro**. (M. C. S., 09 anos) (Grifo nosso).*

*Gostaria de saber o que tem na minha perna, porque dói muito". (J.L.de O., 10 anos)*

***Como você consegue ficar aqui dentro, sem enjoar ?** (M.J.L.O., 13 anos) (Grifo nosso).*

*Por que ela põe tanto esparadrapo? Por que a **veia da gente "estora"**, e porque incha também? (I. O. A., 10 anos)*

*Por que a gente bate a barriga no pau? O que sente?". (J.N. de S., 07 anos).*

Verificamos, através das respostas das crianças, que, para elas, o estar no hospital significa sofrimento, tédio, mal estar (devido a quimioterapia, punções venosas e outros procedimentos); ficam curiosas, sem entender os efeitos de certos procedimentos, como a veia que “estora” (infiltração). E, também, não entendem por que existem pessoas ali, no hospital, cuidando de outras, e gostam de estar nesse ambiente, pois o que essas crianças mais desejavam, era ir para casa, estar com a família. Nesse sentido, Coutinho e Costa (2001, p.114), salientam:

A criança parece estranhar que no hospital se aplique injeção em lugares que lhe parecem inadequados ou não usuais, o que a faz sentir-se ameaçada. Também é difícil para ela entender a necessidade de substituir uma punção venosa que está prejudicada, e que pode ser necessário para a enfermagem tentar várias vezes até conseguir seu objetivo e garantir que a medicação ou hidratação seja mantida, ‘para o bem da saúde da criança.

Percebemos que as crianças possuem muitas dúvidas quanto à sua doença, ao seu tratamento. Ficam questionando-se, em relação à sua patologia e ao tratamento. Muitas medicações são administradas por injeções, que causam dor. A própria doença apresenta sintomas característicos, e um deles pode ser a dor, como também tratamentos traumáticos. A dor é um sofrimento, e está presente na vida dessas crianças. Verificamos que a equipe de saúde que cuida da criança, deve estar preparada para atendê-la sensível e dignamente. É preciso que os profissionais as ouça, deixem que ela expresse suas queixas, necessidades e dúvidas. Nesse contexto, Campos (1995, p.130) ressalta:

O ouvir e o sentir, assim como entender em profundidade o cliente é, ou pelo menos deveria ser, a tarefa primordial de todo profissional da saúde, pois todo o serviço referente à saúde é um encontro de pessoas, sendo necessário que o paciente aja, intervenha, se manifeste e contribua efetivamente no processo de sua plena reintegração física, psicológica e social. O paciente precisa querer a sua saúde e aceitar a terapia indicada. É, portanto, um agente de saúde, estendendo-a a seu ambiente familiar e social.

É necessário que ocorra uma mudança significativa na postura dos profissionais da equipe de saúde para com a criança, visando à participação da pessoa enferma e/ou dos seus familiares no tratamento. Havendo liberdade de

expressão, certamente a participação da criança enferma será maior, e a sua recuperação acontecerá mais rapidamente.

Portanto, devemos perceber na criança hospitalizada, principalmente aquela portadora de doença crônica, os seus enfrentamentos no cotidiano, e muitas vezes, internalizados, pois são vivências interiores não verbalizadas, mas que a fazem sofrer. A equipe que cuida da criança, com esse conhecimento, poderá estabelecer uma relação autêntica de ajuda e de conforto. É preciso deixar que a criança expresse seus sentimentos, seja solidária, valorize o que expressa, sabendo ouvi-la sensivelmente, respeitá-la como um ser que tem dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais e que está muito fragilizado.

Nessa fase da pesquisa, ainda tentando identificar os comportamentos da criança, ou seja, como reage frente à hospitalização, percebemos muitas mães desanimadas e tristes, em relação ao estado de saúde de seu filho, que está no hospital. Certo dia, quando chegávamos a uma enfermaria, da Unidade Pediátrica, encontramos uma mãe chorando junto de seu filho, no leito. Estava sentada, numa cadeira, e ele, deitado, gravemente, mas consciente. A criança falou calmamente, acariciando os cabelos da mãe: “ – Não chore não, mamãezinha, não chore não”.

Percebemos, então, o quanto as mães ficam tristes e desanimadas, diante do estado de saúde de seus filhos. E a criança, que sofre física e emocionalmente, adquire um amadurecimento interior, conforta a mãe nesse momento. Muitos são os fatores responsáveis por esse desânimo e abatimento das mães:

A doença da criança, principalmente se for câncer. Sabemos, hoje, através da literatura, que as chances de cura de câncer numa criança são grandes, mas tudo é muito relativo; o tratamento pode durar apenas dois anos, e ela ficar curada, como também pode durar cinco anos ou até dez. É preciso que as mães estejam preparadas, que se fortaleçam, para toda a jornada de tratamento intensivo, ao qual a criança terá que submeter-se. São várias sessões de quimioterapia e/ou radioterapia e/ou tratamento cirúrgico, que poderá ser necessário.

Os efeitos colaterais das medicações é que deixam a criança abatida, e, assim, muitas vezes, tem vômitos, náuseas, ausência de apetite. Esses sintomas deixam a mãe aflita, preocupada.

O cansaço é outro fator que contribui para o desânimo da mãe. Fica permanentemente ao lado do filho, numa cadeira ou poltrona e, à noite, também dorme na cadeira, junto ao leito. Muitas moram em zonas rurais (fazendas), ou em

idades circunvizinhas à cidade de Itabuna; são de classe social de baixa renda e ficam constantemente, no hospital, pois não têm condição de ir à casa com frequência, porque não dispõem de recursos financeiros. Em consequência disso, ficam longe dos familiares, inclusive dos outros filhos.

#### 4.3. MOMENTO 1 (M1)– SITUAÇÃO 1 (S1)

Essa fase da nossa pesquisa, correspondeu à intervenção – execução das atividades propostas junto à criança, à escola, ao hospital e à família. As atividades desenvolvidas foram:

Elaboração, com os diversos atores envolvidos nesse processo, de um programa educativo, que propiciaria a continuação da educação da criança hospitalizada.

Reunimo-nos com a equipe de enfermagem, com as mães ou outro responsável pela criança e com as próprias crianças. Elaboramos um programa visando propiciar a continuação da educação da criança no hospital.

#### ***Reunião com equipe de enfermagem***

Realizamos reunião com o pessoal que cuida da criança no hospital e estudantes do Curso de enfermagem, Curso de pedagogia e Curso de Direito da Universidade Estadual de Santa Cruz. Apresentamos o plano da nossa pesquisa e falamos da importância de um atendimento integral à criança, que atenda não somente as suas necessidades biológicas, mas também as necessidades psicológicas, sociais e espirituais. Pedimos que falassem sobre a assistência à criança, e algumas auxiliares de enfermagem disseram:

*Eu gosto de cuidar da criança, mas sei que converso pouco com ela e com a mãe, gostaria de falar mais com eles, mas não tenho tempo, porque fico responsável por uma enfermaria de 06 leitos. Tenho que aferir sinais vitais nos horários certos, anotar nos prontuários, além de fazer curativos, e outros procedimentos. Eu não paro. Gostaria de ter mais tempo para conversar com as crianças (G.P. dos S.).*

Percebemos, por esse e outros depoimentos desses profissionais, que, muitas vezes, a equipe de enfermagem supervaloriza as rotinas técnicas, os procedimentos a serem executados e deixa, em segundo plano, a escuta ao paciente, o diálogo. Outra auxiliar de enfermagem nos disse:

*Eu fico no Setor de Oncologia, e gosto muito de cuidar de crianças. Uma vez, quando cheguei ao hospital, para trabalhar, no período do S.N. (serviço noturno), uma criança estava grave na enfermaria. As colegas que me passaram o plantão, disseram que talvez ela não passasse daquela noite. Assim que me viu, a criança me pediu para que eu fizesse uma oração para ela, e lesse um salmo da Bíblia. Eu lhe disse que faria isto, assim que aferisse os sinais vitais de todas as crianças, pois é rotina verificar naquele horário. A criança insistia, me pedindo sempre para que eu fizesse a oração, e eu lhe dizia calmamente, que logo a faria. Assim que terminei de aferir os sinais vitais das crianças, inclusive desta que estava grave, eu fiz uma oração e li um salmo da Bíblia Sagrada. Notei que a criança grave, que estava gemente e respirando com dificuldade, relaxou e dormiu. Ela acordou no outro dia, e não foi a óbito durante o meu plantão. A partir deste dia eu percebi que tudo é importante para estar bem. Não basta curar as feridas, mas também é importante apaziguar o lado interno do ser. A oração causou uma paz espiritual nesta criança. (M.C.J.).*

Quanto ao exposto, lembramos de Watson (1985, p. 36): “[...] a força do trabalho em enfermagem, significa também oferecer o cuidado que satisfaz a alma, ou seja, as experiências de fé-esperança são igualmente essenciais, tanto ao processo de cuidado quanto ao processo curativo.”

O cuidado biopsicossocial e espiritual significa tornar a experiência de estar em um ambiente hospitalar, voltada, ao máximo, para a pessoa humana, considerar-se valores, crenças, sentimentos, emoções e não apenas o aspecto biológico. J.S.S., nos falou:

*Eu também trabalho na Oncologia, e estou feliz de hoje estar aqui conversando sobre o nosso trabalho. Nós não temos momentos como este. É bom porque a gente compartilha, desabafa. Eu saí de férias, e estou voltando ao serviço hoje. Quando entrei na enfermaria, pela manhã, tomei um choque, pois uma criança que estava bem a trinta dias atrás, quando saí de férias, hoje está grave... muito grave. Dizem que temos que ser fortes,*

*que as pessoas que trabalham na enfermagem, em hospital, não podem chorar, mas, nós somos humanos, e o ser humano também não chora? Eu também tenho sentimentos. Eu estou voltando de férias hoje, mas já estou cansada... (J.S.S.). (Esta auxiliar de enfermagem chorou, quando deu este depoimento).*

Lembramos de Cheida e Christófolli (1984,p.166) que afirmam:

O trabalho com pacientes terminais desenvolve sentimentos na equipe de saúde, que variam entre culpa, depressão, tristeza, ansiedade, identificação exagerada com o paciente, e pode levar o profissional a confrontar a sua própria mortalidade. (CHEIDA E CHRISTÓFOLLI, 1984, p.166).

Percebemos que a equipe sofre junto com o paciente; vivencia toda a sua trajetória de vida no hospital, passa a conhecê-lo e, com isso, compartilha a sua luta pela recuperação da saúde. Quanto ao exposto, Camponogara e Ferreira (2001, p.111) salientam:

[...] à medida que a equipe se propõe ajudar o paciente, abrange toda a parte bio-psico-socio-espiritual, o enfermeiro compartilha todo o sofrimento do paciente, e isso faz com que ele sofra, pois acredito que a equipe de enfermagem não está preparada para trabalhar com o paciente terminal. Sempre foi exigido do enfermeiro a cura do paciente e a perda, a dor, o sofrimento, a morte sempre foram neutralizados na sua formação e pela própria sociedade, com isso, dificultaram a aceitação da finitude do paciente para o qual a equipe de enfermagem presta cuidado.

A equipe de enfermagem frustra-se, ao perceber que o paciente está morrendo; não está preparada para “cuidar do ser morrendo”. Na verdade, busca a cura do outro. A morte tende a ser negada; é vista como um acontecimento que causa sensação de fragilidade, medo e impotência. No entanto, Fernandes, Fujimore e Koizumi (1984, p. 102), afirmam que: *“assistência de enfermagem tem como finalidade atender às necessidades básicas do ser humano nos seus aspectos bio-psicossociais e espirituais e considera o paciente como ser integral e, nessa assistência, inclui-se o morrer com tranqüilidade.”* L.A.S., nos disse:

*Nós cuidamos de pessoas, e temos que ter carinho e paciência com elas, até porque são crianças. Só que tem colegas que acham que é tolice você conversar mais um pouco com a criança ou a mãe, ou cantar para a criança, ou contar uma história. Eu às vezes sou criticada por que sempre faço estas coisas com as crianças. No vestiário (banheiro), às vezes elas ficam rindo de mim. Mas eu não me importo.*



É necessário que o enfermeiro tenha segurança em suas ações. Deve prestar uma assistência digna e ética ao ser humano, no nosso caso, criança e/ou adolescente. Ele cuida de um ser humano, que precisa da técnica adequada, em cada procedimento, mas também, de carinho, amor e ternura.

Cada membro da equipe de enfermagem, como cuidador, da saúde da criança, precisa esforçar-se para perceber as suas necessidades. A criatividade deve estar presente em todos os momentos. E, quanto ao exposto, Backes; Martins; Dellazzana (2001, p.42) ressaltam:

A criatividade do amor nasce da habilidade em ler as expressões do doente, traduzir a sua linguagem verbal e não-verbal e uma ação terapêutica. Uma das formas de comunicação mais apreciadas e procuradas, hoje, e provavelmente a mais rara em nosso meio, é a ESCUTA. Escutar alguém é uma resposta a uma profunda necessidade humana.

Saber ouvir o paciente, ouvir suas queixas e, muitas vezes, escutar o que ele quer falar, com os olhos, as expressões fisionômicas e até o corpo, é função do enfermeiro, o qual deve estar atento a tudo.

Percebemos que a maior parte desses profissionais que participaram da nossa pesquisa valoriza um cuidado integral à criança, sabem da importância de se atender as suas necessidades biopsicossociais e espirituais. Relataram que, se não o fazem, é devido aos inúmeros procedimentos de enfermagem que têm a desempenhar. Enfatizamos, durante a reunião, que podem aproveitar o momento de realização desses procedimentos, para conversar com a criança; transmitir carinho; contar histórias; orientar a própria criança a como se auto-cuidar, no domicílio; realizar educação em saúde com a mãe ou outro responsável e a criança.

Depois que apresentamos o nosso trabalho e sobre as atividades a serem desenvolvidas com as crianças no hospital, algumas nos falaram o seguinte:

*Levar a criança a desenvolver deveres da escola no hospital, vai ser muito importante, vai ocupar o tempo delas. O que eu puder fazer para ajudar, eu farei. Ela precisa disto, de atenção, de pessoas que a ouça, que faça ela brincar, que faça ela viver (L.A.S.).*

*Essas crianças precisam muito da nossa atenção, muitas vezes ficam sem suas mães, no hospital. As mães que não ficam, é porque tem outros filhos em casa para cuidar, e moram longe do hospital, muitas vezes em fazendas. Sabem que a criança estando no hospital, estará segura, pois*

*têm comida e tratamento. Às vezes, quando alguma destas mães vem ao hospital, nós damos a ela o dinheiro da passagem de volta (dividimos entre os colegas), assim ela terá outra passagem para vir visitar o filho outro dia (L.A.S.).*

### **Reunião com as mães**

Nas fotos a seguir, mostramos atividades com as mães, realizadas por estudantes do curso de Pedagogia, do curso de Direito e de Enfermagem da UESC (Universidade Estadual de Santa Cruz).



**Figura 13-** Dinâmica de grupo, durante reunião com mães e estudantes do curso de Pedagogia e de Direito, para elaboração do programa educativo

**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 14-** Dinâmica de grupo, durante reunião com mães e estudantes do curso de Pedagogia e de Direito, para elaboração do programa educativo.

**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 15** – Estudantes do curso de Enfermagem, definindo com as mães ou outro responsável pela criança, o programa educativo proposto, que propiciaria a continuação da educação formal da criança no hospital, bem como os problemas observados.

**Fonte:** Acervo da autora

Perguntamos a cada mãe ou outro responsável pela criança quais as dúvidas que tinham, em relação à saúde da criança, ou a sua doença, ou ao próprio hospital

e quais os assuntos que gostariam de ouvir nas palestras. As mães das crianças do Setor de Oncologia responderam:

“ – O que é câncer? Ele tem cura?”

“ – O que é leucemia?”

“ – O que é anemia falsiforme?”

“ – Meu filho vai ficar curado?”

Percebemos que a maior parte das mães conhecia pouco a respeito da doença de seu filho. Tornaram-se necessários, esclarecimentos, orientações a esse respeito, entendendo que a mãe deve conhecer a doença e, principalmente, saber o que está acontecendo com a sua criança; é um direito seu. Assim, poderia ajudar muito mais, se estivesse bem informada.

Diante do que verificamos, a respeito da falta de conhecimento das mães, sobre a doença da criança, incluímos nas ações a serem realizadas no hospital em estudo, palestras sobre a doença da criança; educação em saúde e esclarecimento de dúvidas existentes.

Algumas mães pediram que lhes fossem oferecidas e a suas companheiras, orientações sobre bons hábitos de saúde, pois algumas disseram que suas companheiras tinham maus hábitos de higiene, tais como: jogam papel no chão, inclusive no banheiro; não dão descarga no vaso sanitário, depois de usá-lo; não lavam as mãos etc.

Nas reuniões realizadas, com cada segmento, ou seja, equipe pedagógica, equipe de enfermagem e auxiliares de enfermagem e com as mães, priorizamos os problemas identificados anteriormente no nosso período de observação da criança hospitalizada e nos relatos da própria mãe e da equipe que cuida da criança, no hospital.

Os objetivos e as ações estão mostradas no quadro 03, visando resolver o problema primordial, denominado Situação 1A.

**SITUAÇÃO 1A** : No leito, criança triste e calada.**QUADRO 05:** Situação 1A

OBJETIVOS	AÇÕES	RESPONSÁVEL (EIS)
<p>1- Sensibilizar o professor da criança e diretor da escola, quanto à importância do desenvolvimento das atividades escolares da criança no hospital.</p> <p>2- Promover práticas educativas com a criança, no hospital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Localizar a escola da criança e contactar com o seu professor e diretor da escola, explicando a importância do desenvolvimento das atividades escolares da criança no hospital.</li> <li>- Entregar ao diretor da escola, ofício (anexos I e II) apresentando o projeto e solicitando o consentimento de realização de atividades escolares, com a criança, no hospital.</li> <li>- Desenvolver com a criança, no hospital, mesmo no leito, deveres e outras atividades que venham da escola.</li> <li>- Comemoração de datas festivas no hospital, como: Dia da criança, Natal, Carnaval, São João, 7 de Setembro, Primavera, aniversário da criança.</li> <li>- Desenvolvimento de atividades como: desenho, conto de histórias infantis, filmes, jogos em grupos, brincadeiras, canto, músicas, dança, dramatização.</li> <li>- Conversar com a criança, ouvi-la, deixar que ela verbalize as suas queixas.</li> <li>- Aplicação do Programa de Desenvolvimento da autoestima de Haeussler P. e Milicic M.</li> <li>- Visita do professor da escola, à criança, no hospital, onde poderá ministrar para ela alguma aula, explicar os assuntos dados na escola, realizar atividades.</li> <li>- Orientar e esclarecer a criança, no hospital, em relação a educação em saúde, como também em relação ao problema de saúde que ela apresenta.</li> <li>- Orientar e esclarecer, em relação à educação em saúde, na escola da criança hospitalizada.</li> </ul>	<p>Pesquisadora</p> <p>Pesquisadora Estudantes de pedagogia.</p> <p>Pesquisadora Estudantes de pedagogia Estudantes de Enfermagem</p> <p>Voluntários</p> <p>Pesquisadora Equipe de enfermagem</p> <p>Pesquisadora</p> <p>Professor da escola, onde a criança estuda.</p> <p>Auxiliares enfermagem Estudantes de enfermagem</p> <p>Auxiliares de enfermagem Estudantes de enfermagem</p>

Fonte: Elaborado com os sujeitos participantes deste trabalho, durante reunião (planejamento).

