



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
CURSO DE PEDAGOGIA**

ADRIANA SANTOS DE JESUS

**CLASSE HOSPITALAR: ANÁLISE DA VIABILIDADE DE UTILIZAÇÃO
DE JOGOS DE REGRAS NUMA ENFERMARIA PEDIÁTRICA**

Salvador
2010

ADRIANA SANTOS DE JESUS

**CLASSE HOSPITALAR: ANÁLISE DA VIABILIDADE DE UTILIZAÇÃO
DE JOGOS DE REGRAS NUMA ENFERMARIA PEDIÁTRICA**

Monografia apresentada ao Curso de
graduação em Pedagogia, Faculdade de
Educação, Universidade Federal da Bahia,
como requisito parcial para obtenção do
Grau de Licenciatura em Pedagogia.

Orientadora: Profa. Dra. Alessandra Barros.

Salvador
2010

AGRADECIMENTOS

Ao meu Onipotente e Onisciente Senhor Jesus pelo dom da vida, por Ele tenho vivido cada dia acreditando que posso sonhar, lutar e que vou conseguir! É por Ele que tenho acreditado que tudo vale à pena.

À Professora Alessandra Barros, minha orientadora e idealizadora deste trabalho. Obrigada pelas oportunidades ofertadas, pela confiança, respeito, amizade, compreensão e dedicação com a qual desenvolve seu trabalho na classe hospitalar.

Aos meus pais, meu respeito e agradecimento pela contribuição na construção da minha personalidade e do meu caráter. Sou grata pelo carinho, amor, pela minha educação e por tudo que me possibilitaram. Amo vocês! Amo minha família e meus amigos.

Às crianças Carmen e Otto pela participação nas primeiras sessões com jogos.

Ao adolescente Maurício Wolney, pelas prestimosas aulas para o uso dos videogames da Nitendo.

A todas as crianças, pais e acompanhantes que fizeram parte dessa pesquisa. Obrigada pela solicitude, respeito e por cada momento de aprendizado e diversão que compartilhamos.

À equipe médica da Enfermaria 1A do HUPES pelo acolhimento, respeito e colaboração.

À família Nogueira (Vanildes e Jorge) e ao professor Genivaldo Cruz por todo apoio e incentivo mesmo antes do ingresso na universidade. Vocês foram peças fundamentais para que eu pudesse chegar onde estou.

Ao meu querido amigo Lindomar Bonfim Carneiro pelas longas conversas, pelo seu acolhimento sempre afetuoso e suas sábias palavras quando mais necessitei de um ombro amigo.

Às minhas amigas, Adriana França, Aline Mascarenhas, Ariádila Queiroz, Aurenívea Barbosa, Francinalva Silva, Francisca Gomes, Janete Carmo, Jozelma Jordão, Luciene Reis, Patrícia Barreto e Sílvia Oliveira. Sem palavras!

Ao Centro de Estudos Afro-orientais pelo acolhimento e incentivo à permanência, logo da chegada à UFBA e Salvador.

Ao SESI/NETI – Núcleo de Educação do Trabalhador da Indústria pela formação proporcionada a partir da aproximação com uma modalidade com a qual muito me identifico também, que é a Educação de Jovens e Adultos.

A todos meus sinceros agradecimentos!

RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo analisar a viabilidade de utilização de jogos de regras na Classe Hospitalar, tendo como campo empírico a enfermaria pediátrica do Hospital Universitário Professor Edgar Santos – o Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia. Buscou-se responder se os jogos de regras são adaptáveis ao ambiente hospitalar, tanto quanto o são em outros ambientes de aprendizagem. Para tanto, valeu-se da observação e registro sistemático, em diário de campo, de sessões de jogos promovidas no contexto semanal das atividades da Classe Hospitalar. A intenção era averiguar quais adaptações didáticas e metodológicas seriam necessárias ao emprego de jogos - educativos e tradicionais - no ambiente de uma enfermaria pediátrica, bem como, analisar a reorganização do trabalho pedagógico em situações de ensino-aprendizagem proporcionadas pelo engajamento de crianças e adolescentes hospitalizados nestas atividades. Assim, ao testar a aplicabilidade desses jogos ao cotidiano de uma Classe Hospitalar o objetivo maior do trabalho foi produzir conhecimento que favorecesse o empreendimento mais adequado das práticas de recreação e de práticas de ensino com uso de jogos junto às crianças hospitalizadas.

Palavras-chave: classe hospitalar, recreação e jogos, necessidades educativas especiais.

ABSTRACT

This study aimed to examine the feasibility of using games in Class Hospital of rules, with the empirical field the pediatric ward of University Hospital Professor Edgar Santos - the Hospital of the Federal University of Bahia. We sought to answer whether the games rules are adaptable to the hospital environment as much as they are in other learning environments. To do so, drew on the systematic observation and recording in the field diary of gaming sessions promoted in the context of the weekly activities of the Hospital Classroom. The intent was to ascertain what adjustments would be necessary educational and methodological employment games - educational and traditional - in an environment of pediatric ward, and to evaluate the reorganization of the pedagogical work in situations of teaching and learning offered by the engagement of children and adolescents hospitalized these activities. Thus, to test the applicability of these games to everyday life in a Class Hospital as the main goal of this study was to produce knowledge that would promote the development of more adequate practices of recreation and teaching practices with the use of games with hospitalized children.

Keywords: class hospital, recreation and games, special educational needs.

SUMÁRIO

1.0	INTRODUÇÃO.....	7
2.0	PEDAGOGIA HOSPITALAR: SURGIMENTO E IMPORTÂNCIA DAS CLASSES HOSPITALARES.....	11
2.1	O EDUCADOR DA CLASSE HOSPITALAR: ATRIBUIÇÕES E PERFIL ESPERADO.....	15
2.2	A CLASSE HOSPITALAR DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFBA: CONSOLIDAÇÃO DE UM CAMPO DE PESQUISA.....	20
3.0	OS JOGOS.....	29
3.1	CARACTERÍSTICAS DOS JOGOS.....	34
3.2	ALGUMAS EXPERIÊNCIAS COM JOGOS NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	36
4.0	ANÁLISE DA VIABILIDADE DO USO DE JOGOS DE REGRAS E EDUCATIVOS NA ENFERMARIA DO HUPES.....	39
4.1	O PREPARO PARA ATIVIDADE E AS ESCOLHAS DOS JOGOS.....	39
4.2	AS SESSÕES COM OS JOGOS NO LEITO E NA CLASSE.....	43
4.3	OS RESULTADOS DESSE PIONEIRISMO	46
5.0	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
	REFERÊNCIAS	53
	ANEXO.....	56

1.0 INTRODUÇÃO

“Se muito vale o que foi feito, mais vale o que será”. (Fernando Brandt)

A Pedagogia é uma área do saber que nos possibilita caminhar por diferentes vertentes, atreladas ou não entre si. Por concordar com Brandt, creio que o que foi feito de bom deve ser observado e servir de subsídios para aqueles que desejam fazer algo semelhante ou superar o que está imposto, acreditando sempre que o ser humano pode ir além do que imagina, propondo a cada dia formas de atuação, que melhor contemple o educando em suas especificidades e onde ele estiver.

Quando se permite que o professor saia dos muros que envolvem a escola e comecem a frequentar ambientes diversificados, diferentemente da organização estabelecida da escola em toda a sua estrutura técnica e física (planejamento, salas, móveis e etc.), a educação assume características bem peculiares, que se difere das instalações formais. Nesse aspecto, há de se considerar que também se conserva seus elementos mais comuns. Essas novas maneiras de educar mostram um compromisso mais significativo com o processo de formação de quem educa e de quem é educado. (CARVALHO, EVANGELISTA, JESUS E SILVA, 2007, p.22).

Assim, surgiu meu interesse pela Educação Especial, quando no quarto semestre do Curso Pedagogia, tive contato com a disciplina Introdução à Educação Especial. O trabalho ora apresentado pela Professora Alessandra Barros, docente responsável pela disciplina, foi determinante para semear em mim curiosidades sobre a temática e desejos de aproximação a uma prática que me despertou grande vontade de atuação.

No período de curso da disciplina, a referida professora ofertou uma bolsa de estudos através do PIBIC - Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica. Concorri e fui eleita na época para fazer parte do GEINE – Grupo de Estudos sobre Inclusão e Necessidades Educativas Especiais. Desde então, minha trajetória acadêmica mudou radicalmente. Minha inserção num grupo de pesquisa foi meu primeiro desejo após ter ingressado na Universidade Federal da Bahia e hoje posso dizer que esse ingresso é responsável, em primeira instância, pela minha formação acadêmica.

A partir de oportunidades apresentadas, e também possibilitadas, pela professora Alessandra Barros, pude fazer cursos diversos que possibilitaram a ampliação do meu arcabouço sobre Educação e Saúde, duas áreas que hoje não consigo perceber indissociavelmente. Participei de Curso de Extensão em Classe Hospitalar, da Disciplina

Pedagogia Hospitalar, de Curso de Formação de Contadores de Histórias em Ambiente Hospitalar, da organização não-governamental Viva & Deixe Viver, no qual atuo hoje como voluntária da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, contando histórias para crianças internadas no Hospital Santa Izabel.

Além disso, também com a intervenção da referida docente, pude me aproximar de classes hospitalares do Hospital Irmã Dulce, da Unidade de Pediatria Erick Loeff, do hospital Santa Izabel, da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Salvador-BA. Pude também, participar como ouvinte das videoconferências do Grupo Especial de Interesse (*Special Interest Group/SIG*) em Saúde de Crianças e Adolescentes na Rede Universitária de Telemedicina da UFBA, na qual são abordados vários temas relacionados à saúde e educação da criança e do adolescente. Essas participações em eventos possibilitaram um aprofundamento a respeito da Educação Especial e mais precisamente da Pedagogia Hospitalar, colaborando para que meu interesse pela área aumentasse cada vez mais.

Atuei durante dois anos como pesquisadora no PIBIC, com a temática da Classe Hospitalar. A primeira pesquisa em 2008 contribuiu em muito para atuação na classe hospitalar, pois apresentou resultados importantes que subsidiaram o desenvolvimento do trabalho com jogos e possibilitaram um plano de trabalho específico para a enfermagem pediátrica em questão. Foi feita análise dos prontuários do HUPES - Hospital Universitário Professor Edgard Santos, dos anos de 2005 a 2008, que possibilitou conhecer o perfil da clientela atendida, no que se refere à idade, diagnóstico, período e duração das internações.

A segunda pesquisa PIBIC é responsável pelo meu Trabalho de Conclusão de Curso, ora apresentado. Fruto de uma pesquisa idealizada pela minha orientadora, diferente da atividade desenvolvida no ano anterior (2008), essa que iniciou em meados de 2009, foi realizada em campo. Foi uma experiência bem interessante porque ambas tinham objetivos e locais de desenvolvimento totalmente diferentes, porém, os sujeitos eram os mesmos – as crianças e adolescentes internadas no HUPES. Quando no momento do primeiro projeto de pesquisa, ao analisar as planilhas e saber quais crianças, no sentido da faixa etária, do diagnóstico e duração da internação estavam internadas, eu tentava imaginar como era o trabalho das minhas colegas que lá se encontravam. Tentava idealizar, por ex., como era a composição de uma turma em determinado período, como era desenvolvida a aula. Pois, até então, apesar de ter visitado classes hospitalares de algumas instituições, eu não havia presenciado uma aula do início ao fim, em uma ambiente como esse. Então, foi bem

interessante conhecer os números e diagnósticos, com olhar distante, para então, num segundo momento conhecer a realidade bem de perto.