**- Desenvolvimento de deveres vindos da escola.**

O que nos chamou a atenção durante a realização dessas atividades foi o grande interesse e “vontade de querer fazer” da criança. Já citamos anteriormente, que, quando perguntávamos para elas, se gostariam, de desenvolver estas atividades no hospital elas diziam imediatamente que sim, com alegria, expressando um sorriso. A foto a seguir, mostram A. dos S.P. (12 anos), realizando atividades escolares, no hospital.



**Figura 16:** Foto de A. dos S.P. realizando atividades escolares.

**Fonte:** acervo da autora

T. A. de S. (12 anos) – Paciente do Setor de Oncologia, demonstrou muita satisfação em realizar as atividades escolares no hospital. Mesmo no dia em que estava de alta, queria realizar as atividades. Ficava aguardando-as com ansiedade. Essa criança havia perdido o ano (escolar) anterior, o 4º ano, do ensino fundamental. Quando o conhecemos era mês de junho; ele se havia matriculado na escola, mas estava faltando, por conta do tratamento, e achava que iria “perder” novamente o ano letivo. Perguntamos-lhe se queria que pegássemos seus deveres da escola, para ele fazer no hospita; ele aceitou prontamente. Foi ele mesmo quem nos falou (já citado anteriormente): “[...] **Me sinto triste porque vou perder o ano, e**

*menino mais novo do que eu já está na 6ª série*". (T. A. de S. 12 anos). ( Grifo nosso)

Entramos em contato com a escola de T.A. de S., no município de Ilhéus, Bairro Banco da Vitória, e foi autorizado (Anexo IV) pegarmos as atividades escolares. Sua professora ficou muito feliz em saber que ele retornaria à escola.

A foto 17 mostra T.A. de S. no primeiro dia de suas atividades escolares no hospital.



**Figura 17** – Foto de T.A. de S. no 1º dia de suas atividades escolares no hospital.

**Fonte:** acervo da autora

A Foto 18 demonstra esse mesmo adolescente, já de alta hospitalar, vestido com a roupa que iria para casa (calça comprida e camiseta), fazendo seus deveres da escola, pois era preocupação sua não perder nenhum dia de atividade, para não atrasar os assuntos.



**Figura 18-** Foto de T.A. de S., realizando suas atividades da escola.

**Fonte:** Acervo da autor.

Uma adolescente que participou da pesquisa, A.S. da S., 13 anos, tinha como diagnóstico, anorexia; estava já há dois meses, sem frequentar a escola.

Ballone, Neto e Ortolani (2002, p.139-140) afirmam que os sintomas mais frequentes da anorexia nervosa são:

- Medo intenso a ganhar peso, mantendo-o abaixo do normal.
- Pouca ingestão de alimentos ou dietas severas.
- Imagem corporal distorcida.
- Sensação de estar gorda quando se está magra.
- Grande perda de peso (frequentemente em um período breve de tempo).
- Sentimento de culpa ou depreciação por ter comido.
- Hiperatividade e exercício físico excessivo.
- Perda da menstruação.
- Excessiva sensibilidade ao frio.
- Mudanças no caráter (irritabilidade, tristeza, insônia, etc.) (Grifo nosso).

Os sintomas grifados foram os apresentados por A.S. da S. Durante a hospitalização, o seu peso era 37 Kg, e a sua altura, 1,70 m, sendo a sua idade, 13 anos. O peso ideal para essa adolescente, de acordo com sua estatura, segundo Trucom (2000), seria de 55 Kg a 64 Kg. Dois meses antes dessa hospitalização, ela pesava 56 Kg, estava portanto na faixa de peso ideal, porém, ao adoecer (anorexia), perdeu 19 Kg.

Pegamos suas atividades da escola, e A.S. da S. começou a realizá-las no hospital. As fotos a seguir mostram esses momentos:



**Figura 19-** Foto de A.S. da S., realizando atividades escolares.

**Fonte:** Acervo da autora.





**Figura 20-** A.S. da S., desenvolvendo atividades escolares, na Brinquedoteca do Hospital

**Fonte:** Acervo da autora

Percebemos que faz parte da vida da criança e do adolescente estudar, aprender. Mesmo em situação de hospitalização, eles continuam crescendo e se desenvolvendo. É função da equipe que cuida da criança e/ou adolescente no hospital, aproveitar cada momento, estimulando a sua aprendizagem e, conseqüentemente, a sua recuperação. Quanto ao exposto, Piaget enfatiza:

O desenvolvimento cognitivo é processo seqüencial marcado por etapas caracterizadas por estruturas mentais diferenciadas. Em cada uma dessas etapas a maneira de compreender os problemas e resolvê-los é dependente da estrutura mental que a criança apresenta naquele momento. Seria, pois, necessário identificar, através de observação criteriosa, o momento do desenvolvimento que a criança está vivendo. (PIAGET, 1969, p. 56).

Quando conhecemos I.O.A, 10 anos de idade, outra criança que participou do nosso estudo, no hospital, ela não queria conversar conosco, pois estava visivelmente irritada. Reconhecemos nela sintomas de estresse, decorrente de hospitalização. Essa criança passou 60 dias hospitalizada, e, além disso, essa era a sua 5ª hospitalização. Os sintomas que I.O.A. apresentava eram: olhar assustado; calada; denotava medo, desconfiança; não conversava com os colegas e com o pessoal da equipe de saúde que cuidava dela. Não participava das festas que aconteciam no hospital, e chorava amedrontada, agarrando-se à sua mãe, quando

os animadores, como, palhaços e pessoas que ela não conhecia, se aproximavam. Percebemos que, lentamente, com a realização das atividades da escola, enviadas por sua professora e conversando com paciência, para que adquirisse confiança e verbalizasse suas queixas, ela, aos poucos, foi tornando-se mais participativa, comunicava-se e sorria.

Mostramos a seguir algumas fotos dessa criança:



**Figura 21-** Foto de I.O.A. desenvolvendo atividades da escola na enfermaria, do hospital.

**Fonte:** Acervo da autora

Observamos, através das fotos 22 e 23 - I.O.A., desenvolvendo no hospital, atividade da escola onde estuda, junto com sua mãe.



**Figura 22-** Foto de I.O.A., no hospital

**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 23-** Foto de I.O.A., no leito do hospital, com sua mãe.

**Fonte:** Acervo da autora

As fotos a seguir mostram outras crianças que participaram da nossa pesquisa, desenvolvendo atividades escolares:



**Figura 24-** Foto de M.J.L.O., fazendo o dever da escola.

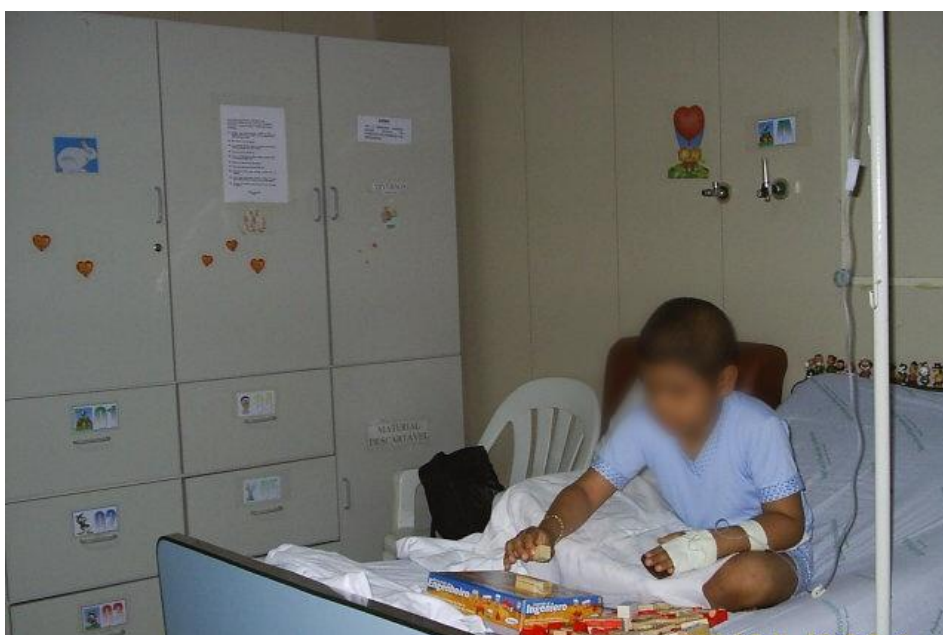
**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 25-** Foto de L. P. de J. desenhando, na enfermaria do hospital

**Fonte:** Acervo da autora

Estimulamos, também, a criança a brincar no leito e em outros espaços do hospital, sozinha, acompanhada e/ou em grupo, com outras crianças, também hospitalizadas.



**Figura 26 –** Foto de I.M.C. (07 anos), brincando no leito.

**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 27**– Crianças brincando na brinquedoteca, com familiares.

**Fonte:** Acervo da autora.

A presença da mãe ou outro responsável faz com que a criança se sinta segura e mais confiante.



**Figuras 28**– Crianças brincando na brinquedoteca, com familiares.

**Fonte:** Acervo da autora.



**Figura 29**– Pintura em grupo.

**Fonte:** Acervo da autora



**Figuras 30**– Crianças brincando

**Fonte:** Acervo da autora



**Figuras 31**– Crianças brincando

**Fonte:** Acervo da autora

O Programa de Desenvolvimento da autoestima de Haeussler P. e Milicic M. deve ser trabalhado com crianças de Educação Geral Básica. Haeussler P. e Milicic M. afirmam a respeito:

[...] A través de una metodología activa y participativa, se persigue que el niño aumente la confianza em sí mismo, vea que le resulta fácil y agradable expresar sus sentimientos, se sienta en um clima estimulante, de confianza y de respeto, y aprenda a crear y a crecer como persona, junto a sus compañeros” (Haeussler P. e Milicic M., 1998, p.46 ).

Realmente, percebemos que, quando possibilitamos às crianças expressar seus sentimentos, quando as ouvimos, sentem-se valorizadas e mais confiantes. Quando realizamos as oficinas, notamos que as crianças se sentiram soltas, espontâneas, sorriam, e, aos poucos, iam conversando e compartilhando com as outras os seus desenhos, ou o que escreviam.

**Aplicação do Programa de Desenvolvimento da auto-estima de Haeussler P. e Milicic M.**



**Figuras 32-** Aplicação do Programa de Desenvolvimento da auto-estima de Haeussler P. e Milicic M.

**Fonte:** Acervo da autora



**Figuras 33-** Aplicação do Programa de Desenvolvimento da autoestima de Haeussler P. e Milicic M.

**Fonte:** Acervo da autora





**Figuras 34-** Aplicação do Programa de Desenvolvimento da auto-estima de Haeussler P. e Milicic M.

**Fonte:** Acervo da autora

Verificamos, a seguir, datas festivas comemoradas no hospital, campo do estudo, como parte do nosso programa de intervenção. As datas comemoradas foram: Natal, carnaval, Semana Santa (Páscoa), Dia das Mães, São João, 07 de setembro (Independência do Brasil), Primavera, Dia das Crianças,



**Figuras 35-** Festa do Natal

**Fonte:** Acervo da autora



**Figuras 36-** Festa do Natal

**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 37-** Festa do Natal

**Fonte:** Acervo da autora

As crianças que não podiam participar dessas festas no Salão do Hospital também participavam, na própria enfermaria, pois a festa se deslocava para atendê-las. Vejamos as fotos a seguir:



**Figura 38-** Festa de São João na enfermaria

**Fonte:** Acervo da autora

Na foto anterior, T.A. de S , encontra-se na enfermaria sozinho, recebendo os cuidados de quimioterapia, e não pôde ir para o salão, participar da festa, mas a festa foi levada até ele, que participou com muita animação. Ele estava deitado, e, assim que o pessoal entrou, ele se sentou na cama e começou a cantar as músicas juninas.

Observamos, nessas festas, que não é apenas a criança quem participa, mas, também, os pais ou outro responsável e também o pessoal que cuida da criança.

Verificamos, nas fotos a seguir, outras festas e momentos de animação no Hospital:



**Figura 39-** Crianças cantando e tocando instrumentos musicais na enfermaria, ao som de canções infantis, gravadas em CD.

**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 40-** Crianças cantando e tocando instrumentos musicais na enfermaria, ao som de canções infantis, gravadas em CD.

**Fonte:** Acervo da autora

Percebemos nas crianças uma alegria contagiante, quando envolvidas numa atividade prazerosa no Hospital. A criança da foto 40 não queria apenas cantar e tocar os instrumentos; também dançava e queria pular de alegria.

Outras atividades, de cunho educativo, também foram realizadas: contar / ouvir estórinhas infantis, visita de palhaços, visita dos bichos da Disneilândia.



**Figura 41-** Contando estórias

**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 42-** Palhaço nas enfermarias

**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 43-** Passeando com os bichinhos de animação pelo hospital, na Semana da Páscoa.

**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 44-** Passeando com os bichinhos de animação pelo hospital, na Semana da Páscoa.

**Fonte:** Acervo da autora

Durante essas intervenções com as crianças, fizemos as seguintes observações:

- A criança mostra-se feliz, quando vê coisas alegres no hospital: o colorido, bolas, balas, brincadeiras, música. Pediam sempre que tirássemos foto e faziam pose na hora de tirá-las. Esse era o pedido mais constante.
- A mãe ou outro responsável pela criança também gosta das mesmas coisas: o colorido, as brincadeiras das quais participavam com a criança, os cantos, as fotografias, a solicitação frequente.
- O pessoal da equipe de enfermagem, que cuida da criança no hospital, sabendo da importância de uma atenção especial à criança hospitalizada, em atendimento às suas necessidades biopsicossociais, também participava das festas, voluntariamente, preocupando-se em mostrar para as crianças os palhaços e bonecos de animação. A foto 81 retrata o momento quando os bonecos passeavam pelos corredores da Unidade Pediátrica, e uma profissional da equipe de enfermagem chamou um dos bonecos, para que uma criança pequena (bebê) o visse. Era da enfermaria de bercinhos, onde geralmente ficam os que têm menos de dez meses de idade. Os bonecos não iam passar nessa enfermaria, com receio de assustar as crianças, mas a profissional percebeu a presença deles e trouxe o bebê, para que ele ficasse alegre, com a presença dos bonecos coloridos; ele sorriu.



**Figura 45-** Passeando com os bichinhos de animação pelo hospital, na Semana da Páscoa.

**Fonte:** Acervo da autora

- As intervenções desenvolvidas, possibilitavam uma maior interação entre o pessoal da equipe de enfermagem e a criança hospitalizada. Ao comemorarmos o aniversário de uma criança, ocorreu um fato que nos chamou atenção: a criança não queria que cantássemos o parabéns sem a presença do auxiliar de enfermagem que cuidava dela na enfermaria. Embora quisesse fazer-se presente, naquele momento realizava um curativo noutra enfermaria. Pediu-nos, então, que o aguardássemos, pois fazia questão de tirar fotos com a criança.

A Situação 1B também mereceu nossa atenção, pois está vinculada e contribuindo fortemente para a situação 1A.

**SITUAÇÃO 1B:** Intervenção com mães desanimadas e tristes, em relação ao estado de saúde de seu filho, hospitalizado, e com dúvidas quanto à doença e ao tratamento da criança.

**Quadro 6:** Programa de intervenção-mães

OBJETIVOS	AÇÕES	RESPONSÁVEIS
<p>1- Sensibilizar a equipe de enfermagem da Unidade Pediátrica, o serviço social e coordenação de enfermagem, quanto à importância de se manter a mãe da criança estimulada, participativa, no processo de recuperação de seu filho.</p> <p>2- Sensibilizar as mães ou outro responsável quanto à importância de cultivar atos e pensamentos positivos em relação à recuperação do filho.</p>	<p>- Reunir com equipe de enfermagem da Unidade Pediátrica, o serviço social e coordenação de enfermagem, a fim de resolver a situação da falta de estímulo das mães que choram, junto ao leito da criança, negatividade em relação à recuperação do filho e dúvidas sobre a doença. Fatos esses que foram verificados durante a fase de observação deste trabalho.</p> <p>- Reuniões com as mães das crianças, ou outro responsável, desenvolvendo atividades como: técnicas de relaxamento; desenho; música; canto; jogos em grupos; atividades de artesanato.</p> <p>- Realizar palestras nessas reuniões sobre a doença da criança, educação em saúde e esclarecimento de dúvidas que possam existir.</p> <p>- Aplicação do Programa de Desenvolvimento da autoestima de Haeussler P. e Milicic M.</p>	<p>Pesquisadora Voluntários</p> <p>Pesquisadora Estudantes do curso de Enfermagem Estudantes de pedagogia da UESC Outros voluntários.</p>



Verificamos, nas fotos a seguir, algumas das atividades realizadas:



**Figura 46.** – Foto de estudante de enfermagem, orientando as mães em relação à educação em saúde.

**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 47** – Dinâmica de grupo com as mães das crianças

**Fonte:** Acervo da autora

A figura 48 demonstra estudantes do curso de Enfermagem orientando mães / responsáveis pela criança e/ou adolescente, sobre educação em saúde, na sala - refeitório do hospital.



**Figura 48-** Estudantes do curso de Enfermagem orientando mães

**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 49 –** Estudante orientando crianças sobre educação em saúde

**Fonte:** Acervo da autora

Na foto 50, as crianças e mães ou responsáveis são orientados pelos estudantes, através de dramatização, sobre a importância do uso das medicações e do soro (venóclise).



**Figura 50** – Orientação através de dramatização

**Fonte:** Acervo da autora

### **Aplicação do Programa de Desenvolvimento da autoestima de Haeussler P. e Milicic M. com mães:**

Era nosso objetivo trabalhar o Programa de Desenvolvimento da auto-estima de Haeussler P. e Milicic M., apenas com as crianças, porém, no momento de observação do comportamento da criança, percebemos, como já citamos anteriormente, notamos que as mães encontravam-se tristes, desanimadas, caladas, pessimistas em relação à saúde de seus filhos. Verificamos, então, que, sendo a mãe ou outro responsável pela criança, a pessoa que permanece ao seu lado, 24 horas por dia, no hospital, é necessário, que esteja bem, positivo, cheio de força interior, para que possa transmitir esses sentimentos para suas crianças. Falamos anteriormente que a emoção modela o rosto e o corpo do ser humano. Se estamos alegres, o nosso corpo, o nosso rosto, transmitem essa emoção; por outro lado, se

estamos tristes, desanimados, o nosso corpo, as nossas expressões fisionômicas espelham esses sentimentos. O estado de ânimo é percebido, inclusive pela criança. Tentando elevar a autoestima das mães, ou outro acompanhante, aplicamos o referido Programa com elas:

O Programa de Desenvolvimento da autoestima de Haeussler P. e Milicic M. consta de dez unidades educativas (já citadas anteriormente, na página 58). Cada uma tem seus objetivos próprios. Em cada seção pode-se trabalhar uma das atividades propostas, realizadas independentemente e servir de apoio a outras situações educativas. As fotos a seguir mostram alguns momentos de desenvolvimento deste programa, com as mães ou outro responsável pela criança:



**Figura 51** – Foto de estudante de enfermagem, no hospital, realizando o Programa de desenvolvimento da autoestima de Haeussler P. e Milicic M., com as mães das crianças.

**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 52** – Foto de estudante de enfermagem, no hospital, realizando o Programa de desenvolvimento da auto-estima de Haeussler P. e Milicic M., com as mães das crianças.

**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 53**– Foto de estudante de enfermagem, no hospital, realizando o Programa de desenvolvimento da auto-estima de Haeussler P. e Milicic M., com as mães das crianças.

**Fonte:** Acervo da autora

Quando aplicamos esse Programa, observamos o seguinte:

- As mães mostraram-se totalmente disponíveis e aceitaram com muita disposição participar das oficinas.
- No percurso da enfermaria até o local (auditório do hospital), onde aplicamos o Programa, percebemos que as mães iam sorridentes, conversando e interagindo. O nosso objetivo era fazer as mães se conhecerem melhor, sentirem-se bem consigo e com as outras companheiras de enfermaria. Verificamos que isso já estava começando a acontecer, logo no início.
- No primeiro encontro realizado, percebemos que elas entraram na sala caladas, mas, assim que iniciamos as atividades, começaram a falar, sorrir e fazer brincadeiras. Quando aplicamos o Programa de Desenvolvimento da autoestima de Haeussler P. e Milicic M., responderam vivamente e com muita satisfação, os questionamentos existentes no programa. Fizeram cartazes, colando figuras e escrevendo; após terminarem, ficaram felizes em mostrar o que escreveram, enfim, o que criaram.
- Quando terminávamos as atividades do dia, as mães logo perguntavam se no outro dia também teria alguma atividade, demonstrando que gostaram muito. Uma mãe nos falou o seguinte: “- *Quando estamos aqui, parece que o tempo passa rápido, esquecemos até que estamos em um hospital*”.

Percebemos que as mães sentiram-se valorizadas com as oficinas realizadas. Foi como se os seus espaços, suas necessidades, alí, no hospital, tivessem sido, enfim, preenchidos. Demonstraram estar bem consigo mesmas, no final das atividades. Era como se estivessem aliviadas, as tensões e preocupações tivessem quase sumido, pelo menos momentaneamente. Verificamos que passavam essa alegria contagiante para os filhos que as aguardavam nas enfermarias.

Nos desenhos e colagens feitas pelas mães ou outro responsável, verificamos que demonstraram muita saudade de seus companheiros e de seus outros familiares, que ficaram em casa. Os cartazes representavam cartões, onde expressaram seus sentimentos e falavam de si. Demonstraram desejo de levá-los para casa, como também, as fotos, como lembrança.

Outras, simplesmente escreviam, na cartolina, sem desenhar, nem colar, apenas desejavam, falavam de si, de sua família, como num diário.

Algumas se sensibilizavam com a história de vida triste de outras.

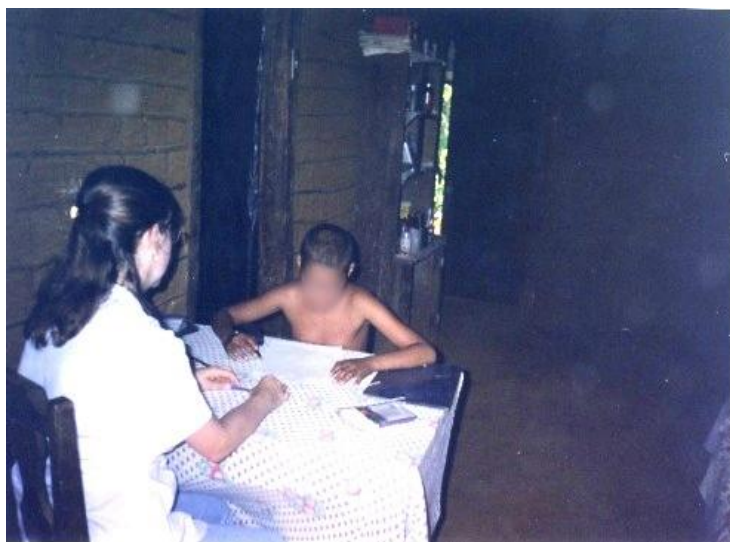
As mães perceberam, assim, que o pessoal que cuida de sua criança estava preocupado com as necessidades das crianças e/ou dos adolescentes e também com as suas. Queriam descobrir as suas carências e tentar supri-las, dentro do possível. Isto conseqüentemente, fez com que a mãe ou outro responsável, se sentisse motivado, mesmo dentro do hospital.

#### 4.4. MOMENTO 2 (M2) – SITUAÇÃO 2 (S2)

O momento 2 e Situação 2, na nossa pesquisa, correspondeu ao instante após a hospitalização, na casa da criança e na escola. Teve como objetivo, observar o retorno e readaptação da criança à casa e às aulas, após a alta hospitalar.

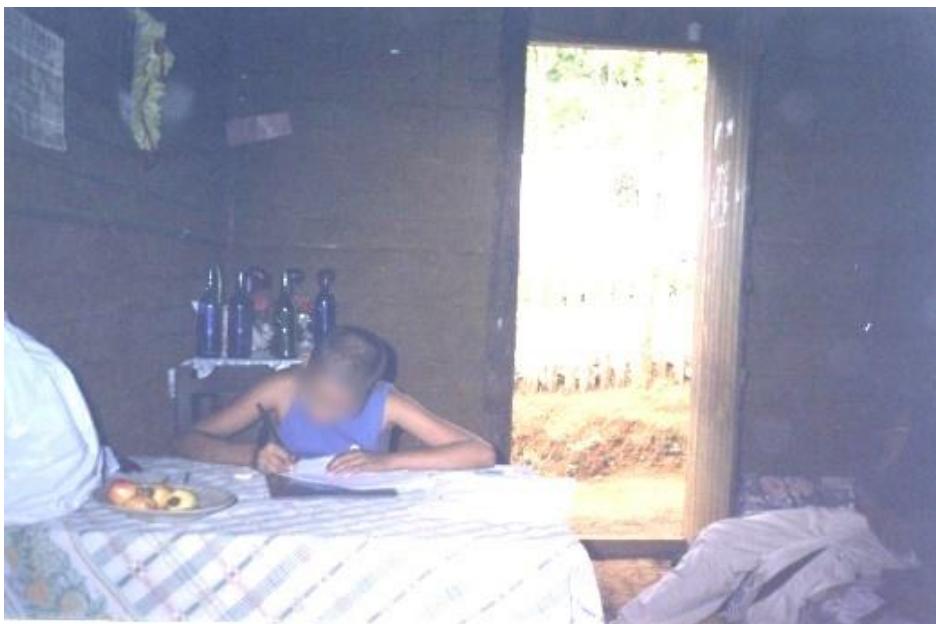
T.A. de S. retornou para casa e, nos primeiros dias, não frequentou logo a escola, pois sua imunidade estava baixa por causa da quimioterapia. Não podia, portanto, tomar sol e fazer esforço. Sua avó ficava preocupada com o fato de ele ter de fazer o trajeto até a escola. Realizamos visitas domiciliares a T.A. de S. e sua família; em casa, ele continuava a realizar as suas atividades escolares, até se recuperar e poder frequentar a escola.

As fotos 54, 55 e 56 demonstram T. A. de S., realizando deveres da escola, em seu domicílio.



**Figura 54**– T. A. de S., realizando deveres da escola, em seu domicílio.

**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 55**– T. A. de S., realizando deveres da escola, em seu domicílio.

**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 56** – T. A. de S., realizando deveres da escola, em seu domicílio.

**Fonte:** Acervo da autora

A disposição de T.A. de S. em realizar as tarefas escolares era grande, mesmo sofrendo, logo após a hospitalização, alguns efeitos colaterais, devido a quimioterapia, como: prurido nos braços e pernas, perda de peso, alopecia (queda de cabelo). Em uma das suas atividades escolares (Atividade de Ciências), o



exercício tinha entre suas questões, a seguinte pergunta: Que tal você escrever uma carta para um amigo de outra Galáxia? O que contaria? O que pediria para ele?

T.A. de S. respondeu o seguinte:

*Oi, amigo!*

*A terra é um planeta muito alegre, as pessoas andam felizes, cada um homem tem suas famílias. E o que eu gostaria de lhe pedir é a saúde para eu cuidar da minha avó (Fonte: T.A. de S.).*

Citamos, anteriormente, que a criança portadora de doença crônica, como é o caso de T.A. de S., faz reflexões sobre a vida, sobre sua doença, e possui sonhos. O que ela mais deseja é ficar curada. Expressa gratidão à sua avó, pelos cuidados que a ele dispensa: quer ficar curado, para poder cuidar da avó, no futuro. Portanto, percebemos que T.A. de S., sente-se agradecido em relação à avó, pois foi quem o criou, e lhe dá carinho e dedicação, mas sabe que ela está velha e vai precisar da sua ajuda, em futuro próximo. Concordamos com Carvalho (1997, p. 26) que ressalta: **“as atitudes dos pais influenciam a percepção e a conduta da criança”** (Grifo nosso). A conduta desta criança para com sua avó é de gratidão e amor. As fotos a seguir demonstram T.A. de S. já frequentando a escola, junto com seus colegas e sua professora:



**Figura 57**– T. A. de S. na escola.

**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 58**– T. A. de S. na escola.

Fonte: Acervo da autora

Percebemos que T.A. de S., após retornar às suas atividades escolares, e com o convívio com seus colegas, tornou-se mais seguro e estimulado diante da vida, principalmente após passar de ano, ser aprovado. Começou a freqüentar também a Igreja Católica, do bairro onde mora, e fez a 1º Eucaristia.

Outra paciente, J.L.de O. saiu de alta hospitalar, e fizemos-lhe visita domiciliar. Levamos seus trabalhos escolares, encaminhados por sua professora, pois a criança ainda não podia ir para a escola, porque estava de repouso, por causa da perna. J.L.de O. Recebeu-nos com muita alegria, em sua casa, contagiando a todos seus irmãos e primos que estavam no domicílio. Todos queriam também escrever, ler, estudar, participar. Lembramos novamente de Wallon (1996) e Damásio (2000). O primeiro, fala-nos que a emoção é contagiante. Portanto, se envolvermos uma criança numa atividade prazerosa, que a faça sorrir, outras crianças se influenciarão com esse estado de bem-estar e passarão a querer também para si. Damásio, já citado anteriormente, por sua vez, afirma que *“todos os homens e mulheres, de todas as idades, culturas e níveis de instrução, têm emoção”*. As fotos a seguir (Figura 59 e 60), mostram J.L.de O., em seu domicílio, realizando atividades escolares, e seus irmãos e primos, querendo também participar das tarefas, confirmando, assim, o que citamos anteriormente, sobre o contágio emocional.



**Figura 59**– J.L.de O., em seu domicílio

**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 60**– J.L.de O., em seu domicílio

**Fonte:** Acervo da autora

A.S. da S. saiu de alta hospitalar, mas continuou com acompanhamento ambulatorial de uma psicóloga (semanalmente), e uma nutricionista (quinzenalmente). A foto a seguir mostra A.S. da S., em seu domicílio.



**Figura 61** - A.S. da S., em casa, realizando;

**Fonte:** Acervo da autora

Quatro dias após ter saído do hospital, A.S. da S., fez aniversário, completou 14 anos de idade, e nós, que estávamos realizando a pesquisa, juntamente com sua mãe, fizemos uma pequena festa surpresa em seu domicílio, onde estavam presentes sua família (pai, mãe, sua irmã e sua tia, que mora junto com eles), sua melhor amiga e alguns poucos vizinhos mais chegados. Colocamos bolas coloridas, a mesa com o bolo, alguns salgados e refrigerantes; tudo ficou muito bonito. Tiramos fotos e cantamos. Foi um momento muito importante para A.S. da S., pois foi o seu primeiro contato com um número maior de pessoas, visto que, e passou um grande período sem querer ter contato com os outros. Seu diagnóstico foi anorexia; sofreu muito na hospitalização, porque não queria comer. Ela mesma nos relatou: **“A parte mais detestável aqui no hospital, é a hora das refeições, eu só me preocupo com isso, detesto comer, e tenho que comer, sem sentir fome e nem vontade”** (Grifo nosso).

No seu aniversário, A.S. da Silva, embora com o olhar um pouco assustado, comeu de tudo um pouco, e não se sentiu culpada por isso.

Retornando à escola, A.S. da S. nos disse que não queria continuar na sua sala de aula, e, sim, em outra, da mesma série, pois, segundo ela, os colegas eram muito barulhentos e desatentos às aulas. Sua mãe conversou com uma das

professoras e com a Diretora da escola, que logo a transferiu para a outra sala da mesma série.

Acreditamos que é preciso ouvir a criança, satisfazer suas necessidades, dentro do possível. Isso faz com que ela se sinta valorizada e estimulada, diante da vida. Durante o período em que A.S. da S. esteve hospitalizada, um colega seu sofreu um acidente automobilístico e perdeu o braço direito. Ela se mostrou sensibilizada, e fomos visitar o seu colega, no domicílio. Achamos que o fato de ela querer visitar o colega, já era algo positivo em relação a sua recuperação; demonstrava interesse pelas pessoas ao seu redor. Embora A.S. da S. já estivesse de alta hospitalar, ainda apresentava sintomas decorrentes da anorexia nervosa, como: Medo intenso de ganhar peso; perda da menstruação; emagrecimento; insônia; tristeza.

Ficamos admirados com o fato de seu colega não a reconhecer de imediato, pois ela havia perdido 21 Kg, devido à anorexia nervosa. O fato de A.S. da S. ver o colega sem um braço, e, mesmo assim, feliz, contando piadas, positivo diante da vida, fê-la refletir, e pensar na própria vida. Ela nos falou: “ ***Eu fico querendo emagrecer, sem necessidade, enquanto ele perdeu um braço, e não tem mais jeito. E mesmo assim está feliz***”...(Grifo nosso).

A.S. da S. gosta de pintar quadros em telas. Aproveitamos essa sua aptidão para a pintura, e fizemos uma exposição de seus quadros. Ela se sentiu muito feliz e valorizada. Lembramos de Gaspar:

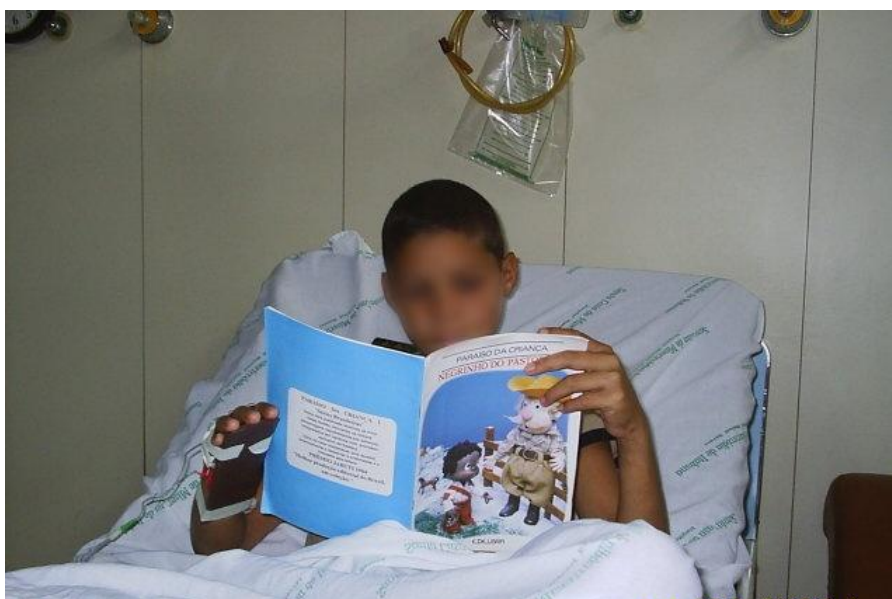
[...] Os adultos podem auxiliar o jovem a constituir uma auto-estima sadia, levando-o a observar em si mesmo seus potenciais, dons, bem como suas limitações reais. Através da observação atenta de seu comportamento, é possível verificar que mecanismos de defesa estão envolvidos e quais os conflitos subjacentes. Cabe, pois, aos pais, professores e orientadores pedagógicos a observação atenta do comportamento do jovem, para compreendê-lo e auxiliá-lo tanto no reconhecimento como na elaboração de seus conflitos. É necessário também reconhecer os casos em que o tratamento psicoterápico se faz necessário, quando deverão ser encaminhados a um profissional qualificado para atender a essa faixa etária.

Portanto, percebemos que, assim como os pais, professores e orientadores pedagógicos devem manter uma observação atenta do comportamento da criança, a equipe que cuida da saúde da criança, deve manter também esse olhar apurado, visto que, mesmo hospitalizada, a criança continua crescendo e se desenvolvendo.

#### 4.5. MOMENTO 3 (M3) – SITUAÇÃO 3 (S3)

O momento 3 e situação 3 do nosso estudo, equivaleu à volta da criança ao hospital. Realizando um breve resumo da nossa pesquisa, verificamos que, inicialmente, conhecemos as crianças hospitalizadas e as observamos durante a internação (M0 e S0); depois, realizamos as intervenções propostas, no hospital (M1 e S1). O momento 2 e situação 2, (M2 e S2) correspondeu à observação da criança no domicílio e na escola, após a alta hospitalar. O momento 3 e situação 3, M3 e S3, portanto, dizem respeito a outro momento, o do acompanhamento da criança de volta ao hospital, também realizando, ações educativas. Vejamos nas fotos seguintes, alguns desses momentos:

As fotos a seguir mostram T.A. de S. em outras hospitalizações, para realização de quimioterapia, bem mais à vontade, confiante, apesar de tudo.



**Figura 62** - T.A. de S. lendo.  
**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 63** - Comemoração do aniversário de T.A. de S., no hospital (surpresa).

**Fonte:** Acervo da autor



**Figura 64** - Comemoração do aniversário de T.A. de S., no hospital (surpresa).

**Fonte:** Acervo da autora

Percebemos, nessas internações posteriores, o sorriso mais presente no rosto das crianças. Em cada intervenção ou ação que realizávamos, percebíamos uma maior interação entre a criança e os outros companheiros da enfermaria, com seus familiares e com o pessoal do hospital. Os episódios de volta ao hospital, como que, perderam sua condição dramática.

L. B. S., nos primeiros contatos conosco, sempre mostrou ser uma criança calada, triste, introspectiva, não sorria. Quando começava a realizar quimioterapia, deitava-se no leito e não conversava mais, como também, pouco comia, devido às náuseas decorrentes de efeitos colaterais da medicação. Sua mãe não a acompanhava, no hospital; permanecia sozinha na enfermaria, sem nenhum familiar; percebemos que isso a deixava mais triste.

Verificamos que, a partir da segunda hospitalização, ela começou a ficar mais participativa, pois desenhava e participava dos jogos e brincadeiras.



**Figura 65** - L. B. S., desenhando no leito

**Fonte:** Acervo da autora

Um dia realizamos uma dinâmica de grupo na enfermaria, onde as crianças conversavam com o coleguinha ou estudante que estava participando da pesquisa. O diálogo ocorria todo por escrito, neste jogo: A criança fazia uma pergunta e a outra respondia no mesmo papel, e a que respondia, já fazia imediatamente outra pergunta. L. B. S. participou dessa brincadeira, com uma estudante, voluntária, que participou da nossa pesquisa. Mostramos a seguir alguns trechos desse diálogo. Escaneamos o texto, para que o saísse com sua própria letra. Usaremos apenas a letra inicial do nome da criança e da estudante. L para a criança hospitalizada, que teve o papel de entrevistada – entrevistadora, e F para a estudante interlocutora:

Diálogo:



*F.: Qual a sua religião?*

***L.: Católica. No que você acredita?***

*F.: No amor, na solidariedade, amizade e principalmente na família. Qual o seu sonho?*

***L.: Meu sonho é ser curada. Qual é seu sonho?***

*F.: Ser feliz.*

*F.: O que você mais gosta de fazer?*

***L.: Eu gosto mais de bordar. E você gosta mais de fazer o que?***

*F.: Ficar com o meu filho, dançar. O que você quer ganhar no dia das crianças?*

***L.: Uma boneca bem grande. O que você queria ganhar no seu aniversário?***

*F.: Um carro. Qual a matéria que mais gosta de estudar e a que menos gosta?*

***L.: Eu gosto de ciências, e não gosto de matemática. Qual é a matéria que você mais gosta?***

*F.: Direito e Teoria Geral da Administração. Qual o programa de televisão que mais gosta e o que menos gosta?*

***L.: Eu gosto do programa do Sítio do Pica-pau-amarelo, e o que eu não gosto é de Xuxa. Qual é o programa que você gosta?***

*F.: Jornal Nacional; as novelas; Super-cine; A Grande Família. Você tem irmãos? E de quem você mais gosta na sua família?*

***L.: Tenho seis irmãos. Claudenice, Karina, Celenildo, Natália, Gírlane, Wagton. Você tem irmãos?***

*F.: Sim, dois. Um irmão, Helmo, de 12 anos, e Priscila, de dezoito anos.*

***L.: F., o que você mais gosta em você?***

*F.: Meu nariz, lábios e costas. Quando concluir o 2º grau, você pensa em fazer faculdade? E do que?*

***L.: Sim, e medicina. O que você menos gosta em você?***

*F.: Unha, barriga. Do que mais sente falta?*

**L.: Do meu cabelo. Como se chama seu colégio?**

F.: Não é colégio, e sim Faculdade de Tecnologia e Ciências, mas todos conhecem como FTC. **No que você acredita?**

**L.: Eu acredito em Jesus. F., você tem filhos?**

F.: Sim, um menino chamado L. S. S. C, de 03 anos de idade. **Do que você tem mais medo?**

**L.: Eu tenho medo de morrer. Do que você tem mais medo?**

F.: De não atingir os meus objetivos, que são: o de educar o meu filho, fazer um doutorado em Marketing e de não conseguir alguns bens materiais. O que você mais gosta em você? Um exemplo físico e outro emotivo.