O Brincar é frequentemente visto como uma atividade menos importante do que aquelas em que o uso da cognição é mais perceptível, não é raro perceber a desvalorização que muitos atribuem aos jogos e brincadeiras, de tal forma a reconhecer o trabalho dos profissionais da Educação Infantil como atividade que dispensa conhecimentos mais elaborados e aprofundados. Em contraposição, muitos autores e especialistas como Vigotski (2007) e Piaget (2007) provaram que jogos e brincadeiras desempenham fundamental papel no desenvolvimento da criança.

Para Vigotsky (2007), o brinquedo, não é algo típico da infância, mas sim, do desenvolvimento. Em sua perspectiva, para que a criança mude de um estágio de desenvolvimento para outro, é necessário que ela passe por vários processos de maturação. Para Piaget, através dos jogos e brincadeiras a criança consegue atingir a maturação de forma mais rápida do que aquelas desprovidas de momentos lúdicos.

A criança hospitalizada por muito tempo e, principalmente, aquelas que sofrem de doença crônica como Anemia Falciforme, Doença de Crohn, Mucopolissacaridose e Osteogênese Imperfeita são internadas frequentemente para dar continuidade ao tratamento clínico. Essas crianças, muitas vezes, não frequentam a escola regular por causa das frequentes interrupções no processo de escolarização devido às crises ocasionadas pela doença. Elas acabam não vivenciando a socialização com as demais crianças, não vivenciam momentos de aprendizagem e de ludicidade. No hospital, além dessas privações, elas são submetidas a tratamentos invasivos, procedimentos dolorosos. Algumas ficam cerca de quatro horas por dia deitadas para receber medicação. E de acordo com cada doença, essa rotina se repete semanalmente, mensalmente ou a cada bimestre.

Para o desenvolvimento dessa atividade no hospital, elegemos como problema a compatibilidade entre as exigências típicas dos jogos (cumprimento das regras) e os constrangimentos próprios da dinâmica de assistência na enfermaria e/ou da condição de hospitalização: interrupções, barulho, restrição ao leito, discrepância de idades na composição dos pares de jogadores, falta de letramento dos acompanhantes, etc. Esse trabalho é importante porque buscará produzir conhecimento que favoreça o empreendimento mais adequado das práticas de recreação com uso de jogos, junto às crianças hospitalizadas e visa prover aos professores da classe hospitalar do HUPES informações que permitam

intervenções melhor focadas nas possibilidades verdadeiramente estimuladoras dos jogos, para além daquelas fundadas na percepção de senso comum acerca da recreação e do lazer. O uso de jogos de regras com essas crianças objetiva propiciar momentos lúdicos, de socialização e de aprendizagem. Desse modo, buscamos responder se os jogos de regras são adaptáveis ao ambiente hospitalar, tanto quanto o são em outros ambientes de aprendizagem.

Para tanto, foi empregada uma metodologia qualitativa, qual seja aquela fundamentada na imersão etnográfica do pesquisador no cotidiano da enfermaria pediátrica. Trata-se, assim, de uma pesquisa empírica de caráter participante, que de acordo com Gil (2002) é aquela que tem como principal característica a interação entre pesquisadores e membros das situações investigadas. Esse método foi escolhido por ser o mais adequado para a resposta do problema em questão, realizada na enfermaria pediátrica do HUPES. Este trabalho está estruturado em cinco capítulos. O primeiro é este introdutório no qual foram apresentados a temática, meu interesse por ela e uma pequena apresentação da minha trajetória acadêmica ao longo destes quatro anos de curso. No segundo capítulo, são explicitados os fundamentos teóricos que embasam a prática do pedagogo na classe hospitalar, uma breve contextualização acerca da pedagogia hospitalar e da classe hospitalar do Hospital das Clínicas da UFBA. No terceiro capítulo são apresentadas algumas definições e características sobre os jogos e algumas experiências com o mesmo em ambiente hospitalar. O quarto capítulo é o trabalho empírico propriamente dito, apresenta a pesquisa passo-a-passo e os resultados. O quinto e último são as últimas colocações acerca da pesquisa desenvolvida, no qual os resultados são analisados criticamente e são apontadas as dificuldades encontradas.

2.0 PEDAGOGIA HOSPITALAR: SURGIMENTO E IMPORTÂNCIA DAS CLASSES HOSPITALARES

A década de noventa fez emergir a reflexão teórica e a produção científica sobre a temática da Classe Hospitalar, o que tem levado a um número crescente de artigos, relatos de pesquisa e eventos acadêmicos que expressam a atualidade e a dinâmica das discussões acerca da questão (FONSECA, 1999; CECCIM, 1997; FREITAS, 2005). Do mesmo modo, e em convergência com os objetivos da classe hospitalar, outras iniciativas de humanização do atendimento hospitalar, iniciativas lúdicas e artísticas como a dos Doutores da Alegria, têm também produzido conhecimento e aperfeiçoado suas práticas (MASETTI, 1999). Entretanto, a característica marcadamente multidisciplinar do atendimento em classe hospitalar resulta que, explorá-la como um campo de conhecimento requiera, necessariamente, o empréstimo de contribuições de outras áreas do saber consolidado, como a Psicologia da Saúde, a Psicopedagogia, a Educação em Saúde, a Antropologia Médica, a Saúde Pública, a Psicanálise, a Terapia Ocupacional, Administração Hospitalar, a Medicina Social.