**L.: Meu rosto. Amizade [...]**

Devemos ressaltar que esse diálogo escrito, não foi previamente planejado. Ele aconteceu espontaneamente, entre a criança e a estudante que participaram da nossa pesquisa. Achamos importante apresentá-lo porque nos mostra claramente os anseios, ideais, objetivos, preocupações, medos, esperanças, de um ser criança, que vive a maior parte do tempo, doente, em um hospital, especificamente num leito, submetido a tratamento quimioterápico. É uma criança portadora de câncer, mas que igual a outras crianças saudáveis, que estão em suas casas, com suas famílias, possui sentimentos e expectativas diante da vida, porquanto, acima de tudo, ela é gente, igual a qualquer outra criança. L. B. S. era calada, denotando sempre tristeza e ausência de estímulos em relação às atividades propostas; porém, participou ativamente da brincadeira. Nesse diálogo, ela foi ouvida, deixou aflorar o seu “eu”. Lembramos de Moysés (2001, p. 14), que afirma: “[...] Entendi que, se é preciso criatividade para se aprender, como afirmava o próprio Paulo Freire (Freire e Shor 1986, p.31), então é necessário que se favoreça o desabrochar de personalidades mais autoconfiantes e seguras.”

Devemos entender que a criança hospitalizada, em idade própria, é também um escolar, um aprendiz. Na escola e no hospital, a equipe que cuida dela, deve estar atenta às suas necessidades, não só físicas, mas, também, psicológicas. Se

cala, se existe introspecção, deve-se estimulá-la a falar, a participar ativamente da sua recuperação.

Percebemos, através das respostas dessa criança, que ela sente falta do seu cabelo, que caiu, devido à quimioterapia. Tem medo de morrer, tem sentimento religioso, acredita em Deus e a cura constitui seu maior desejo.

Nas fotos seguintes verificamos a comemoração do aniversário de outra criança ( W. dos S., 12 anos):



**Figura 66** - Foto de W. dos S., no dia de seu aniversário, no hospital  
**Fonte:** Acervo da autora



**Figura 67** - Foto de W. dos S., no dia de seu aniversário, no hospital  
**Fonte:** Acervo da autora

A foto 68 demonstra T. A. de S. no domicílio:



**Figura 68** - T. A. de S. no domicílio

**Fonte:** Acervo da autora.

Percebemos que a alegria de T. A. de S. era contagiante, estava presente em casa.

O interesse das crianças em realizar as atividades escolares no hospital era grande.

Observamos, muitas vezes, as crianças que participaram do nosso estudo, acalentando / consolando as outras crianças recém-chegadas ao hospital, que estavam chorando. Ouvimos T.A. de S. falar: *“Não chore não, tudo passa, você vai ver, vai se acostumar, é para seu bem, para ficar curado”*.

L. B. S. também falou para outra criança, o seguinte: *“ Menino pare de horar, você tem que tomar o soro, para ficar bom e poder ir logo para casa”*.

Lembramos que, antes, essas crianças viam as outras chorarem e ficavam silenciosas, sofrendo também; isso nos revelaram no período de observação deste trabalho, quando lhes pedimos que nos relatassem o que era o hospital, para elas.

Agora, depois que implementamos as ações, percebemos as crianças deste estudo mais solidárias com as outras e aceitando mais o seu próprio tratamento.

A fotos a seguir mostra crianças interagindo.



**Figura 69** – Crianças interagindo

**Fonte:** Acervo da autora

T.A. de S., paciente do setor de oncologia. Antes não frequentava a escola, porque estava fazendo tratamento quimioterápico; depois que implementamos as ações, pode ir à escola, mesmo com o referido tratamento.

Percebemos, durante a realização deste trabalho, que outras crianças não participantes de nossa pesquisa, quando viam as outras integradas no nosso estudo, envolvidas com as atividades programadas, também se aproximavam, querendo atenção e participação. Vejamos alguns desses momentos:



**Figura 70** – Criança realizando atividades escolares, com colega, na enfermaria do hospital.

**Fonte:** Acervo da autora.

A criança (foto 69), que participou da nossa pesquisa se encontra sentada na poltrona, enquanto sua colega da enfermaria, está em pé, junto à cama, realizando atividades escolares.



**Figura 71** - Criança que não participou da amostra da nossa pesquisa, desenvolvendo com satisfação atividade escolar , no hospital, orientada pela professora de outra criança

**Fonte:** Acervo da autora

Algumas mães relataram que o sono de seus filhos, que participaram da pesquisa, era agitado; permaneciam inquietos durante a noite, custava-lhes adormecer, antes de efetivarmos as ações. Depois que implementamos as ações, questionamos as mães se as crianças estavam mais tranquilas à noite, e elas nos informaram que passaram a dormir profundamente à noite, e até mais cedo conciliavam o sono.

Antes de implementarmos as ações, percebemos que as crianças e as mães, ficavam quietos, não conversavam, na enfermaria. Após essa implementação, tornou-se constante mãe e filho conversando, trocando idéias; a mãe ou outro responsável, ajudando a criança a resolver os deveres da escola; um lendo em voz alta alguma história, para o outro ou os dois, brincando com algum jogo.

A criança e/ou adolescente passou a conversar não só com sua mãe, mas também com os colegas da enfermaria e com o pessoal que cuida dela, inclusive começou a expressar mais as suas queixas.

No início desta pesquisa, quando conhecemos T.A. de S., ele apresentava problemas dermatológicos (erupções cutâneas), no decurso do nosso trabalho, observamos que essas erupções desapareceram, e ele não mais as apresentou.

Observamos nas hospitalizações posteriores das crianças envolvidas na nossa pesquisa, diminuição do tempo de internação. Inclusive, existem crianças fazendo apenas acompanhamento ambulatorial.

1- Antes da implementação das ações, percebíamos as mães tristes, junto de seus filhos, nas enfermarias. Após realizarmos oficinas com elas, o sorriso tornou-se constante em seus rostos. Começaram a falar mais de si, com alegria, e também a dividir as suas tristezas, umas com as outras, e conseqüentemente, esse bemestar era transmitido para seus filhos, quando chegavam à enfermaria.

O que elas confeccionavam, seja cartazes, desenhos, colagens, queriam sempre levar para casa, a fim de mostrar ao seu companheiro e a toda a família.

2- À medida que fazíamos as palestras sobre noções de higiene, educação em saúde, dúvidas em relação à doença de seus filhos, percebemos que as mães se sentiram mais confiantes, começaram a questionar, a perguntar sobre a real condição de saúde, sobre as dúvidas que tinham a respeito da hospitalização, da doença e do tratamento. Elas se tornaram um sujeito participativo dentro do hospital, um ser que busca o conhecimento, tentando transformar a realidade vivida, em benefício da saúde da criança.

3- Verificamos que os auxiliares de enfermagem antes de implementarmos as ações, eram sujeitos que desempenhavam o seu trabalho de modo mecânico, conversando pouco com as crianças. São pessoas competentes, que desempenham muito bem os procedimentos técnicos de enfermagem, sabiam da importância de se dar apoio não somente físico à criança, mas também social, psicológico e espiritual, mas não colocavam em prática esse conhecimento, pois se preocupavam mais com os procedimentos técnicos. Verificamos que se sentiram valorizados, com as aulas dadas na escola da criança e no próprio hospital. A sua autoestima aumentou. Sentiram-se como instrumento importante, fundamental, em todo o processo de recuperação da saúde da criança. Tornaram-se atores sociais, agindo qualitativamente em benefício da recuperação da criança.

4- Durante uma oficina com os auxiliares de enfermagem, que cuida da criança hospitalizada, auxiliar de enfermagem nos disse o seguinte:

*Eu me sinto cansada e triste, ao lidar com as crianças da Oncologia, pois muitas vezes cuidamos de uma criança hoje e não sabemos se daqui a uma semana ela estará viva. Isto causa uma angústia muito grande, desgasta, mas, eu prefiro continuar a trabalhar na enfermaria de oncologia, porque eu sei que posso fazer muito por estas crianças. Quando eu saio do hospital, depois de um dia de trabalho, me sinto cansada, é como se tivessem sugado todas as minhas energias. É por isso que eu acho que deve haver mais momentos como este de hoje, este nosso encontro (Oficina), onde a gente possa falar, compartilhar, o que estamos sentindo.*

Depois que começamos a realizar as oficinas com os auxiliares, percebemos que se sentiram ouvidos. Durante os trabalhos, eles dividem com os outros suas expectativas, preocupações, sentimentos. Percebem, então, que o hospital está valorizando-os, não só como profissional, mas como pessoa, que também precisa de cuidados.

5- Durante a nossa coleta de dados e implementação das ações, três crianças nos solicitavam, constantemente, que lêssemos para elas salmos da Bíblia Sagrada (Religião Católica). Isso acontecia, sempre que terminávamos nossas atividades, quando se aproximava o horário de irmos para casa. Sentimos que essas leituras causavam bem-estar, e muita paz interior a essas crianças, as quais permaneciam com sua Bíblia ou livro de Salmos sobre a mesinha próxima à cama. Uma dessas crianças, quando questionada, em relação a que religião pertencia, respondeu-nos que não frequentava a Igreja Católica, como também, não pertencia a outra religião, mas nos disse que se sentia bem, que ficava calma, quando lia os Salmos. Quando percebia que íamos sair da enfermaria, começava a chorar e nos pedia que lêssemos os Salmos. Ela não queria se afastar da equipe, e essas leituras lhe davam forças para suportar a ausência, mesmo que momentânea, de pessoas que estavam preocupadas com o seu atendimento integral. É necessário, portanto, que o pessoal que cuida da criança hospitalizada reconheça e valorize esta necessidade em sua vida, ou seja, a necessidade de paz espiritual. Não importa a religião que a criança professe, como também, a do profissional que dela cuida, ou talvez mesmo, nem a tenham, mas é fundamental respeitar a espiritualidade do paciente, mesmo sendo criança, no hospital, possui hábitos, costumes e valores individuais, próprios, que não podemos ignorá-los; ao contrário, devemos utilizá-los como instrumentos mediadores, propiciadores do bem estar do ser hospitalizado.

Verificamos que, hospitalizada, a criança tem emoções, sentimentos positivos ou negativos, e, a depender da percepção da equipe, de como utiliza e aproveita



com criatividade as situações que surgem, essas valorizações da emoção da criança, poderão ajudar na formação de um ambiente terapêutico de melhor e mais ampla qualidade.

Recordamos Watson (1985, p.33), que afirma:

[...] a força do trabalho significa também oferecer o cuidado que satisfaz a alma, ou seja, as experiências de fé- esperança são igualmente essenciais, tanto ao processo de cuidado quanto ao processo curativo.

O sofrimento e os sentimentos de dor e perda, levam a criança, ser humano que sente e tem emoções, a um aprofundamento da fé-esperança. A fé-esperança passa a ser força movedora e encorajadora em qualquer situação de doença.

6- Os próprios profissionais em estudo, relataram-nos durante capacitação e oficinas realizadas, a importância do apoio emocional, afetivo e espiritual ao paciente. Reconhecem que é importante esta valorização, e, durante a implementação das ações, quando nos voltamos para um atendimento integral às crianças que participaram de nossa pesquisa, a sua melhora foi visível: Aceitaram melhor a hospitalização e colaboraram nos procedimentos a serem realizados. A criança tornou-se um parceiro participativo da equipe que dela cuida. Assim, participa da sua própria recuperação.

7- No decurso do nosso trabalho e no final, ouvimos as mães que participaram da amostra desse estudo; perguntamos-lhes o que elas estavam achando do nosso trabalho, e elas disseram: “ *Agradeço a atenção que vocês estão dando ao meu filho, **porque essas crianças não têm sonho, o sonho deles quem faz é primeiramente Deus e depois nós, pais. Porque quem sente dor, não tem sonho***” (MÃE, 2004).(Grifo nosso).

Outra mãe relatou:

Meu filho não queria estudar, não queria mais ir a escola, porque ficava com vergonha do seu cabelo, que está nascendo, está todo careca, mas hoje, graças a vocês ele está bem, passou de ano, brinca com os outros colegas, está mais forte e há de ficar melhor. Só Deus para agradecer a este hospital e a vocês (MÃE de criança hospitalizada, 2006).

Outra nos disse: “Eu estava já cansada de tudo, sem acreditar em nada. Naquele dia em que fomos assistir a aula que vocês deram e as nossas conversas e brincadeiras eu me senti bem. Vocês ouvem a gente, a gente não se sente só.”

Resumimos os resultados verificados, com as ações implementadas, no Quadro 07.

#### Quadro 7: Síntese dos resultados

ANTES DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES	APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES
1- Criança triste, apática no leito	1- Criança alegre, com sorriso presente na face.
2- Criança calada, com expressão fisionômica e o próprio corpo denotando medo	2- Criança comunicativa; expressava suas queixas; questionava os procedimentos; pedia esclarecimentos sobre dúvidas em relação à sua doença e aos acontecimentos.
3- Olhar assustado	3- Olhar denotando confiança, com esperança em sua recuperação.
4- Choro sempre presente	4- A criança chorava pouco; já sabia que o tratamento era necessário.
5- As crianças não conversavam umas com as outras	5- Crianças mais comunicativas. Confraternizavam-se com as outras crianças chorosas recém chegadas ao hospital. Maior interação entre as crianças.
6- A criança era introspectiva, desenvolvia um monólogo, questionando consigo mesma, a própria doença e o tratamento, com angústias e revoltas.	6- Criança mais aberta, espontânea, solidária com as outras crianças e aceitando mais o tratamento. Criança conversando mais com a equipe, sobre seus problemas de saúde e outros assuntos.
7- Havia crianças que não freqüentavam a escola, com vergonha de mostrar-se, devido à alopecia (queda de cabelos), por causa da quimioterapia; edemas.	7- A auto-estima aumentou. As crianças voltaram a frequentar a escola; percebíamos mais confiantes diante da vida. Passaram a relacionar-se mais na comunidade: frequentar a igreja, realizar 1º Eucaristia.
8- Algumas crianças estressadas sentiam insônia, inquietação durante o sono, custava-lhes dormir.	8- Dormiam mais profundamente à noite e até cedo.
9- Criança que vinha cursando com febre todos os dias no mesmo horário.	9- Após as ações, quando envolvida numa atividade prazerosa, não mais apresentou febre.

ANTES DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES	APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES
10- Criança que apresentava sempre problemas dermatológicos (erupções cutâneas), após a quimioterapia.	10- As erupções cutâneas desapareceram, completamente.
11- Internações longas	11- Algumas crianças tiveram tempo de hospitalização diminuído e passaram a fazer acompanhamento apenas ambulatorial
12- Mães caladas, tinham medo ou receio de questionar sobre o estado de saúde de seus filhos. Ficavam aflitas, sem informações sobre a evolução da criança. Desinformadas.	12- À medida em que ministrávamos as palestras sobre higiene, educação em saúde, dúvidas em relação à doença, percebemos que elas se sentiram mais confiantes, começaram a perguntar sobre a hospitalização, a doença e o tratamento. Tornaram um sujeito participativo, dentro do hospital, e as dúvidas dissipavam-se.
13- Mães tristes, assustadas, com baixa autoestima, nas enfermarias.	13- Após realizarmos oficinas, o sorriso tornou-se constante em suas faces. Começaram a falar mais de si, com alegria, e também a dividir as suas tristezas, umas com as outras, e conseqüentemente, esse bem-estar, era transmitido para seus filhos, quando chegavam à enfermaria
14- Auxiliares de enfermagem desempenhavam o seu trabalho conversando pouco com a criança e com mães. Sentiam-se tristes diante do grave estado de saúde da criança.	14- Após realizarmos as oficinas, verificamos que os auxiliares de enfermagem se sentiram mais confiantes, valorizados com as aulas dadas na escola da criança e no próprio hospital. Sentiram-se como instrumento importante, fundamental, em todo o processo de recuperação da saúde das crianças . A sua autoestima aumentou.
15- Ausência de ações/situações positivamente estimulantes, lúdicas, prazerosas para a criança.	15- Após o desenvolvimento das ações do nosso trabalho, as crianças e o pessoal da equipe de saúde passaram a solicitar a realização dessas situações lúdicas/educativas, de forma contínua, e o próprio pessoal do hospital passou a planejar junto conosco a efetivação dessas situações. Cada data festiva que se aproximava, sempre nos questionavam e sugeriam idéias criativas sobre sua realização.

#### 4.6. AVALIAÇÃO DO EFEITO DA MODALIDADE PEDAGÓGICA IMPLEMENTADA, NA VISÃO DOS SUJEITOS ENVOLVIDOS NA PESQUISA

Logo depois que as crianças e/ou os adolescentes participantes do estudo receberam alta hospitalar e retornaram às suas escolas de origem, realizamos várias visitas, às escolas e domicílios, para acompanhar o processo e readaptação das crianças às aulas, após a alta hospitalar. Entrevistamos as crianças e/ou os adolescentes, seus pais ou outro responsável, e seus professores, buscando avaliar

o efeito da modalidade pedagógica implementada, a partir de suas percepções sobre as práticas vivenciadas. Perguntamos-lhes: *O que você achou das atividades desenvolvidas no hospital?*

### Crianças



**Figura 72** - T.A. de S., em sua casa durante entrevista.

**Fonte:** Acervo da autor



**Figura 73** - I.O.A., em sua casa, durante entrevista

**Fonte:** Acervo da autor

Através de um processo descritivo e reflexivo, emergiram cinco categorias empíricas, A Autoestima Elevada, O Alívio do Sofrimento, O Sentido de Vida, A Atenção à Criança e/ou Adolescente Hospitalizado, As Brincadeiras, que foram construídas mediante a classificação das unidades de registro em unidades de contexto e estas em subcategorias empíricas.

No quadro a seguir, estão expostas essas categorias e, posteriormente, cada uma separadamente:

### Quadro 8: Entrevista de crianças

CATEGORIAS EMPÍRICAS	SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS	UNIDADES DE CONTEXTO
A autoestima elevada	Desvelando a progressão, a continuidade da vida.	Sentimentos, emoções, valores.
O alívio do sofrimento	Desvelando a situação concreta.	Consciência, sentimentos.
O sentido de vida	Desvelando as formas de encontrar sentido em sua existência, mesmo estando hospitalizado ou em tratamento, no domicílio.	Valores vivenciais, valores atitudinais
A atenção à criança e/ou adolescente hospitalizado	Desvelando o Hospital como espaço de cuidar e de interação. Desvelando o Hospital como espaço pedagógico.	Consciência, sentimentos, atitudes.
As brincadeiras	Desvelando o brincar, mesmo no Hospital.	Sentimentos, atitudes.

**Fonte:** Construído a partir das entrevistas com vinte crianças e/ou adolescentes que participaram deste estudo.

## **A Autoestima Elevada**

### **Desvelando a progressão, a continuidade da vida.**

*A criança e/ou o adolescente expressaram os sentimentos de alegria e felicidade diante da vida.*

A criança e/ou o adolescente relataram sentirem-se bem no ambiente hospitalar, realizando as atividades planejadas. Sentiram-se estimulados a buscar a recuperação de seu problema de saúde e a frequentar novamente a escola após a alta hospitalar. Perceberam que não houve atraso em sua vida, mas sim progressão.

*[...] além de conhecer muitas pessoas legais, no hospital **eu me senti bem**, pois pude desenhar, pintar, ler, estudar, ouvir estórias, ouvir música e até festas. **Achei ótimo** participar deste trabalho, **me senti estimulada a buscar uma melhora...** . **Os deveres da minha escola, que eu fiz no hospital, me ajudaram a sentir novamente vontade de frequentar a escola**, quando saí de alta do hospital, e foi graças a isto, que eu não perdi o ano. Antes me sentia triste, desanimada, mas **agora me sinto alegre** (A.S.da S., 13 anos, agora já com o peso recuperado).*

*... **Foi muito bom**, porque me distraia muito no hospital e **quando voltei para casa, eu fui para a escola**, e não tive dificuldade em acompanhar os assuntos que a professora estava dando. **Eu não fiquei atrasada**, porque fiz os meus deveres no hospital(I.O.A.,10 anos).*

*...Eu estou muito **feliz**. Se eu não tivesse feito os meus deveres no hospital e em casa, eu iria perder o ano pela 3º vez. **Eu também pude fazer a 1º Eucaristia, junto com os meus colegas da escola** (T.A. de S, 13 anos).*

Percebemos que a mesma atenção com que a criança e o adolescente são atendidos no momento da admissão hospitalar, deve ser também envolvida no instante da alta hospitalar. Nesse sentido, Ortiz e Freitas (2002, p. 1) afirmam:

Ao ser prescrita a alta hospitalar, aciona-se a confirmação do acerto terapêutico e a certeza do sonho de cura. Porém, em meio a euforia do término de um desafio, surge a necessidade de enfrentamento da vida extra-hospitalar. Uma das implicações do gerenciamento da dimensão social da cura está, justamente, neste cuidado de promover a inclusão do paciente no ambiente escolar( ORTIZ ; FREITAS, 2002, p. 1)

A criança tem que restabelecer, após a alta hospitalar, uma parte da sua vida cotidiana. A inclusão na escola tradicional representa uma fração deste cotidiano, que tem fundamental importância em sua vida, denotando um grau de igualdade com as demais crianças e/ou adolescentes, que não passaram pelo processo de hospitalização. Portanto, existe uma necessidade da criança e/ou adolescente, que também é um aluno, de ser aceito pelo grupo da sua escola, de pertencer a um grupo social. Segundo Haeussler P. e Milicic M. (1999, 20)

Diferentes estudios han podido demostrar la existencia de una estrecha relación entre autoestima y rendimiento escolar (Reasoner,1982; Gorostegui,1992; Saffie,1992). Como es evidente, por lo general los niños con buen rendimiento escolar tienen una buena autoestima. Ellos tienden a confiar en sus capacidades y a sentirse autoeficaces y valiosos.

A escola é algo fundamental na sua vida. Todas as crianças do nosso estudo, que não estavam freqüentando a escola, após o seu retorno, sentiram-se satisfeitas. A presença da professora da escola, no hospital, fez as crianças se sentirem valorizadas e queridas.

Para todas as crianças e adolescentes que participaram desse estudo, as atividades escolares desenvolvidas no hospital foram benéficas, pois propiciaram o retorno à sua escola, de maneira mais rápida. Ao serem aceitos na escola, ou seja, a obtenção do aceite social, produziu conseqüentemente, o fortalecimento da auto-estima, fazendo-os sentirem-se capazes e satisfeitos consigo mesmo.

A escola é algo fundamental na sua vida. Todas as crianças do nosso estudo, que não estavam freqüentando a escola, após o seu retorno, sentiram-se satisfeitas. A presença da professora da escola, no hospital, fez as crianças se sentirem valorizadas e queridas.

### **O Alívio do Sofrimento**

#### *Desvelando a Situação Concreta*

A criança e/ou adolescente expressam a consciência da importância do tratamento (procedimentos dolorosos, como injeções, instalação de venóclise), para a recuperação da saúde.

As crianças e/ou adolescentes perceberam o tratamento (injeções, soros, medicações), como algo natural e necessário durante a hospitalização. Passaram a aceitar melhor os procedimentos realizados pela equipe que cuida da sua saúde. Lembramos que antes, essas mesmas crianças não aceitavam as “agulhadas necessárias” (injeções, instalações de venoclises (soro); e atualmente, vêm essas ações como necessárias, no processo de internação.

*Parece que eu nem estava no hospital, eu me esqueci da agulha, do soro, ela nem doeu, também teve festa de São João, eu cantei, brinquei, fiz meu dever da escola, eu quero ir de novo (J.N. de S. - 07 anos).*

*Eu estava no hospital, e nem parecia, eu não senti meu corpo doer, não senti medo da injeção, até gostei da comida. Me diverti com os palhaços, as brincadeiras, meu aniversário foi no hospital, fiquei feliz. Foi bom, também fiz minhas atividades da escola no hospital. Quando voltei para casa, os vizinhos me acharam mais gordo e corado (W. dos S. - 12 anos).*

Lembramos de Biehl e outros (1992, 30), já citados anteriormente:

[...] sendo a assistência dirigida a clientes pediátricos, os procedimentos devem ser efetuados com respeito a um ser que se encontra em processo de formação biopsicossocial e espiritual, influenciado por fatores genéticos, afetivos, psicológicos, culturais e sociais.

Portanto, concordamos com os autores, pois cuidar da criança e/ou adolescente hospitalizado requer uma atitude reflexiva, que envolva toda a equipe de saúde, no sentido de fazer com que o hospital perca seu caráter meramente curativo e transforme-se numa Instituição que tenha o objetivo de promover uma atenção digna, respeitando as necessidades cognitivas e afetivas, de um ser que se encontra em pleno desenvolvimento.

### **O sentido de vida**

*Desvelando as formas de encontrar sentido em sua existência, mesmo estando hospitalizado ou em tratamento, no domicílio.*

A criança e/ou adolescente expressou que encontrou sentido em sua vida, após a participação nas ações implementadas, através da percepção de valores vivenciais e modificações positivas em sua vida.

Percebemos, à medida em que implementávamos as ações planejadas, que as crianças e/ou adolescentes sentiam-se mais confiantes e estimuladas a desempenhar as suas atividades no hospital e no domicílio.

*Achei ótimo participar deste trabalho, me senti estimulada a buscar uma melhora. Eu queria melhorar para mostrar a você que é importante. Me ajudou a amadurecer. **Hoje eu sei que posso até ajudar pessoas. A beleza física não é o mais importante** A.S. da S. ,13 anos (Diagnóstico de Anorexia, agora já com o peso recuperado).*

*[...]Quando fiquei hospitalizada, eu já estava longe da sala de aula três meses, pois, devido ao meu problema, eu não sentia vontade de ir para a escola. Minha mãe estava preocupada... . No hospital, comecei a perceber que **existiam pessoas com problemas mais graves do que o meu, e também fui estimulada a participar das brincadeiras...** Eu percebi que este trabalho poderia salvar a vida de muitas pessoas, pois praticamente, salvou a minha vida (A.S. da S. ,13 anos).*

Nos relatos citados, apreendemos o valor de solidariedade, quando a adolescente cita que descobriu, com as atividades executadas e vivenciadas, que pode ajudar pessoas e valorização interior, quando afirma que a beleza física não é o mais importante. Ainda no segundo relato anterior, verificamos que A.S. da S., descobriu que existem outras pessoas que também sofrem, passam por enfermidades, e com problemas piores do que o seu, ela se percebe interagindo com o mundo. Ela se concebe convivendo com outras pessoas e que as ações implementadas a ajudou a recuperar a saúde.

*As pessoas me falavam coisas horríveis sobre como era ficar internada, e eu cheguei a pensar que era verdade, mas depois vi que não era ruim, e que poderia ser divertido ficar em um hospital, além de conhecer muitas **pessoas legais, no hospital eu me senti bem, pois pude desenhar, pintar, ler, estudar, ouvir histórias, ouvir música e até festas** (A.S. da S.,13 anos).*

Percebemos que A. S. da S. foi recuperando gradativamente a saúde, durante o desenrolar da nossa pesquisa de campo. Participava ativamente de todas as atividades propostas. Recebeu, no hospital, visitas de suas professoras de português, história, matemática e, principalmente, de educação artística. A visita dessa última professora, estimulou-a a pintar, o que a adolescente desempenha muito bem. Pinta quadros em tela, e desenha à mão livre. Fizemos, inclusive, uma exposição de seus quadros, no próprio hospital (pinturas feitas no domicílio e



durante internação hospitalar). A pintura foi como uma terapia complementar, para A.S. da S. Começou a frequentar junto com a família, uma Igreja Evangélica próxima a sua casa, onde se integrou em atividades de grupo de Jovens. T.A. de S. (12 anos), relatou:

*Eu gostei de tudo o que foi feito, principalmente porque eu não perdi o ano. Se eu não tivesse feito os meus deveres no hospital e em casa, eu iria perder o ano pela 3º vez. Eu também pude fazer a 1º Eucaristia, junto com os meus colegas da escola.*

Verificamos que T. A. de S., após fazer as atividades escolares no hospital e em casa, foi aprovado. Nós o acompanhamos também no domicílio, pois, logo após a alta hospitalar, ele ficou sem frequentar a escola, porque não podia tomar sol em excesso. Estudava à tarde e tinha que andar uma longa distância ao sol, antes de chegar à escola. Sentia-se envergonhado, porque estava com alopecia (queda de cabelos), devido ao uso da quimioterapia. Mesmo sem frequentar a escola, mas, realizando atividades da escola no hospital e em casa, e com visitas de sua professora da escola ao hospital e em seu domicílio, para orientá-lo nas atividades, além das orientações dadas pelos estudantes de Pedagogia e pesquisador, T. A. de S. foi aprovado no ano letivo. Ele e sua família sentiram-se muito felizes. Foi uma tarefa contínua; durante 03 meses, pegávamos as atividades na escola e levávamos, para que ele as realizasse no hospital ou sua casa. Depois de prontas, levávamos para sua professora. Percebemos que sua auto-estima aumentou, e, no ano seguinte, além de voltar a frequentar a escola, começou a participar do curso de preparo para a 1º Eucaristia (Sacramento da Igreja Católica). Ele se sentiu mais confiante diante da vida, ficou estimulado a relacionar-se mais, com a comunidade onde vive: brincar com os amigos de sua rua e frequentar a Igreja Católica, junto com sua família.

Notamos, pelos depoimentos das crianças, que todas as que participaram da pesquisa, acharam positiva a modalidade pedagógica implementada no hospital. A escola é algo fundamental na sua vida. Todas as crianças do nosso estudo, que não estavam freqüentando a escola, após o seu retorno, sentiram-se satisfeitas. A presença da professora da escola, no hospital, fez as crianças se sentirem valorizadas e queridas. O brincar desperta na criança alegria. Quando brinca, ela sorri e esquece-se da dor. Outro fato notório, por nós verificado: as crianças se

sentiram estimuladas para a vida, isto é, além de voltarem às aulas, começaram a se relacionar com as outras pessoas, a frequentar outros grupos sociais como a Igreja, grupo de jovens; começaram a fazer o que gostam, como pintura, desenho. Mas, além de tudo isso, ficou claro que todas gostaram de ter a sensação de que o tempo não passou, lá fora (do hospital), enquanto elas ficavam “de fora”. Sentiram-se integradas à escola, ao grupo social, mesmo estando hospitalizadas. Não retomaram a vida, porém mantiveram-se vivas e vivendo o episódio de hospitalização, concomitantemente, com a escola.

### **O cuidado à criança e/ou adolescente hospitalizado**

*Desvelando o Hospital como espaço de cuidar e de interação.*

A criança e/ou adolescente revelaram a consciência de que o Hospital se constitui num ambiente onde não acontece apenas o cuidado biológico, mas também ações educativas e lúdicas compartilhadas com a equipe de saúde e colegas da enfermaria. Demonstraram atitude de aceitação da hospitalização, através dos sentimentos de prazer e vontade de estar no hospital.

As crianças e/ou adolescentes, após as práticas realizadas, perceberam o hospital como ambiente de cuidado humano. Descobriram que mesmo estando hospitalizados podem conhecer pessoas, interagir com os colegas de enfermaria, equipe de saúde e equipe pedagógica; aprender a cuidar de si próprio; estudar; brincar e inclusive, continuar contactando com a sua escola, através dos deveres escolares e do seu professor da escola.

*Eu me senti bem no hospital, na última vez que fui lá. **Eu não fiquei** só na cama, sem fazer nada. **Eu fui para brinquedoteca, cantei, ouvi música, joguei jogo de botão, com outro menino; teve aniversário, palhaço, comi bolo.** Foi tudo ligeiro, quando eu ví, já estava em casa (M.C.S. - 09 anos, já em casa e tendo voltado à escola.*

*Eu gostei quando fui para o hospital, o tempo passou mais rápido, porque **eu não me senti só. Minha professora foi me ver várias vezes, ela gosta de mim e me explicou os deveres.** Ela me deu **cartas dos meus colegas.** Eu escrevi, aprendi a fazer uma carta. Umas colegas fizeram poesia para*

*mim. **Elas gostam de mim. Elas sentiram minha falta na escola.** Quando voltei para a escola (creche-internato), eu **não estava atrasada** (J.L de O. 10 anos).*

Quanto ao exposto, Ceccim (1999, p.44) afirma:

[...] a criança que necessita de internação hospitalar necessita também, de especial atenção aos “determinantes do desenvolvimento” psíquico e cognitivo e aos efeitos de uma hospitalização na produção de referenciamento social à subjetividade.

Esse mesmo autor enfatiza:

O acompanhamento pedagógico e escolar da criança hospitalizada favorece a construção subjetiva de uma estabilidade de vida não apenas como elaboração psíquica da enfermidade e da hospitalização, mas, principalmente como continuidade e segurança diante dos laços sociais da aprendizagem (relações com colegas e relações de aprendizagens mediadas por professor). (*ibidem*, p. 44).

Percebemos que o contato da criança e/ou adolescente hospitalizado com o seu professor da escola, no ambiente hospitalar, favoreceu a sua valorização interior, fazendo com que desenvolvessem o sentimento de aceitação, por parte da escola e colegas, contribuindo para fortalecer a sua autoestima.

O ambiente hospitalar antes desconhecido para a criança e/ou adolescente , onde estes, assumiam um comportamento caracterizado por passividade, apatia, silêncio, com a emoção preponderante sendo o medo, após conhecimento e implementação das ações planejadas, foi desmistificado, surgindo em seu lugar, um “reencantamento”, a intimidade com o espaço e a confiança na equipe que ali atua.

### **Mães ou outro responsável**

Ouvimos, também, as mães das crianças que participaram do presente trabalho. Perguntamos-lhes: *O que você achou das atividades desenvolvidas no hospital? Qual o efeito das ações desenvolvidas, na vida de seus filhos?*

Num processo reflexivo, verificamos que surgiram quatro categorias: *O Aumento da Autoestima, A Equipe Pedagógica, A Alegria, O Alívio do sofrimento.*

Essas categorias foram construídas mediante a classificação das unidades de registro em unidades de contexto e estas em subcategorias empíricas.

No quadro , a seguir, estão expostas essas categorias e, posteriormente, cada uma separadamente:

#### Quadro 9- Entrevista de mães

CATEGORIAS EMPÍRICAS	SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS	UNIDADES DE CONTEXTO
O Aumento da Autoestima	Desvelando as formas de encontrar sentido em sua existência, mesmo estando hospitalizado ou em tratamento, no domicílio	Sentimentos , valores atitudinais, sentido de vida.
A Equipe Pedagógica no Hospital	Desvelando o Hospital como espaço pedagógico.	Atitudes dos profissionais, espaço de cuidar
O Alívio do Sofrimento	Desvelando a situação concreta	Consciência, sentido de vida.

**Fonte:** Construído a partir das entrevistas com mães ou outro responsável, de vinte crianças e/ou adolescentes que participaram desse estudo.

#### **O Aumento da Autoestima**

*As mães relataram que as crianças e/ou adolescentes desvelaram as formas de encontrar sentido em sua existência, mesmo estando hospitalizado ou em tratamento, no domicílio.*

As mães desvelaram que as crianças e/ou adolescentes, depois das atividades desenvolvidas, expressaram que encontraram sentido em sua existência, através das emoções e sentimentos presentes, como alegria, felicidade, vontade de executar as atividades em casa ou no domicílio, inclusive, disposição e prazer em retornar a escola, depois da alta hospitalar e também ao hospital (crianças em tratamento de quimioterapia).

*Este trabalho foi importante porque **levantou a auto-estima de A.A. da S. Ajudou na escola.** O caso de A.A. da S. repercutiu em Itabuna, todos ficaram admirados em ver a recuperação dela, acho que quando viram*

*minha filha emagrecida, ela perdeu 20 quilos, com a anorexia, ela que tem 1,70m de altura, quando esteve hospitalizada, estava pesando 37 quilos. Achavam que ela ia morrer... Tudo o que foi feito no hospital, a comemoração do seu aniversário, as pinturas, a exposição dos seus quadros, as suas visitas, as palavras de conforto, amizade, os deveres da escola feitos no hospital e aqui em casa, a visita de seus professores, **fizeram minha filha viver. Agradeço muito a Deus e a vocês** (Mãe de A.A. da S).*

*A doença que meu filho tem é muito sofrida. Deixa a pessoa triste, abatida, sem ânimo. Quem fica numa cama de hospital, sabe o quanto o tempo demora a passar. A presença de vocês no hospital, **alegrou** não só a minha criança, mas também todas as outras da enfermaria. Quando ele acordava, já ia perguntando se vocês já tinham chegado. **Foi muito importante ele poder fazer os deveres da escola aqui no hospital, porque graças a isto, ele não perdeu o ano.** Antes quando chegava o dia de voltar para o hospital para fazer o tratamento, ele ficava triste, mas agora ele mesmo me lembra o dia de voltar( Mãe de W.dos S.).*

*Tudo o que I.O.A fez no hospital com vocês, ajudou na sua recuperação. Minha filha já passou por 05 hospitalizações, em apenas 02 anos, isto marca muito uma criança. Ela já estava de um jeito, que quando as pessoas se aproximavam dela no hospital, ela ficava com o olhar assustado, e muitas vezes chorava, sem motivo. **Me lembro que na primeira festinha que vocês fizeram no hospital, ela ficou com medo do palhaço, e não queria participar, depois foi ficando mais a vontade e confiante, graças ao carinho e atenção de vocês.** Por causa do problema nas pernas, ela não queria freqüentar a escola e também porque achava que ficava atrasada nos assuntos. **E de repente, um dia, quando retornamos para casa, no dia seguinte, ela já queria ir. O que ajudou no retorno dela à escola, foi os deveres que ela fez no hospital, e a visita de sua professora. Ela ficou toda contente.** Quando a professora falou que os colegas estavam com saudades dela e tinham mandado lembranças, ela se sentiu querida. **Foi como se tivesse ficado mais forte e com ânimo.** Sei que minha filha ainda vai passar por muitas hospitalizações, mas agora ela não está mais triste e nem eu, porque **ela está mais animada**, ela sabe que pode ficar hospitalizada e continuar a fazer as coisas que sempre fez (Mãe de I.O.A.).*

Verificamos que as mães ou outro responsável pela criança sentiram ter sido importante a realização das atividades pedagógicas realizadas na nossa pesquisa, e o seu efeito positivo, na vida dos filhos. Todas perceberam que essas ações contribuíram para alegrar as crianças e aumentar a sua autoestima. Elas próprias notaram que as atividades realizadas foram importantes para si mesmas, pois fizeram-nas sentir-se mais confiantes.