Todavia, ainda que marcada pelo atravessamento por diversos domínios profissionais, a Classe Hospitalar preserva sua especificidade. Nos termos da política de educação especial, da política de inclusão ou da política de atenção à diversidade do Ministério da Educação, crianças e adolescentes hospitalizados são portadores de necessidades especiais. Nos termos da política de humanização do Ministério da Saúde, pacientes pediátricos são alvos preferenciais, porque mais susceptíveis aos problemas resultantes da baixa qualidade dos serviços prestados, bem como da despersonalização e do distanciamento afetivo característicos da assistência hospitalar.

Assim, tendo em vista a dimensão e importância de uma modalidade de atenção que privilegiasse o desenvolvimento biopsicosocial de crianças e adolescentes em circunstâncias de morbidade e exclusão, a resolução nº 41/95 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, garantiu para esta parcela da população, o "direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde e acompanhamento do currículo escolar, durante sua permanência hospitalar".

Uma resolução da Câmara de Educação Básica, do Conselho Nacional de Educação, CNE/CEB, n.2 de 11 de setembro de 2001, que, ao instituir *Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica*, contemplou a categoria de atendimento Classe

Hospitalar nas ações pretendidas pelo Ministério da Educação. Nesta resolução pode-se ler: “*Art. 13. Os sistemas de ensino, mediante ação integrada com os sistemas de saúde, devem organizar o atendimento educacional especializado a alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio.*”

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições. Neste sentido, dentre tantas prerrogativas, busca valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde. Assim sendo, medidas humanizadoras, como a presença de brinquedoteca, atuação periódica de recreadores voluntários e a presença dos pais como acompanhantes à internação, se destacam na especificidade de seus direcionamentos a crianças e adolescentes hospitalizados. É nesse âmbito de iniciativas que, na perspectiva das ações integrais de saúde, deve ser entendido o papel das *Classes Hospitalares*.

Aquilo que poderia ser chamado de turma, numa enfermaria pediátrica trata-se de um grupo aberto de estrutura dinâmica. Assim, entram e saem crianças e adolescentes com relativa frequência. Desse modo, a constituição da classe hospitalar é sempre variável ao longo de um período. Para cada jovem paciente o tempo de permanência no hospital é diferente e, por conseguinte, a duração e extensão e natureza do investimento pedagógico/terapêutico recebido também. O perfil do grupo é igualmente variável no sentido de que os pacientes são diferentes também em suas demandas acadêmicas, além do que, têm origens sócio-econômicas diversas. A classe hospitalar é, assim, uma “turma” multisseriada. Além disso, embora se valha da denominação “classe”, essa modalidade de atendimento não precisa estar reduzida à utilização de um espaço físico circunscrito. Algumas, de fato, o tem. Mas, em outras, pode-se utilizar a biblioteca do hospital, o refeitório em horários ociosos, as varandas da enfermaria, e mesmo os leitos, sob os quais se debruçam professores em atendimentos individuais, configuram uma Classe Hospitalar. Passeios externos com as crianças, como idas a parques, cinemas, teatro, praia, feiras-de-livros e outras, também configuram atendimentos na forma de Classe Hospitalar.

O atendimento prestado em uma Classe Hospitalar é, também, fator que contribui ao enfrentamento do estresse da hospitalização, o que favorece a eficácia dos tratamentos

médicos empreendidos. Esta contribuição é, em parte, alcançada graças ao significado e ao valor simbólico da escola na composição das experiências infantis que, então resgatadas apesar da condição de hospitalização, reequilibram o desenvolvimento psíquico daquelas crianças e adolescentes. Além disso, sendo as intervenções em Classe Hospitalar pautadas pelo emprego do elemento lúdico e pontuadas pela possibilidade de manifestações artísticas que exploram a criatividade daquelas crianças, apesar do contexto de marcada adversidade, se reforçam as expectativas de retorno à vida normal.

O Ministério da Educação (MEC/SEESP, 1994), define Classe Hospitalar como atendimento pedagógico-educacional durante um período de internação, seja qual for a duração. Segundo Matos e Mugiatti (2006) a ação pedagógica em hospitais pediátricos originou-se do enfoque educativo e de aprendizagem, tendo como pressuposto o fato de que “crianças e adolescentes hospitalizados não devem interromper, na medida do possível, seu processo curricular educativo”. O objetivo da Pedagogia Hospitalar, segundo as autoras é “manter e potencializar os hábitos próprios da educação intelectual e da aprendizagem de que necessitam as crianças e adolescentes em idade escolar, mediante atividades desenvolvidas por pedagogos em função docente.”

A classe hospitalar surge, então, como uma modalidade de atendimento prestado a crianças e adolescentes internados em hospitais e parte do reconhecimento de que esses jovens pacientes, uma vez afastados da rotina acadêmica e privados da convivência em comunidade, vivem sob risco de fracasso escolar e de possíveis transtornos ao desenvolvimento. (BARROS, 2007).

A classe hospitalar é uma das modalidades de atendimento educacional especializado, prevista pelas Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica (BRASIL 2001, p.50-52), que ressalta que o atendimento pode ocorrer “fora do espaço escolar, sendo, nesses casos, certificada a frequência do aluno mediante relatório do professor que o acompanha”, classificando das seguintes maneiras:

Classes Comuns: serviço que se efetiva por meio do trabalho de equipe, abrangendo professores da classe comum e da educação especial, para o atendimento às necessidades educacionais especiais dos alunos durante o processo de ensino e aprendizagem.

Salas de Recursos: serviço de natureza pedagógica, conduzido por professor especializado, que suplementa (no caso dos superdotados) e complementa (para os demais alunos) o atendimento educacional realizado em classes comuns da rede regular de ensino (...)