*[...] vocês começaram a fazer reunião com a gente, **conversamos, cantamos, brincamos junto com as crianças, teve festas no hospital, aí eu senti que não estava só e que vocês se preocupavam com a gente.** Nas reuniões não só eu, mas também outras mães choravam,*

*desabafavam, mas a gente saía dali leve e sorrindo. Eu me senti valorizada, como se estivessem se preocupando comigo. Vocês me ensinaram, que para meu filho melhorar, é preciso que eu esteja bem, passando força para ele. Eu me senti feliz, de ver meu filho também feliz, fazendo os deveres da escola, no hospital. Ele está mais alegre, não se revolta mais como antes. Agora ele sabe que tem que se cuidar, se tratar, para ficar curado (Mãe de D.R.S.).*

*É difícil para nós mães... eu mesma, tenho mais quatro filhos em casa. Estou aqui, mas estou com o pensamento nos de lá. Quando vamos para as reuniões com vocês, a gente conversa, desabafa, chora, e depois esquece o sofrimento, porque ocupa o tempo, com as brincadeiras. Eu fico mais aliviada quando volto para a enfermeria (Mãe de L.P.S.).*

Lembramos de Moysés (2001, p.18), que afirma ser a autoestima, “a percepção que a pessoa tem do seu próprio valor”. Esta percepção vai-se formando aos poucos, com as vivências diárias. As mães foram aumentando a sua autoestima, gradativamente, à medida em que implementávamos as ações. Aos poucos vimos surgir, uma mãe mais ativa, questionadora, que sorria mais e transmitia força interior para seu filho, devido à confiança que surgia, em relação às pessoas que dele cuidavam. O ambiente, então, modificado, em benefício da criança e/ou adolescente, tornou-se terapêutico.

### **A Atuação da Equipe Pedagógica no Hospital**

#### *Desvelando o hospital como espaço pedagógico*

As mães valorizaram as ações desenvolvidas pela equipe pedagógica, no hospital, durante este estudo. Reconheceram que as atitudes dos profissionais, acolhendo bem o seu filho e estimulando-o a participar das atividades contribuiu muito para a recuperação das crianças. Revelaram que a emoção preponderante agora é a alegria e disposição em estar no hospital, em detrimento de uma situação anterior, onde a emoção dominante era a tristeza e o medo, em relação ao desconhecido, aos procedimentos dolorosos.

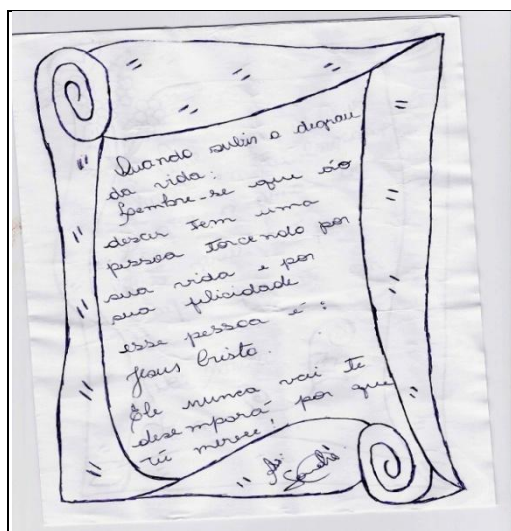
*Eu antes ficava triste, em ver meu filho no hospital, sofrendo tanto por causa da dor, na hora que faziam o curativo, ou quando perdia a veia, e tinham que pegar outra. Eu achava que não iria aguentar... Mas eu e ele aprendemos muito com vocês. Me lembro que você dizia: não chore na frente dele, para ele não ficar triste. Agora, quando ele tem que ir para o*

*hospital, ele vai sem choro, sabe que pode ler, brincar, ouvir música, estudar. Este trabalho é muito importante para a saúde das crianças, ele não pode parar (Mãe de M.J.L.O.)*

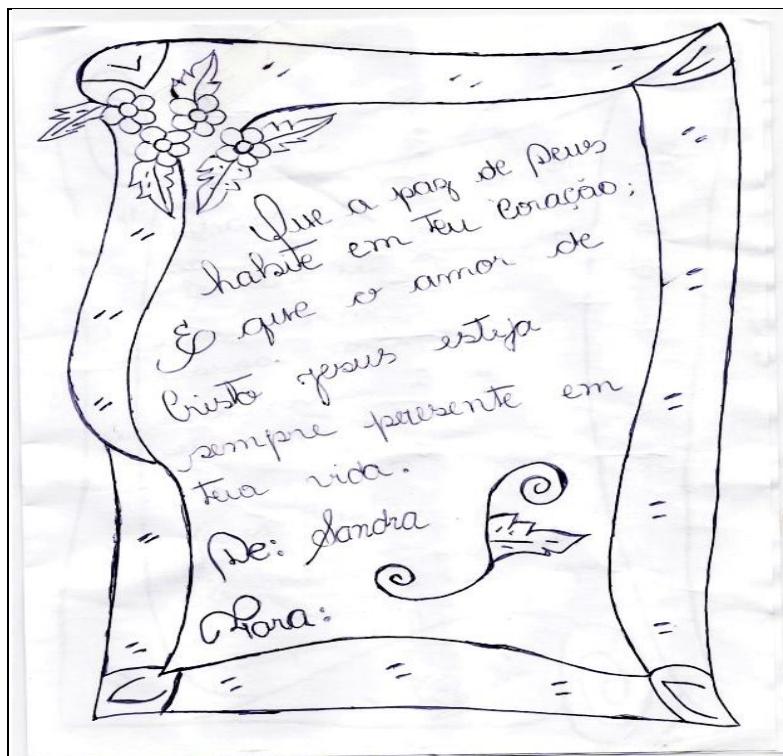
*Quando eu estava no hospital, convivi com outras mães, que igual a mim, acompanhavam seus filhos. Nós tomávamos café, almoçávamos e jantávamos juntas e muitas vezes, eu me sentia só, porque a gente não conversava, cada uma estava preocupada com o seu filho. Eu mesma, não queria sair de junto da cama do meu. Depois vocês começaram a fazer reunião com a gente, conversamos, cantamos, brincamos junto com as crianças, teve festas no hospital, aí eu senti que não estava só e que vocês se preocupavam com a gente. Nas reuniões não só eu, mas também outras mães choravam, desabafavam, mas a gente saía dali leve e sorrindo. Eu me senti valorizada, como se estivessem se preocupando comigo. Vocês me ensinaram, que para meu filho melhorar, é preciso que eu esteja bem, passando força para ele. Eu me senti feliz, de ver meu filho também feliz, fazendo os deveres da escola, no hospital. Ele está mais alegre, não se revolta mais como antes. Agora ele sabe que tem que se cuidar, se tratar, para ficar curado (Mãe de E.N. da S.).*

*Eu antes chorava muito por causa do problema de meu filho, ficava sem comer, só para estar perto dele, o tempo todo, mas eu aprendi no hospital, que na vida tem que haver tempo para tudo. Tem hora certa para dormir, comer, tomar banho, e para também estar perto de meu filho. Se eu quero ajudar ele, eu tenho que estar forte, para passar força para ele. Eu hoje tenho uma religião, coisa que eu não me preocupava em ter. Eu também tenho que ter tempo para orar, é importante, tem me ajudado muito, e a meu filho também. O trabalho de vocês é muito importante. Graças a Deus e a vocês, meu filho hoje está bem. Ele está na escola... e eu pensava que ele não fosse mais voltar para a escola. Ele brinca, em casa estuda, conversa, agora tem ânimo para as coisas (Mãe de A. dos S. P.).*

A mãe, autora do último depoimento, nos fez o seguinte cartão à mão livre, em agradecimento:



**Figura 74**-Cartão feito à mão livre; **Fonte:** Acervo da autora



**Figura 75-** Cartão feito à mão livre

**Fonte:** Acervo da autora

Nesse sentido, concordamos com Wallon (1972, p. 86), que afirma: *O meio não é, portanto, uma entidade estática e homogênea, mas transforma-se juntamente com a criança.* O ambiente hospitalar pode e deve transformar-se de acordo com as necessidades. Ele não é uma unidade imóvel, ele muda a todo momento. A criança é um ser em constantes mudanças, ou seja, transformações, acontecendo aceleradamente consigo próprio. Ocorrem a todo momento na sua vida mudanças biológicas, psicológicas e sociais. O ambiente pode mudar, sofrer variações, de acordo com a vida desses pacientes. A equipe que atua no Hospital, no cuidado à criança e/ou adolescente, é quem é responsável por essas transformações.



## **O Alívio do Sofrimento**

### *Desvelando a situação concreta*

As mães perceberam que seus filhos, formaram uma consciência de que o hospital não é um local onde impera o sofrimento, pois também tornou-se possível a realização de atividades prazerosas e importantes para a criança. Elas perceberam que a modalidade educativa implementada proporcionou um sentido de vida à criança e/ou adolescente.

*...Antes quando chegava o dia de voltar para o hospital para fazer o tratamento, **ele ficava triste, mas agora ele mesmo me lembra o dia de voltar**( Mãe de W.dos S.).*

***Eu me senti feliz, de ver meu filho também feliz**, fazendo os deveres da escola, no hospital. Ele está mais alegre, não se revolta mais como antes. Agora ele sabe que tem que se cuidar, se tratar, para ficar curado. **Ele está contente com a vida...**( Mãe de D.R.S.)*

*...Quando a professora falou que os colegas estavam com saudades dela e tinham mandado lembranças, ela se sentiu querida. **Foi como se tivesse ficado mais forte e com ânimo** (Mãe de I.O.A.)*

Percebemos que a hospitalização gera sinais sugestivos de estresse na vida da criança, como o medo, choro excessivo. Nesse sentido, Lucarelli in Lipp (2000, p.52), explica:

As experiências com hospitalização e/ou com doenças podem ser vividas de maneira inadequada pela criança, a partir de influências decorrentes de fatores ligados à própria doença, as características do hospital, e a maneira como os adultos presentes na vida da criança vivem a situação. Em muitos casos, isso pode desencadear na criança uma sensação de insegurança, de desamparo, de cansaço pela rotina estressante de muitos hospitais, de esforço para aceitar que pessoas estranhas cuidem dela...

É necessário pois, que os adultos que cuidam da criança, observem continuamente o seu comportamento, a fim de investigar os acontecimentos que tendem a deixá-los estressados. Esses profissionais devem implementar medidas que visem sanar as consequências de uma hospitalização prolongada. A modalidade pedagógica implementada nessa pesquisa, segundo as mães entrevistadas, serviu para amenizar o sofrimento gerado pela hospitalização. Ceccim (1999, p. 44), enfatiza o exposto: *O principal efeito do encontro **educação e saúde***

*para uma criança hospitalizada é a proteção do seu desenvolvimento e proteção dos processos cognitivos e afetivos de construção dos aprendizados (grifo do autor).*

### **Professores, equipe de enfermagem e alunos voluntários**

Avaliando o efeito da modalidade pedagógica na vida da criança, também entrevistamos os professores, equipe de enfermagem e alunos voluntários, que participaram dessa pesquisa. Num processo descritivo e reflexivo surgiram seis categorias empíricas, *O Alívio da dor; O Aumento da Autoestima; Integração entre o Ensino, Serviço, Cliente e Família; O Pedagogo no Hospital; Criança e/ou Adolescente Cúmplice do Processo de Cuidar; A Recuperação mais Rápida*. Essas categorias foram construídas mediante a classificação das unidades de registros em unidades de contexto e estas em subcategorias empíricas.

No quadro a seguir, estão expostas essas categorias e, posteriormente, cada uma separadamente:

**Quadro 10:** Entrevista - professores, equipe de enfermagem e alunos voluntários

<b>CATEGORIAS EMPÍRICAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS</b>	<b>UNIDADES DE CONTEXTO</b>
O Alívio da dor	Desvelando a situação concreta	Consciência, sentido de vida, emoções.
O Aumento da Autoestima	Desvelando as formas de encontrar sentido em sua existência, mesmo estando hospitalizado ou em tratamento, no domicílio	Sentimentos, valores atitudinais, sentido de vida.
Integração entre o Ensino, Serviço, Cliente e Família	Desvelando o hospital como espaço de cuidar	Consciência, emoções, espaço de cuidar, valores.
O Pedagogo no Hospital	Desvelando o hospital como espaço educativo, espaço de cuidar.	Consciência, espaço de cuidar, valores.
A Criança e/ou Adolescente Cúmplice do Processo de Cuidar	Desvelando a situação concreta	Consciência, sentido de vida, valores atitudinais.
A Recuperação mais Rápida	Desvelando a situação concreta	Consciência, valores atitudinais.

**Fonte:** Construído a partir das entrevistas com professores, equipe de enfermagem e alunos voluntários que participaram desse estudo.

## **O Alívio da dor**

### *Desvelando a situação concreta*

Os professores, equipe de enfermagem e alunos voluntários expressaram que esse trabalho contribuiu para aliviar o sofrimento (tratamento, dor, tristeza) das crianças e/ou adolescentes no ambiente hospitalar, pois com as práticas realizadas eles sentiram-se participativas, valorizadas. Relataram que a emoção preponderante foi a alegria e o sorriso presente. A autoestima fortaleceu-se, dando sentido a suas vidas. Formou-se portanto a consciência de que no hospital é possível a existência e ações prazerosas, que beneficiem o ensino-aprendizagem.

*Verificamos que o trabalho ensino-aprendizagem no hospital contribuiu bastante no **alívio da dor e sofrimento** dos pacientes, pois enquanto aprendiam algo, o seu tempo era preenchido e sua auto-estima melhorava e com isso dava sentido a sua vida (Grifo nosso).*

*[...] Facilitou a aceitação do tratamento, **mesmo os mais dolorosos e invasivos e fez a criança cúmplice do processo do cuidar, a partir do auto-cuidado**. Considero importantíssimo humanizar a assistência hospitalar, principalmente em pediatria. E, especialmente em Oncologia, a Área que atuo (Enfermeira da Unidade de Oncologia Pediátrica) (Aluna do Curso de Enfermagem) (Grifo nosso).*

*[...] **O sorriso passou a existir no seu rosto**. Tenho certeza que foi uma experiência enriquecedora para os estudantes que participaram deste estudo. Acho que deve ser incluído no Curso de Enfermagem, a **importância em se assistir o paciente, observando não apenas a necessidade biológica, mas também o lado psicológico e social** (Grifo nosso).*

*Este trabalho foi 100% válido para a criança. Acho que deve ser sempre extensivo às mães, pois elas muitas vezes se estranham, se desentendem pelas mínimas coisas. **É porque carregam consigo todo um estresse. Elas sofrem junto com seus filhos**. Vocês atuaram também junto a elas nas oficinas, e **foi muito gratificante vê-las sorrindo, compartilhando seus problemas e emoções** (Assistente Social do H.M.N.). (Grifo nosso).*

***O trabalho realizado na pediatria oncológica do Hospital Manoel Novais foi de suma importância para o desenvolvimento psicomotor das crianças que, por estarem debilitadas e desestimuladas, acabavam entrando em estado depressivo, agravando ainda mais seu quadro. As atividades lúdicas desenvolvidas despertaram alegrias, aumentaram a auto-estima e inibiram muitas vezes os efeitos colaterais provenientes dos fortes medicamentos (quimioterapia), as crianças esqueciam o sofrimento e esperavam ansiosos por esse momento de lazer. [...]** acreditamos que é possível curar através do riso e de uma relação mais humanizada, ainda mais que observamos os **resultados positivos obtidos** (Aluno do Curso de Educação Física da Faculdade de Tecnologia e Ciências de Itabuna) (Grifo nosso).*

Lembramos de Wallon (1972), que afirma: “A emoção é contagiante”. Se os profissionais que atuam em saúde promoverem atividades prazerosas e que beneficiem a formação da criança, a construção do conhecimento realmente ocorrerá, contagiando a todos que lidam com esses pacientes. De acordo com o que já enfatizamos anteriormente, o hospital é também um espaço de aprendizagem. Verificamos que as crianças sentem-se valorizadas em estar aprendendo, mesmo no hospital.

### **O Aumento da Autoestima**

*Desvelando as formas de encontrar sentido em sua existência, mesmo estando hospitalizado ou em tratamento, no domicílio.*

Os professores, equipe de enfermagem e alunos voluntários revelaram em seus depoimentos que as atividades educativas vivenciadas no hospital deram estímulo às crianças e/ou adolescentes, a emoção que passou a existir foi a alegria, demonstrada através do sorriso constante. Perceberam que com o Programa Educativo implementado esses pacientes tornaram-se mais participativos, aceitando mais facilmente o tratamento e facilitando a sua vida “lá fora”. Ocorreu portanto, aumento da autoestima.

*As atividades lúdicas desenvolvidas **despertaram alegrias, aumentaram a auto-estima** e inibiram muitas vezes os efeitos colaterais provenientes dos fortes medicamentos (quimioterapia), as crianças esqueciam o sofrimento e esperavam ansiosos por esse momento de lazer... (Aluno do Curso de Educação Física da Faculdade de Tecnologia e Ciências de Itabuna).(Grifo nosso).*

*As atividades desenvolvidas fizeram a crianças mais **participativas, alegres**, elas esquecem que estão num hospital, e **passam a aceitar mais facilmente o tratamento. A autoestima** delas fica **mais elevada**. (Enfermeira Coordenadora do Serviço de Enfermagem).*

*As atividades desenvolvidas com a criança aqui, no hospital, **facilitaram a sua vida lá fora**, depois que receberam alta, pois se **sentiram mais fortes e dispostas para estudar, brincar, se relacionar com as outras***

**peessoas...** *Elas precisam desta atenção, é como se fosse um suporte para a sua recuperação. ( Enfermeira da Unidade Pediátrica). (Grifo nosso).*

*Esse foi um trabalho muito importante, pois **ajudou a aumentar a auto-estima das crianças e adolescentes hospitalizados**, eles, mesmo com limitações, se sentem valorizados, queridos... (Professora da escola que a criança ou o adolescente frequenta). (Grifo nosso).*

*...A gratificação é imensa, quando vemos o seu **sorriso**, antes ausente no seu rosto. E quando ela sai de alta, a perceberemos **mais forte**, apta para lidar com o mundo fora do hospital.” (Aluna do curso de enfermagem da UESC). (Grifo nosso).*

*Ajuda no psicológico das crianças. Tem criança que é triste. Quando vocês chegam, elas se sentem **felizes...** E o bom é que o pessoal ajuda o trabalho da enfermagem. Se a criança fica **contente, ajuda** no nosso trabalho. Não tem nada melhor do que você sair do trabalho bem.” (Auxiliar de Enfermagem. (Grifo nosso).*

*[...] percebemos que a criança é perceptiva, **ela gosta das atividades lúdicas e se sente estimulada quando realiza as atividades escolares no hospital**. Ela percebe que está sendo valorizada, e **consequentemente a sua auto-estima aumenta** (Aluno do curso de Direito da UESC). (Grifo nosso).*

*Eu não sou médica, mas **o professor pode perceber o aluno, principalmente de 1° à 4° série...** Demorou um ano para a mãe levá-lo ao médico. **Ele começou a fazer quimioterapia, aí perdeu o ano, depois vocês conseguiram trazê-lo de volta à escola. Ele teve bom desempenho, mesmo doente.** Acho que todo professor tem que ser educador. Depois que ele vê as crianças adultas, e vir agradecer, este é o retorno. Hoje, T. A. de S. está praticamente curado. **Este trabalho representou muito na vida dele, porque deu estímulo, força, para ele se recuperar [...]** (Professora da escola que a criança ou o adolescente frequenta). (Grifo nosso).*

## ***Integração entre o Ensino, Serviço, Cliente e Família***

### ***Desvelando o hospital como espaço de cuidar e estudar***

Os professores, equipe de enfermagem e alunos voluntários revelaram através de seus depoimentos, a conscientização de que o Programa Educativo implementado possibilitou a integração entre o ensino, serviço, cliente e família,

desvelando o ambiente hospitalar como espaço de cuidar. Expressaram o valor da presença do professor no hospital.

*Houve uma **integração entre o serviço (pessoal que atua no hospital), o cliente e família, e ensino (professores e estudantes)**. Todos **unidos** em função de um objetivo comum: o bem-estar da criança hospitalizada. Essa integração possibilitou a realização de ações voltadas para as reais necessidades deste paciente. Todos se sentiram valorizados neste processo (Enfermeira da Unidade Pediátrica). (Grifo nosso).*

*Achei muito importante este trabalho, e que continue integrado, com **uma equipe multidisciplinar**. Tem crianças que passam dois meses ou mais aqui. Eu Também sou pedagoga, e acho, por exemplo, que posso até ajudar nesta atividade pedagógica.(Auxiliar de Enfermagem). (Grifo nosso).*

*Eu senti que **as ações desenvolvidas, serviram para unir mais as crianças com as pessoas que cuidam dela**. Elas ficam mais confiantes e no final agradecem. Teve uma criança que perguntou se eu queria um ovo azul, de uma galinha sua, bem pequenina. Eu disse que sim. Quando ela saiu de alta hospitalar, mais de vinte dias depois, ela apareceu trazendo como presente uma galinha pequena, e um ovo azul. Foi a maneira que ela achou, para agradecer o cuidado que havia sido prestado; mas o cuidado dado com carinho.” (Auxiliar de Enfermagem). (Grifo nosso).*

## **O Professor no Hospital**

*Desvelando o hospital como espaço educativo, espaço de cuidar.*

Os professores, equipe de enfermagem e alunos voluntários expressaram a consciência da importância da atuação do pedagogo no ambiente hospitalar. Expressam a importância da presença do professor da escola da criança no hospital, confirmada pela resposta positiva das crianças e/ou adolescentes às práticas educativas implementadas. Relatam que as atividades escolares realizadas deram estímulo à vida das crianças e adolescentes hospitalizados, “força e disposição para se recuperar .

*A realização dos deveres da escola no hospital, possibilitaram o preenchimento do tempo ocioso, percebem que mesmo hospitalizadas, suas vidas continuam. **Fiquei maravilhada com a presença da professora da criança no hospital. Este fato ajudou bastante na sua recuperação e***

**retorno à sala de aula, após a alta hospitalar.** Acho que este **espaço pedagógico (hospital)**, poderia ser **explorado nos currículos**, nos cursos de pedagogia, pois é uma experiência enriquecedora.” (Aluna do curso de Pedagogia da UESC). (Grifo nosso).

**Acho importante a realização das atividades escolares no hospital.** Tem crianças que passam dois meses ou mais aqui. (Auxiliar de Enfermagem). (Grifo nosso).

*Eu não sou médica, mas o professor pode perceber o aluno, principalmente de 1° à 4° série... Demorou um ano para a mãe levá-lo ao médico. Ele começou a fazer quimioterapia, aí perdeu o ano, depois vocês conseguiram trazê-lo de volta à escola. Ele teve bom desempenho, mesmo doente. Acho que todo professor tem que ser educador. Depois que ele vê as crianças adultas, e vir agradecer, este é o retorno. Hoje, T. A. de S. está praticamente curado. Este trabalho representou muito na vida dele, porque deu estímulo, força, para ele se recuperar.* (Grifo nosso).

*Verificamos que o trabalho ensino-aprendizagem no hospital contribuiu bastante no alívio da dor e sofrimento dos pacientes, pois enquanto aprendiam algo, o seu tempo era preenchido e sua auto-estima melhorava e com isso dava sentido a sua vida.”*

Fontes (2005) afirma que o papel do professor, é propiciar à criança o conhecimento e a compreensão daquele espaço, ressignificando não somente a ele, como a própria criança, sua doença e suas relações nessa nova situação de vida.

Segundo Wallon (1941, p.224) “em cada idade ela (a criança) constitui um conjunto indissociável e original”. A criança e/ou adolescente hospitalizado caracteriza-se por intensas transformações físicas psicológicas e sociais. O professor presente no hospital, bem como, a equipe de saúde e demais profissionais, devem saber reconhecer essas modificações, a fim de que possam estimular adequadamente o seu crescimento e desenvolvimento, mesmo que associado à doença.

### **A Criança e/ou Adolescente Cúmplice do Processo de Cuidar**

#### *Desvelando a situação concreta*

Os professores, equipe de enfermagem e alunos voluntários relataram os sentimentos de aceitação, participação e envolvimento expressado pelas crianças

e/ou adolescentes, diante das práticas educáticas executadas. Tornaram-se assim, parceiros do processo de cuidar.

*O trabalho desenvolvido, foi todo um processo de humanização hospitalar em pediatria, e funcionou como um resgate de cidadania e permitiu ao paciente, sentir-se “gente normal”, mais importante ainda, “criança normal”. **Facilitou a aceitação do tratamento**, mesmo os mais dolorosos e invasivos e fez a **criança cúmplice do processo do cuidar**, a partir do auto-cuidado. Considero importantíssimo humanizar a assistência hospitalar, principalmente em pediatria. E, especialmente em Oncologia, a Área que atuo. (Enfermeira da Unidade de Oncologia Pediátrica).*

*As atividades desenvolvidas fizeram as crianças **mais participativas**, alegres, elas esquecem que estão num hospital, e passam a **aceitar mais facilmente o tratamento** (Enfermeira Coordenadora do Serviço de Enfermagem).*

*O hospitalizado é choroso, triste. As atividades desenvolvidas distraem, **tornam a recuperação da criança mais rápida.**” (Auxiliar de Enfermagem).*

*...elas **aprenderam a se socializar, começaram a relacionar-se com os outros colegas da enfermaria e com a equipe que dela cuida**. Perceberam que no hospital não vigorava o medo. Havia uma criança que estava há dois anos sem frequentar a escola, e este trabalho possibilitou a sua volta ao espaço escolar; além de crianças repetentes, que após o desenvolvimento dos deveres da escola no hospital, e em casa, conseguiram passar de ano letivo. Isto com certeza **as estimulou e repercutiu no seu tratamento, porque elas ficaram mais seguras diante da vida, aceitaram mais a hospitalização e os cuidados proporcionados**. Acho que deve existir no curso de Pedagogia, uma prática de estágio curricular, no espaço pedagógico do hospital” (Aluna do curso de Pedagogia da UESC).*

A atitude de participação da criança e/ou adolescente no processo de cuidar, em decorrência da formação de uma consciência da importância de se manter uma parceria constante com os profissionais do serviço, trouxe como consequência, de acordo com os relatos analisados, uma recuperação mais rápida desses pacientes.



## **A Recuperação mais Rápida**

### *Desvelando a situação concreta*

Os professores, equipe de enfermagem e alunos voluntários relataram perceberem que as crianças e/ou adolescentes após dedicarem-se às atividades propostas, relacionar-se com os colegas, equipe de saúde e equipe pedagógica, sentiram-se mais seguras, aceitaram mais o tratamento. Verificaram que após as práticas vivenciadas, a recuperação tornou-se mais rápida.

*[...]começaram a **relacionar-se com os outros colegas da enfermaria e com a equipe que dela cuida**. Perceberam que no hospital não vigorava o medo... após o desenvolvimento dos deveres da escola no hospital, e em casa, conseguiram passar de ano letivo. Isto com certeza **as estimulou e repercutiu no seu tratamento**, porque elas **ficaram mais seguras diante da vida, aceitaram mais a hospitalização e os cuidados proporcionados** (Aluna do curso de Pedagogia da UESC).*

*As crianças hospitalizadas passam por todo um processo de desenvolvimento motor e cognitivo e precisam de nossa atenção. Elas eram tristes, caladas e com as ações pedagógicas realizadas, **elas passaram a sorrir para a vida, e foi surpreendente a recuperação delas**. A realização dos deveres da escola no hospital, possibilitaram o preenchimento do tempo ocioso, **percebem que mesmo hospitalizadas, suas vidas continuam** (Aluna do curso de Pedagogia da UESC).*

*Percebemos que a criança é perceptiva, ela gosta das atividades lúdicas e se sente estimulada quando realiza as atividades escolares no hospital. Ela percebe que está sendo valorizada, e conseqüentemente a sua auto-estima aumenta. Aprendemos que não basta atender a criança, é necessário também atuar junto à mãe. Depois das oficinas realizadas com as mães, a percebemos mais alegres e confiantes, **atuando como instrumento valioso, na recuperação da criança**. Foi prazeroso após a alta hospitalar, vê a criança animada, **frequentando a escola, convivendo com seus colegas, pois toda criança, tem direito a educação** (Aluno do curso de Direito da UESC).*

***Foi visível a sua evolução à medida em que realizávamos as ações nas enfermarias**. Vimos a criança responder bem às práticas aplicadas. A gratificação é imensa, quando vemos o **seu sorriso**, antes ausente no seu rosto. **E quando ela sai de alta, a percebemos mais forte, apta para lidar com o mundo fora do hospital**. (Aluna do curso de enfermagem da UESC).*

*Eu percebi o quanto foi importante este trabalho, olhando os olhos das crianças, a cada festinha de aniversário festejada, o brincar, os deveres da*

*escola... **Era como se elas sorrissem com os olhos.** Elas passaram a ficar mais alegres, a conversar, a **ajudar no tratamento.** Este foi um trabalho importante, e precisa continuar. (Auxiliar de Enfermagem).*

Segundo Wallon (1941, p.224) “em cada idade ela (a criança) constitui um conjunto indissociável e original”. A criança e/ou adolescente hospitalizado caracteriza-se por intensas transformações físicas psicológicas e sociais. O professor presente no hospital, bem como, a equipe de saúde e demais profissionais, devem saber reconhecer essas modificações, a fim de que possam estimular adequadamente o seu crescimento e desenvolvimento, mesmo que associado à doença.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O homem é agente do seu processo de desenvolvimento. Portanto, devem ser-lhe propiciadas condições de ser ativo, na construção de sua interação com o mundo. No hospital pediátrico, somente um processo pedagógico, que viabilize a participação de todos os atores envolvidos, poderá contribuir positivamente para esta construção. A interação da criança com outras pessoas tem papel fundamental na sua vida, porquanto, o desenvolvimento cognitivo é, acima de tudo, um processo social.

Por conseguinte, percebemos que, no hospital, pode existir um grupo originado do esforço de aproximação e ação entre o grupo de saúde do hospital e o grupo pedagógico da escola, atuando junto à criança.

No Brasil, alguns hospitais apresentam uma ou mais mudanças, que evidenciam interesse crescente pelos aspectos psicossociais da assistência pediátrica. Exemplo de tais mudanças são: implantação de sistema de internação conjunta (criança e mãe); aumento dos períodos de visita de familiares; introdução de programas de assistência psicológica às crianças e seus familiares; introdução de programas educacionais e de recreação; reformas em dependências do setor de pediatria, visando à utilização do espaço e material utilizado pelas crianças; abertura para programas de pesquisa psicológica; implantação de programas de treinamento de pessoal com enfoque nos aspectos psicossociais do atendimento.

Devemos ressaltar que essas iniciativas ainda são poucas, isto é, acontecem em poucos hospitais. São geralmente isoladas, e não se conhecem profundamente suas práticas e os seus reflexos na vida da criança. Quanto a isso, Fonseca salienta:

[...] aumenta agora a necessidade de melhor conhecer essa realidade, pois conhecido o universo quantitativo, desconhecemos princípios norteadores, as práticas levadas a efeito e as repercussões na educação e na saúde da criança e do adolescente. Em outras palavras, o atendimento de classe hospitalar precisa ser estudado e discutido mais profundamente dentro e fora de seu grupo profissional imediato (FONSECA, 1999).

Acreditar que o sujeito construa a própria aprendizagem é dar ênfase à resposta elaborada pelo educando, e tentar abandonar os modelos preestabelecidos de respostas definidas.

Deve ser oferecido ao educando, mesmo em situação de hospitalização, a oportunidade intencional de aprendizagens, de reflexão, de análise, permitindo-se que ele elabore e expresse a sua construção; somente, assim, teremos realmente, como consequência, uma aprendizagem efetiva, significativa, fruto de uma formação crítica, questionadora, de cujo processo todos são sujeitos.

Segundo Goulart, “[...] Piaget realçou a interação com o ambiente e, quanto mais rica for do ponto de vista das trocas verbais e outras formas de comunicação, mais possibilidades tem o indivíduo de desenvolver o raciocínio lógico” (GOULART, 1969, p. 30).

Os profissionais que atuam no espaço hospitalar podem e devem contribuir para a construção dos conhecimentos da criança, adotando práticas educativas, com relações de troca, de compartilhamento. O hospital é, também, um espaço pedagógico. Quanto a isso, corrobora BRANDÃO (1995, p. 10): “[...] “Da família à comunidade, a educação existe difusa em todos os grupos sociais, entre as incontáveis práticas dos mistérios do aprender”.

A ação educativa está implícita na ação de saúde, porque necessária, e se efetiva em aprendizagem significativa, junto das relações do sujeito com o ambiente, acontecendo nos vários espaços do hospital, onde a criança aprende e, portanto, são espaços pedagógicos, quer percebidos como tais ou, não.

A presente pesquisa teve como propósito geral verificar o efeito de ações educativas desenvolvidas por equipe formada pelo grupo de saúde do hospital, integrado ao grupo pedagógico da escola, junto a crianças hospitalizadas, na atenção integral ao bem-estar biopsicossocial da criança, na promoção da aprendizagem e diminuição de agravos à saúde, decorrentes de sua hospitalização prolongada.

Concluimos que houve desenvolvimento de ações compartilhadas, nas quais todos os atores sociais envolvidos foram sujeitos ativos. A tomada de decisão no hospital, desenvolveu-se, ouvindo-se a criança e o adolescente, e a sua família (eles passaram a ter voz, a serem ouvidos), como também ouvimos os profissionais da equipe de enfermagem. O processo de autonomia do sujeito, viabilizado pela participação de todos nesta pesquisa, através de um processo pedagógico, permitiu,

conseqüentemente, a construção de conhecimentos, aprimoramento da capacidade de empatia e solidariedade dos indivíduos envolvidos nesse estudo. Ocorreu a união entre hospital e escola, percebendo-se e priorizando-se as necessidades da criança e do adolescente hospitalizado, de forma integral, bio-psico-socialmente.

A partir dos dados obtidos e analisados, constatamos que a nossa hipótese foi confirmada, ou seja: Implementamos práticas, obtidas do esforço de aproximação e ação do grupo de saúde do hospital e do grupo pedagógico da escola, que tiveram como objetivo a minimização da solução de continuidade do processo de desenvolvimento e crescimento da criança, pelo atendimento adequado das suas necessidades cognitivas, afetivas e psico-motoras, e atenção integral, considerando sua condição de indivíduo biopsicossocial. Tivemos como resultados:

- Um atendimento integral do bem estar biopsicossocial da criança.

Demonstramos, pois, que as ações num hospital, não podem visar apenas ao bem estar físico da criança, mas atender também as suas necessidades psicológicas, sociais e espirituais. Cada criança é um ser individual, que possui sua própria história.

As crianças que participaram da amostra demonstraram possuir peculiaridades próprias. São seres que possuem um corpo com uma necessidade biológica afetada, com sentimentos, emoções e expectativas frente a vida, a sua existência e a sua doença. Instituímos os cuidados, atentando para a história de vida de cada criança e família, ou seja, respeitando sua cultura, valores, evolução da doença, seus anseios e preocupações. Constatamos, com a coleta de dados, que o bem-estar biopsicossocial e espiritual acontece mais rapidamente, se a assistimos atentando para todos esses aspectos citados.

- Diminuição do estresse, decorrente do impacto da hospitalização na vida da criança, facilitando a sua adaptação ao ambiente hospitalar.

Percebemos que, a medida em que aplicávamos as ações propostas, o estado de bem estar da criança tornava-se perceptivelmente melhor, pois tornavam-se alegres, sorridentes, aceitando mais os procedimentos a serem instituídos, sem deixar, no entanto, de questioná-los. Havia uma curiosidade nata e sadia, da criança, em querer conhecer a si mesma e ao ambiente ao ser redor, enfim, entender o porquê da hospitalização. A criança passou a não mais internalizar os seus

pensamentos. Eram seres desabrochando, conhecendo-se e deixando-se conhecer. Verificamos que, se atendermos à criança no hospital, respeitando as suas reais necessidades, sejam elas, biológicas, psicológicas, sociais ou espirituais, acima de tudo ouvindo-a e também à família, estaremos evitando agravos em sua vida, pois, como enfatiza Lipp (2000, p.65): *Na maioria dos casos, os distúrbios emocionais da infância contribuem para um alto nível de stress, tanto para a criança como para a família e ao ambiente social a seu redor.*

- Preservação e/ou aumento da sua autoestima.

Constatamos nesta pesquisa que a hospitalização realmente representa um impacto na vida da criança. Sua reação inicial diante de uma admissão hospitalar é o choro e, logo depois, o silêncio, a introspecção, e conseqüentemente, a tristeza denotada no seu próprio rosto. Quanto ao exposto, relembramos de autores como Wallon e Morin, que estudam a emoção presente nos seres humanos e relatam que ela modela o corpo. Antes de aplicarmos as nossas práticas com as crianças da amostra, elas eram tristes, caladas, como registramos em fotos mostradas anteriormente. Após implementarmos as ações propostas, verificamos que as crianças se transformaram, tornaram-se sociáveis, aceitavam mais o tratamento, já não demonstravam apatia acentuada. O sorriso passou a marcar o rosto da criança. Ela passou a perguntar sobre a sua doença, a conversar com a equipe que cuida dela e com seus colegas de enfermagem. Passou a ficar mais confiante, sua autoestima aumentou, ou pelo menos, foi preservada.

Verificamos, ainda, que a maior parte das crianças da amostra pesquisada, tinha deixado de frequentar a escola, devido a sua doença e/ou hospitalização. Eram pessoas tristes, sentindo falta do convívio com o professor da escola e os colegas; além disso, quando saíam de alta hospitalar e iam para casa, sentiam-se inferiorizados perante os coleguinhas da escola, que também são vizinhos, moram na mesma rua, pois percebiam que os colegas estavam frequentando e evoluindo bem na escola, enquanto eles não iam passar de ano, pelo número grande de faltas ocorridas.

Portanto, desenvolver atividades pedagógicas no hospital estudado, trouxe benefícios para a criança hospitalizada. A autoestima da maioria das crianças da amostra aumentou, após desenvolvermos atividades da sua escola no hospital, principalmente com a presença do seu professor da escola, ensinando-lhes as

atividades escolares. Verificamos que, quando retornaram para casa, após alta hospitalar, tornaram-se mais positivas e estimuladas a desenvolver, também, outras atividades, na comunidade onde moram.