Itinerância: serviço de orientação e supervisão pedagógica desenvolvida por professores especializados que fazem visitas às escolas para trabalhar com os alunos que apresentam necessidades educacionais especiais e com seus respectivos professores da classe comum da rede regular de ensino.

Professores-intérpretes: são profissionais especializados para apoiar alunos surdos, surdos-cegos e outros que apresentam sérios comprometimentos de comunicação e sinalização.

Classe Hospitalar: serviço destinado a prover, mediante atendimento especializado, a educação escolar a alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar ou atendimento ambulatorial.

Ambiente Domiciliar: serviço destinado a viabilizar, mediante atendimento especializado, a educação escolar de alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique permanência prolongada em domicílio.

De acordo com Fonseca 1999, a Classe Hospitalar tornou-se mais conhecida no Pós Segunda Guerra mundial, na qual, houve um maior número de internamento infantil, devido às conseqüências da guerra. Essa modalidade de atendimento é prevista pelo Ministério da Educação e do Desporto em 1994, por meio da publicação da Política Nacional de Educação Especial (MEC/SEESP). E decorrente da formulação da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Resolução do Conselho Nacional dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente com a Chancela do Ministério da Justiça, em 1995 surgiu a Declaração dos Direitos da Criança e Adolescentes hospitalizados que versa sobre os direitos de atendimento escolar no ambiente hospitalar, pode-se ler:

Assim, tendo em vista a dimensão e importância de uma modalidade de atenção que privilegiasse o desenvolvimento biopsicossocial de crianças e adolescentes em circunstâncias de morbidade e exclusão, a Resolução n. 41/95, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, garantiu para esta parcela da população, o "direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde e acompanhamento do currículo escolar, durante sua permanência hospitalar. (Brasil, 1995).

Para atuar numa classe hospitalar é importante que o profissional esteja preparado, ou ao menos, disposto a buscar formas interdisciplinares para desenvolver um trabalho de maneira tal, que os objetivos citados sejam alcançados. A classe apresentada ao educador sem experiência e sem conhecimento prévio na área pode representar um desafio muito grande para ele. Alguns autores, como Barros, nos apresentam algumas considerações importantes acerca do perfil esperado para atuação desse profissional nesse espaço.

2.1 O EDUCADOR DA CLASSE HOSPITALAR: ATRIBUIÇÕES E PERFIL ESPERADO

À guisa de sistematização, pode-se dizer que, no que tange à atuação de professores da educação básica em hospitais, há duas correntes teóricas, aparentemente opostas, mas que podem ser vistas como complementares (FONTES, 2005, p. 121). Segundo esta autora:

“A primeira delas, talvez a mais difundida hoje no Brasil, e com respaldo legal na Política Nacional de Educação Especial e seus desdobramentos [...] defende a presença de professores em hospitais para a escolarização das crianças e jovens internados segundo os moldes da escola regular, contribuindo para a diminuição do fracasso escolar e dos elevados índices de evasão e repetência que acometem frequentemente essa clientela em nosso país.” Uma representante ilustrativa dessa corrente é FONSECA (1999, 2002).

A outra corrente de pensamento e práticas, igualmente representativa do que pode ser oferecido à crianças hospitalizadas por uma classe hospitalar foi bem delineada teoricamente por TAAM (2000). Ainda segundo Fontes (2005, p.122), estudiosa do trabalho desta referida pesquisadora:

“[...] o conhecimento pode contribuir para o bem estar físico, psíquico e emocional da criança enferma, mas não necessariamente o conhecimento curricular ensinado no espaço escolar. [...] O trabalho do professor é ensinar, não há dúvida, mas isso será feito tendo-se em vista o objetivo maior: a recuperação da saúde pela qual trabalham todos os profissionais de um hospital.” Se buscarmos denominações conceituais para cada uma destas vertentes, poderíamos chamá-las de educacional-curricular e lúdico-terapêutica, respectivamente.

Este dissenso teórico e aplicado acerca dos modos como se pode trabalhar pedagogicamente junto a crianças hospitalizadas, está fundado na distinção dicotomizada entre investimento terapêutico e investimento educativo. Esta distinção está lastreada, por sua vez, na necessidade política (nem sempre explícita) de demarcação das atribuições laborais do pedagogo. O contexto atual de insuficiência no reconhecimento oficial desta profissão (expresso pela falta, por exemplo, de um Conselho Federal), de desvalorização salarial da carreira e de recorrência de mudanças na definição das atribuições dos cursos de formação universitária permite, em parte, entender o porquê desta preocupação dos pedagogos em demarcar muito meticulosamente, e às vezes, sectariamente, os âmbitos de suas atuações possíveis.

A classe hospitalar é um ambiente especial, ao atuar nesse espaço, o educador irá entrar em contato com realidades educacionais, sociais, físicas e de outras ordens, totalmente adversas às de uma escola regular. Além disso, o ambiente em questão não é prioritariamente educacional, mas sim da área da saúde. Portanto, ele estará em contato direto com profissionais da saúde, com uma equipe multiprofissional, da qual a partir do seu ingresso na classe e nos leitos, ele também fará parte.

Deste modo, é necessário que este profissional possua um conhecimento acerca da classe hospitalar em questão, no que se refere a seu alunado, à sua origem social, à sua causa de internação, às suas possíveis limitações, às especificidades dessa classe, ou melhor, ao local específico (enfermaria, por exemplo) em que ela está inserida. Importante ainda é saber como se posicionar em um ambiente desse. Pois, assumir o trabalho num campo ainda pouco explorado exige desse profissional postura, funções e qualidades específicas.