Concluimos que, quando a sua auto-estima se eleva, a criança sente-se ajustada à vida, responsável e estimulada. Se a envolvermos num ambiente acolhedor, onde ela se sinta amada, participativa e, conseqüentemente, valorizada, estaremos contribuindo para a elevação da sua autoestima. Num hospital, a equipe que com ela se ocupa, é responsável pela manutenção desse ambiente terapêutico.

Ao introduzirmos as práticas de saúde e pedagógicas e, após aplicá-las, verificamos mudanças significativas nas crianças que participaram da pesquisa. Tornaram-se mais receptivas ao tratamento; exteriorizavam mais as suas queixas e dúvidas; eram mais solidárias com os colegas da enfermaria, e até acalentavam as recém admitidas, em relação a algum procedimento doloroso a ser instituído, como punção de veia. As práticas e rotinas deixaram de ser impostas, executadas em benefício apenas do serviço e passaram a ser realizadas em benefício do bem estar integral da criança hospitalizada

- Facilitação da recuperação e/ou minimização do seu problema de saúde.

Constatamos, nessa pesquisa, que a criança se percebe doente e reflete no leito do hospital e em casa, sobre a sua doença, sobre o tratamento instituído e sobre a razão de ser obrigada a se submeter, por imposição da família e equipe que dela cuida, no hospital. Percebemos isso nos depoimentos já citados anteriormente, no início deste trabalho, quando observávamos o seu comportamento e nas entrevistas. As ações instituídas promoveram uma recuperação mais rápida da saúde da criança, pois passaram a conhecer-se melhor, bem como a sua própria doença, com as aulas e palestras ministradas, e isso fez nascer uma consciência em relação à importância do tratamento, visando a sua cura, ou pelo menos, uma convivência mais amena com a doença. As palestras e oficinas realizadas com as mães ou outro responsável fizeram com que elas se tornassem mais alegres, sorridentes e confiantes no tratamento de seu filho, e essa alegria se irradiava para as crianças. Verificamos que, no hospital, se uma criança chora, a tendência é outras também começarem a chorar. Isso prova que esta teoria é verdadeira. Portanto, se a mãe da criança estiver bem e informada acerca do que está acontecendo com seu filho, tornar-se-á confiante; essa segurança contagiará a própria criança, facilitando a

sua recuperação. Da mesma forma, se a equipe, se preocupar em atendê-la de modo integral, respeitando os seus valores, a sua privacidade, a sua história, ouvindo-a e atendendo as suas queixas e aproveitando cada momento, em benefício do seu crescimento e desenvolvimento, haverá uma recuperação mais rápida da saúde da criança, ou minimização do seu problema de saúde. Agimos dessa forma, com as crianças da amostra de nossa pesquisa, e verificamos que houve um desenvolvimento considerável dessas crianças.

- Atenção ao desenvolvimento e aprendizagem significativa, possíveis para a condição de hospitalização, permitindo a continuidade e diversificação da escolarização da criança.

O hospital também necessita de incluir o programa de educação para a mãe da criança e permear nas práticas educativas desenvolvidas com ela, o desenvolvimento de uma aprendizagem realmente significativa, sobre a situação que está vivendo. O rompimento da escolarização, desencadeado com a hospitalização da criança, causa um atraso na sua vida. A existência de práticas pedagógicas que beneficiem a educação formal, significa o respeito a este ser criança que, mesmo hospitalizada, continua crescendo e se desenvolvendo e necessita, portanto, de estímulos para sua aprendizagem, naquela e daquela situação.

- Facilitação da sua reinserção na escola (cessado o período de hospitalização).

De fato, com o nosso trabalho, após desenvolvermos as práticas pedagógicas no hospital, as crianças ficaram mais estimuladas em relação à frequência à sua escola. Não queriam mais faltar à aula. E realmente, isto aconteceu, elas voltaram a frequentar a sua escola, ansiosas em recuperar o tempo ausente deste espaço pedagógico. Algumas perceberam que, mesmo com alopecia (queda de cabelos) devido à quimioterapia, poderiam estar na sala de aula.

- Educação da criança para a “vida”, isto é, como conviver no cotidiano, inclusive com suas limitações.

Constatamos que a atenção à criança, experienciada nesta pesquisa, dispensada pela equipe existente no hospital, formada pelo grupo de saúde do hospital e o grupo pedagógico da escola, promoveu a minimização da solução de continuidade do seu processo de desenvolvimento e crescimento, pelo atendimento



adequado das suas necessidades cognitivas, afetivas e psico-motoras, tendo como resultado: atendimento integral do bem estar biopsicossocial da criança; diminuição do estresse, decorrente da hospitalização; preservação e/ou aumento da sua auto-estima; facilitação da recuperação e/ou minimização do seu problema de saúde; atenção ao desenvolvimento e aprendizagem, possíveis para a condição de hospitalização, permitindo a continuidade da escolarização da criança; facilitação da sua reinserção na escola (cessado o período de hospitalização) e aprendizagem significativa da criança para a “vida”, isto é, como conviver no cotidiano, inclusive com suas limitações.

Concluimos, com este trabalho de pesquisa, que o hospital pode e deve se constituir num parceiro da criança, não apenas na recuperação de sua saúde biológica, mas também preservando / melhorando a sua saúde psico-social, com minimização da dramaticidade do seu problema.

Concluimos que, no ato de saúde, são duas pessoas (o profissional de saúde e o paciente) que têm, em comum, no mínimo, dois objetivos:

- O da recuperação da saúde e profilaxia, evitando agravos e transtornos.
- O de diminuir aspectos da doença, tais como: dor, degradação física e moral, perda total ou parcial anatomo – fisiológicas.

Portanto, são duas pessoas, que se associam ou devem associar-se objetivando o mesmo fim: minimização do(s) problema(s) e/ou recuperação da saúde. Devem estabelecer laços de compreensão mútua de trocas recíprocas, mesmo que sejam só informações de confiança e de afeto positivo, para que se obtenham os melhores resultados. Se apenas um deles fizer esforço, o resultado é menor do que se poderia obter. Se os esforços forem conjuntos e colimarem para o mesmo fim, os ganhos serão maiores e as perdas menores, e o tempo e a energia investidos, bem como a qualidade de vida serão otimizados para os dois, que trocam, discutem, festejam, replanejam, os êxitos e os não êxitos e os quase êxitos, entendendo e melhor aceitando que:

Se não houve frutos, valeu o perfume das flores.  
Se não houve flores, valeu a sombra das folhas.  
Se não houve folhas, valeu a intenção das sementes.

Recomendamos, por conseguinte, a implantação e implementação, em hospitais infantis, de um Serviço de Atendimento Pedagógico, complementar ao atendimento à saúde (biopsicossocial), que deve enriquecer o Serviço de Atendimento Social, que, no caso da criança e/ou adolescente, deve ser Atendimento Sócio-Educativo.

Também recomendamos como importante, a existência no Curso de Pedagogia, de uma disciplina prática curricular, versando sobre o atendimento pedagógico da criança hospitalizada, como prática corrente, com objetivo de contribuir para a formação de profissionais conscientes da importância da atenção pedagógica à criança e/ou ao adolescente hospitalizado. Esta disciplina poderia ser ministrada por docentes do curso de pedagogia e do curso de enfermagem, visto que a criança e o adolescente hospitalizado necessitam de um atendimento integral, em que se valorizem todas as suas necessidades, sejam elas biológicas, psicológicas, sociais ou espirituais; e manutenção da sua aprendizagem, pois, mesmo hospitalizados, continuam crescendo e desenvolvendo-se. O ambiente hospitalar deve contribuir para a conservação do vínculo da criança e/ou do adolescente com a vida, e, como já citamos anteriormente, dela faz parte a escola.

## REFERÊNCIAS

ALVES, A. B. L. **Ações educativas da equipe de enfermagem pediátrica, na promoção da saúde da criança hospitalizada.** 2000. 160 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Convênio: Universidade Federal da Bahia, Salvador-Ba – Faculdade de Educação / Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus-Ba.

ANDERSON, R. A Cura e a mente. **O ambiente curativo.** Trad. Heliete Vaitswan. Rio de Janeiro: Rocco, p. 49-73, 1995.

ANGERAMI – CAMON, V. A. (Org.) **Psicologia hospitalar – teoria e prática.** São Paulo: Pioneira, 1995, 114 p.

ASSMANN, H. **Reencantar a educação – rumo à sociedade aprendente.** 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1998, p. 29.

AUSUBEL, D. P.; NOVAK, J. D. ; HANESIAN, H. **Psicologia educacional.** 2 ed. Rio de Janeiro: Interamericana Ltda, 1980, p. 32- 46.

BACKES, MARTINS E DELLAZZANA. **É possível humanizar o cuidado no CTI? - cuidando em enfermagem: pesquisas e reflexões.** Rio Grande do Sul: Pallotti – SM, 2001, p. 35.

BALLONE, Geraldo J. **Estresse, ansiedade e esgotamento.** Campinas, 1997. Seção Psiquiatria clínica didática para pesquisas e consultas – Doenças do cérebro. Disponível em: <http://www.epub.org.br/cm/n11/doencas/estresse.htm>. Acesso em 23 mar. 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Tradução: L. A. Reto e A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977. 229 p. ISBN 972-44-0898-1.

BARREIRA, C. **Aprendizagem significativa – O lugar do conhecimento e da inteligência.** 2002. Disponível em: <http://www.ellerni.org/docs/aprendizagem%20significativa.polf>. Acesso em 08 de fev. 2006.

BARROS A. de J. P. de & LEHFELD N. A. de **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas.** Rio de Janeiro: Vozes, 2000, p. 53.

BARROS, A.S.S. Contribuições da educação profissional em saúde à formação para o trabalho em classes hospitalares. **In:** Educação da criança hospitalizada: as várias faces da pedagogia no contexto hospitalar. **Cadernos Cedex,** Campinas: Unicamp. vol. 27, n.73, p. 257-278, set./dez. 2007.

BARROS, A.S.S. Escolas hospitalares como espaços de intervenção e de pesquisa. **Presente! Revista de educação**. São Paulo: Edições Loyola, 2008, a. 16, junho/ago, n. 61, p. 33-37

BOSI e MERCADO (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004, p. 38 – 41.

BRANDÃO, Carlos R. **O que é educação**. 33. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995, ISBN 85-11-01020-3.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Diretrizes e bases da educação nacional**. DIREC - Brasília, DF, 24 dez. 1996.

BRASIL, **Diretrizes para pesquisas em seres humanos de 1995**. Elaborado pelo Conselho da Organização Internacional de Ciências Médicas (CIOMS) e Organização Mundial de Saúde. Tradução: Rita de S. Pinto: p. 11-44, ano IV, 1996. ISSN 0104-1673.

BIEHL, H. P. e outros. **Manual de enfermagem em pediatria**. Rio de Janeiro: Medsi. 1992.

CAMPBELL D. T.; STANLEY, N. L. G. Experimental and quasi-experimental designs for researd. Chicago: R. Mc Nally College Pub.co, 11° ed., 1973.

CAMPONOGARA, S. ; FERREIRA, C.L. de L. Interação equipe de enfermagem – paciente terminal: uma análise reflexiva. In: COSTENARO, R. G. S. (Org.). **Cuidando em enfermagem: pesquisas e reflexões**. Rio Grande do Sul: UNIFRA , Editoração eletrônica, 2001. p. 97 – 116.

CECCIM, Ricardo Burg. Classe hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar. **Revista Pedagógica Pátio**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul. N. 10, p.27-36, agos./out., 1999.

COOPERSMITH, S. **The antecedents of self-esteem**. San Francisco: Freeman, 1967, p. 4-5.

COSTENARO, Regina G. Santini. **Ambiente terapêutico de cuidado ao recém-nascido internado em UTI Neonatal**. Santa Maria-RS: Pallotti –SM, 2001, p. 11-14, p. 92.

COUTINHO, S. E. D.; COSTA, T. N. A. **A hospitalização na percepção da criança: fada madrinha ou bicho-papão?** João Pessoa: Almeida Gráfica e Editora, 2001. 154 p., p. 18.

CIOSAK, S.I.; SENA, S.G. de. **A enfermagem em UTI - um momento de reflexão.** São Paulo: Littera Editores, 1983, 143 p..

DAMÁSIO, A. **O mistério da consciência.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000. 474 p., ISBN 85-359-0032-2

ELSEN, J; PATRÍCIO, Z.M. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagem e suas implicações para a enfermagem. In: SCHMITZ, A. **A Enfermagem em pediatria e puericultura.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1989. Cap.15, p.169-179.

ESTEBAN, M. T.; HOFFMANN, J.; SILVA, J. F. da. **Práticas avaliativas e aprendizagens significativas** - em diferentes áreas do currículo. 4 ed., Porto Alegre: Editora Mediação, 2006, p. 23.

FERNANDES, M.F.Y.; FUJIMORE, M.; KOIZUMI, M.S. Estudo sobre intervenções de enfermagem frente ao paciente em morte eminente. Brasília: **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 37, n. 2, p. 102–108, abr./mai./jun. 1984.

FONSECA, E.S. da. **Estudos e pesquisas sobre atendimento escola hospitalar.** 2003. Disponível em: <http://www.escolahospitalar.uerj.br/estudos.htm>. Acesso em 18 de outubro de 2008.

\_\_\_\_\_, A situação brasileira do atendimento pedagógico educacional hospitalar. *Educação e pesquisa*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 117-129, jan / jun., 1999.

FONTES, R. de S. A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, nº 29, maio./ago., 2005.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir** – História da violência nas prisões. 9. ed., Rio de Janeiro: Vozes, 1991.

GALVÃO, I. Henri Wallon – **Uma concepção dialética do desenvolvimento infantil.** 3ª ed., Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

GASPAR, P. de F. **A auto-estima e o rendimento escolar na adolescência.** 2004. Disponível em: <http://www.wmulher.com.br/template.asp?canal=relacionamento&idmater=2037>. Acesso em: 16 de junho de 2005.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar** – como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Record, 1997. 107 p. , ISBN 85-01-04965-4.

HORTA, W. de A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: E. P. U., 1979, p. 75.

LANANDA, Piedade. A interação enfermeiro-doente: uma abordagem bioantropológica. **Nursing**. Lisboa: Electroliber, v. 8, n. 88, p. 28-32. mai. 1995. Edição portuguesa.

LEIFER, G. **Princípios e técnicas em enfermagem pediátrica**. São Paulo: Editora Santos, 1995, p. 377.

LIMA, A. **Pediatria essencial**. 5. ed. São Paulo: Atheneu.1998. p. 953.

LIMA, A. B. **O sentido de vida do familiar do paciente crítico**. 2005. 207 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFBA.

LIPP, M.E.N. (org.) **Crianças estressadas – causas, sintomas e soluções**. São Paulo: Papyrus, 2000, p. 12 - 16.

LIPP, M.E.N. e LUCARELLI, M.D.M. **Escala de stress infantil (ESI)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998, p. 59.

LUCARELLI, M. D. M. O diagnóstico do stress infantil – In: LIPP, M.E.N. (org.) **Crianças estressadas – causas, sintomas e soluções**. São Paulo: Papyrus, 2000, p. 43-64.

MASLACH e JACKSON. In: **Educação: carinho e trabalho – Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999, p 237 – 254.

MARCONDES, E. **Pediatria básica**. 7. ed., São Paulo: Sarvier, Vol. 1, 1988.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 4. ed., São Paulo: Editora Atlas S. A., 1999.

MAMEDE, M. M. Caminhando para a construção de uma pedagogia interativa na Creche, Brasília, v. 18, n. 79; p. 41 – 53, jul. 2001.

MENDES, I. A. C. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem**. São Paulo: 1994, p. 43.

MENZIES,I. **O Funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade**. São Paulo: FGV (Tradução de Rodrigues, A.M.).

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES. O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementação? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1993, n. 09, p.239-262, jul.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2000, 115 p.

MOYSÉS, Lúcia. **A auto-estima se constrói passo a passo**. São Paulo: Papirus, 2001, 151 p., p. 17-28, 38, ISBN 85-308-0623-9.

MUNIZ, R. M. e SANTANA, M.G. **Humanizando o cuidado na doença crônica**. Pelotas: EGUFPEL, 2002, p. 23.

OLIVEIRA, Valeska Fortes de. E. Classe Hospitalar: uma vivência através do lúdico. **Revista Pedagógica Pátio**. Nº 10, Agosto/outubro, 1999.

ORFALI, K. In: SPINK, M. J. P. **Psicologia social e saúde – práticas, saberes e sentidos**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2003, p. 145.

ORTIZ, L. C. M. e FREITAS, S. N. Considerações acerca da inclusão escolar de crianças pós-hospitalizadas. **Cadernos de Educação Especial**. Rio de Janeiro, nº 20, p. 4- 12., jan. 2002.

PÊPE, A.M. **Como será o amanhã do cidadão que está sendo preparado hoje**. Anotações de aula, durante o exercício da Disciplina Currículo – Mestrado em Educação – Convênio UFBA/UESC, 1998.

PIAGET, J. **Psicologia e pedagogia**. Tradução de Dirceu Accioly Lindoso e Rosa Maria Ribeiro da Silva. Rio de Janeiro: Forense, 1969, 182p.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da inteligência na criança**. Tradução: Álvaro Cabral. 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara S. A., 1987, 389 p.

RABELO, E. H. **Avaliação – novos tempos, novas práticas**. Rio de Janeiro: Vozes, 1998, p. 11.

RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993, p.135.

RUTTER, M.; IZARD, C. **Depression in young people, development and clinical perspectives**. London: The Guilford Press, 1970, p. 15.

SELYE, Hans. **Stress: a tensão da vida**. São Paulo: IBRASA, 1959.

SEIBEL, L.; SANCHEZ, H. M. A criança, seu desenvolvimento do nascimento à adolescência: Evolução e implicação. In: BEIHL, J. e outros. **Manual de enfermagem em pediatria**. Rio de Janeiro: Medsi, 1992, Cap.2, p. 6-9.

STREFEZZI, M. et al. Estrutura organizacional de um serviço de enfermagem de um hospital pediátrico de médio porte. In: CURSINO, M. R. e cols. **Assistência de enfermagem pediátrica**. São Paulo: Sarvier, 1992. Cap , p. 3-7.

SPINK, M. J. P. **Psicologia social e saúde – práticas, saberes e sentidos**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2003, p. 147-148.

SPITZ, R. Depresiones en la infancia y adolescencia. **Triangulo**, 1983, v. 21, n.2 – 3, p. 73-87.

TAVARES, R. Aprendizagem significativa e o ensino de ciências. Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação – **28º. Reunião Anual**, Universidade Federal da Paraíba, 2005. Disponível em: Romero Tavares – [www.física.ufpb.br/~romero](http://www.física.ufpb.br/~romero). Acesso em: 10 de janeiro de 2006.

TRUCOM, C. **Somos todos um autoconhecimento**. São Paulo, 2000. Disponível em: <http://somostodosum.ig.com.br/conteudo/conteudo.asp?id=5300>. Acesso em: 20 de março de 2005.

VIGOTSKI, L. S. Pensamento e linguagem. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra, p. 54.

WALLON, H. **A evolução psicológica da criança**. Rio de Janeiro: Andes, 1941.

\_\_\_\_\_. **As origens do caráter na criança**. São Paulo: Ed. Brasileira, Difel, 1972, p. 56.

\_\_\_\_\_. **Les origines du caractère chez l'enfant**. 8. ed. Paris: Boivin, PUF, 1983.

WATSON, Jean, Nursing. **Human science and human Care**. A theory of Nursing. Appleton: Century-Crofts, 1985, p. 33.

WONG. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, p.605.

ZANNON, C. M. L. da C. **O comportamento de crianças hospitalizadas e a rotina hospitalar : subsídios para atuação do psicólogo junto à equipe de pediatria**. São Paulo: COMUT, Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1981.