Para se definir a melhor perspectiva de trabalho em uma determinada Classe Hospitalar, requer-se, primeiramente, levantar o perfil nosológico da clientela atendida pelo hospital em questão. Este perfil diz respeito - basicamente - ao tipo de doença que as crianças e adolescentes ali internados têm; ao tempo médio em que eles ficam hospitalizados e às suas respectivas idades. Há outras informações que podem ser desdobradas, também, como eventual sazonalidade de uma doença e frequência das reinternações (na quantidade de pacientes que são reinternados ao longo do ano e no número destas repetidas internações.)

A partir daí é possível prever quem serão os prováveis alunos/pacientes da classe hospitalar. Essa tentativa de predição antecipa, probabilisticamente, as idades mais presentes nas enfermarias, e prepara o professor para eventual discrepância e heterogeneidade muito grande dentro de um grupo etário.

O tipo da especialidade do hospital também nos diz muita coisa: se é hospital de reabilitação em doenças neuromotoras, haverá em geral mais adolescentes do sexo masculino, cujas internações são relativamente demoradas. Caso se trate de um hospital geral, haverá de tudo um pouco: de pneumonia em crianças bem pequenas, cujas durações das internações são mais breves, até febre reumática, que pode demorar um pouco mais, passando pelos casos cirúrgicos de vários tipos (fimose, amígdala, pé torto congênito, hérnia, etc.) até casos de queimaduras, cujos tratamentos são muito dolorosos, e cujos pacientes infantis são um desafio maior para a atuação de professores.

Saber que hospital é esse, do ponto de vista de seu regime institucional e organizacional é também importante. Se for um hospital do SUS e/ou filantrópico, o professor da classe hospitalar já se antecipa ao fato de que a clientela será de segmentos mais populares. Se for um hospital de referência em algum tipo de doença, se antecipa sabendo que terá muitos pacientes de localidades distantes. Se o tal tipo de doença é uma doença rara e de tratamento oneroso, verá pacientes de classes sociais abastadas, também. Essas informações permitem antecipar os contornos da 'turma' de pacientes alunos que se terá pela frente como professor: se estarão mais tempo no leito (caso dos pacientes ortopédicos), se estarão mais em isolamento (pacientes com câncer, pacientes com meningite), se estarão sendo muito concorridos e disputados por outras intervenções, como curativos e sedação (em queimados), por fisioterapia (em lesados medulares) por reeducação vesical (em pacientes renais), pelo treinamento dos internos e residentes (no caso de hospitais universitários).

As diferentes filiações teórico-práticas podem ou não coexistir num mesmo espaço de ensino-aprendizagem de classe hospitalar. Em geral, coexistem nos modos de uma maior predominância de uma perspectiva sobre a outra. Tal predominância, por sua vez, dependerá dos recursos humanos e materiais disponíveis e, principalmente, dos tipos de doença sob tratamento e da duração da internação. Nestes termos, doenças ou agravos que representam perda permanente da mobilidade e/ou força dos membros superiores da criança ou adolescente, deverão ser abordadas pelo professor da classe hospitalar sob um enfoque, preponderante, de reeducação da função escrita, onde assim, os conteúdos curriculares tradicionais, são apenas pretextos para o engajamento nas atividades. Enfermidades que implicam em internações com duração de 15 dias ou mais são as que melhor justificam as intervenções do tipo educacional-curricular (desde que não haja outros fatores concorrendo contra esta opção). Internações que durem uma semana ou menos, certamente acatarão melhor intervenções do tipo lúdico-terapêutica.

Vale salientar que não só o espaço é diferenciado, os educando também são outros, no sentido em que atravessam uma fase delicada da vida, na qual submetidos às limitações que o espaço lhe impõe, tem comprometido seus laços afetivos, sua rotina anterior à hospitalização, seu processo de socialização, e claro, a escolarização. Além das peculiaridades citadas, de acordo com BIERMANN (1980), o hospital é um ambiente estranho à criança, podendo, desta maneira, causar-lhe uma sensação de abandono afetivo pelos pais gerando-lhe ansiedade, dentre outros efeitos negativos.

O educador deve está ciente dessas questões e buscar aderir à sua prática formas que resultem numa melhor contribuição para o desenvolvimento pleno do educando. Para um professor de uma classe hospitalar “A atenção pedagógica é essencial para o ato educativo e se propõe a ajudar a criança hospitalizada para que, imerso na situação negativa que atravessa no momento, possa se desenvolver em suas dimensões possíveis de educação continuada, como uma proposta de enriquecimento pessoal”. (Matos e Mugiatti, 2006)

Além disso, no que se refere ao educando, Carvalho, Evangelista, Jesus e Silva (2007), afirmam que, ao chegar ao hospital ele vê-se distanciado de suas atividades cotidianas. O seu processo de inserção na classe hospitalar exige diferentes situações às quais ele necessita ajustar-se, pois os desafios enfrentados neste novo ambiente causam-lhe estranheza pela própria condição de saúde e da sua falta de contato com seus colegas, amigos e familiares por consequência de sua hospitalização. Na escola regular, muitas vezes, os educadores não são informados sobre o adoecimento de seus educandos. Isso é bastante preocupante, devido a grande importância da compreensão do adoecimento por parte da criança. Fontes e Vasconcellos (2007), afirmam que a escolarização no hospital para além do aspecto pedagógico, é de fundamental importância para as crianças hospitalizadas.

Por isso que, no ambiente hospitalar o professor enquanto mediador das interações sociais tem a função de manter os vínculos sócio-afetivos estabelecidos entre os sujeitos que atuam nos diferentes segmentos: médico / paciente, família / paciente e médico / família. Nesse sentido, no que tange a função pedagógica-educacional do educador que atua no ambiente hospitalar, Barros cita algumas capacidades consideradas necessárias para o profissional que deseja atuar nesse espaço educacional, tendo em vista a superação de obstáculos referentes à escassez de materiais, bem como, capacidades outras que facilitam o desenvolvimento de um trabalho com qualidade. No cenário proposto podemos listar algumas qualidades reguladoras de uma prática que possa suprir às demandas profissionais nesse espaço, (BARROS, 2007).

Capacidade de, quando implantar uma nova classe hospitalar, apreciar a existência de outras medidas humanizadoras (como presença de brinquedoteca, atuação periódica de recreadores voluntários e presença dos pais como acompanhantes integrais à internação) e integrá-las às atividades correntes de uma classe hospitalar. Capacidade de, quando da ocorrência desses momentos, adaptar flexivelmente as atividades de ensino e aprendizagem das crianças e adolescentes hospitalizados ou aquelas

atividades terapêuticas destinadas a colaborarem no enfrentamento psíquico da hospitalização. **Capacidade de propor maneiras e materiais alternativos na confecção de jogos e brinquedos.** Capacidade de sugerir modos mais apropriados de diagnosticar as demandas de acompanhamento escolar do paciente, modos que o contemple na integralidade de sua condição humana e indissociabilidade de suas necessidades – física, psíquica, social, de gênero, e de outras variáveis. (grifo meu)

Ainda segundo a autora, o educador em classe hospitalar, deve está engajado e comprometido com muitas questões que podem ser vistas como alheias ao desenvolvimento do trabalho pedagógico. Ele deve “buscar meios de aprofundar-se na temática da escolarização em ambiente hospitalar, com vistas a uma melhor condição de capacitação, não ficando na superficialidade, para isso, faz-se necessário treinamento e capacitação na área”. Relevante seria então, a socialização de saberes, experiências e práticas de profissionais já imersos nesse ambiente, para possibilitar uma aproximação com a temática antes da atividade empírica, para que, a partir dos subsídios apropriados possa desenvolver o trabalho com mais confiança, podendo assegurar-se em uma base teórica.

Nesse sentido é que, Matos e Mugiatti (2006, p.157), nos apresentam algumas linhas que norteiam os propósitos de apontar resultados de atividades de humanização hospitalar, a fim de favorecer parcerias e trocas de saberes, bem como, criar maiores e melhores possibilidades em contexto hospitalar, das quais algumas são atendidas a partir, também, do trabalho em questão. São:

Contribuir para o exercício da cidadania e inclusão social e digital. Desenvolver metodologias, linguagens e materiais apropriados para o atendimento lúdico-pedagógico em ambiente hospitalar. Participar de eventos para divulgar estas pesquisas e promover a socialização destas. Contribuir de diversas formas para o processo de humanização hospitalar. Atuar sempre de acordo com as condutas éticas necessárias ao respeito e dignidade ao ser humano, independente das condições do momento.

2.2 A CLASSE HOSPITALAR DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFBA: CONSOLIDAÇÃO DE UM CAMPO DE PESQUISA

Com cerca de dois milhões e oitocentos mil habitantes, Salvador é a terceira capital mais populosa do Brasil. Destes, quase um milhão, têm entre zero e 19 anos. Salvador hospitaliza 3,5% deste jovem contingente populacional, o que significa que, por ano, cerca de 35 mil bebês, crianças e adolescentes estão, por razões que vão das doenças infecciosas e parasitárias às seqüelas da violência, internados em algum hospital da cidade. Caso se exclua deste montante, os bebês e as crianças pequenas, para que foquemos nossa atenção apenas naqueles indivíduos cuja faixa etária os destinaria, por direito e obrigação, à escola, teremos então o número de aproximadamente dezenove mil estudantes que passam algum tempo do ano letivo em enfermarias de hospitais, quando deveriam estar em salas de aula.

Segundo Fonseca (2008) atualmente existem 110 classes hospitalares distribuídas e em funcionamento em 14 Unidades Federadas decorrentes de convênio firmado entre Secretarias de Educação e de Saúde dos estados, sendo que existiam também, classes hospitalares resultantes de iniciativas de entidades filantrópicas e universidades. A mais antiga classe hospitalar em funcionamento no Brasil é a do Hospital Municipal Jesus (Hospital infantil), situada no Rio de Janeiro que tem funcionamento desde 1950. Atualmente, um total de mais de 30 hospitais brasileiros conta com atendimento pedagógico-educacional para crianças e jovens hospitalizados e esse número vem aumentando significativamente, tendo como objetivo,

[...] dar continuidade ao processo de desenvolvimento e ao processo de aprendizagem de alunos matriculados em escolas da Educação Básica, contribuindo para seu retorno e reintegração ao grupo escolar; e desenvolver currículo flexibilizado com crianças, jovens e adultos não matriculados no sistema educacional local, facilitando seu posterior acesso à escola regular. (BRASIL 2001)

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, atualmente existem classes em 14 centros hospitalares de Salvador: no Hospital Santa Isabel (Unidade Cardiopatia Santa Rosa), Unidade de Onco-hematologia Pediátrica Erik Loeff, Casa de apoio a Criança Cardiopata (Atendimento Pedagógico Domiciliar), Gacc (Atendimento Pedagógico Domiciliar), Hospital Couto Maia, Hospital Martagão Gesteira, Hospital Roberto Santos (Unidade de Nefrologia Pediátrica), Eládio Lassfierre, João Batista Caribé, Creche Conceição

Macedo (crianças portadoras do vírus HIV), Casa de Saúde Erik Loeff e Centro Pediátrico Professora Hosanh de Oliveira, situado no Complexo HUPES- Hospital Universitário Professor Edgar Santos, o que representa a terceira maior quantidade dentre as capitais brasileiras.

Vale destacar o papel desempenhado pelo Hospital de Clínicas da UFBA na cobertura hospitalar da cidade de Salvador. Possui 90 leitos pediátricos, distribuídos entre sua Emergência, Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira, Enfermaria da UDAP (Unidade Docente Assistencial de Pediatria) e enfermarias de especialidades clínicas e cirúrgicas. No âmbito pediátrico, este hospital responde como referência nacional, pela atenção especializada a várias doenças crônicas, características pelas demoradas ou repetidas internações: a anemia falciforme, a asma, a mucopolissacaridose, o diabetes, a anorexia nervosa. Atende ainda, como não poderia deixar de ser, às demandas típicas do contexto de pobreza, de falta de saneamento básico e de violência em que vive grande parte da infância e juventude soteropolitanas: a desnutrição, as infecções das vias aéreas, a diarreia, a desidratação.

A Classe Hospitalar do HUPES funcionou, até o final do ano de 2008, sob a cessão de professores da prefeitura municipal de Salvador. Desde o início do ano de 2009, atendendo a reordenamentos de gestão desse hospital universitário, alguns serviços até então prestados a custo de convênios, foram incorporados por unidades da própria Universidade Federal da Bahia, neste caso pela Faculdade de Educação, através de seu Grupo de Estudos sobre Inclusão e Necessidades Educacionais Especiais – GEINE.

Ao longo da gestão anterior (2002-2008) uma sistemática de trabalho que privilegiou o acompanhamento curricular dos programas das escolas de origem em detrimento da oferta de atividades de recreação e lazer. Assim o fez, por sua vez, sem o necessário investimento em diagnósticos psicopedagógicos que norteassem as práticas de ensino. Inexistiu um projeto político-pedagógico que contemplasse, verdadeiramente, o perfil sócio-educativo da clientela das enfermarias e as atividades de recreação e lazer, além de secundarizadas, eram empreendidas de modo espontaneísta e carente de reflexão teórico-conceitual.

No entanto, há diferentes possibilidades de intervenção junto às crianças e adolescentes hospitalizados, proporcionadas por uma classe hospitalar. É possível distinguir essas formas diferentes de intervenção sob as denominações de lúdico-terapêutica e educacional-curricular.

A intervenção lúdico-terapêutica preconiza que o investimento na aprendizagem da criança hospitalizada, enquanto promovido por um professor da classe hospitalar, deva focar o estímulo ao desenvolvimento num sentido ampliado assim como o favorecimento ao alcance de habilidades e competências esperadas para cada idade e para cada contexto específico de hospitalização e/ou adoecimento experimentado pela criança. Partidários desta perspectiva de trabalho ajustam-se mais livre e criativamente à necessidade imprescindível de flexibilizar o currículo escolar, quando da eventual importação deste para o ambiente da enfermaria pediátrica, o qual, nesse sentido, quase não se identificará mais com os currículos típicos.

Considerando a vocação de ensino e formação de um hospital universitário bem como recomendações recentes do MEC/MS de maior comprometimento dos hospitais-escola com outros cursos superiores, a oferta desta classe hospitalar como campo de estágio para o curso de Pedagogia e Licenciaturas tem sido oportuna e enriquecedora das experiências de estágio ali já desenvolvidas por alunos de outros cursos, como o de Música e de Artes, consolidando a classe do HUPES num campo de pesquisa a ser explorado tanto por estudantes da graduação e dos programas de pós-graduação.

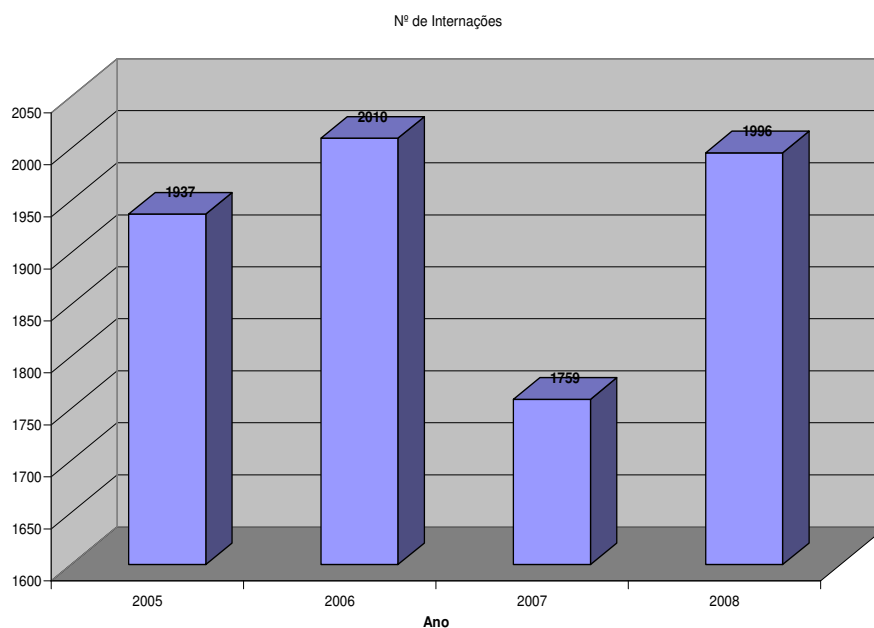
Esse pressuposto advém da Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que tem como princípios básicos:

Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.). Fortalecimento de trabalho em **equipe multiprofissional**, fomentando a transversalidade e a grupalidade. (PNHAH)

A partir de tal princípio podemos compreender a preocupação dessa política em assegurar o trabalho multiprofissional e o destaque para práticas plurais de respeito às especificidades dos sujeitos. Tal concepção vem sendo respeitada pela Classe Hospitalar do HUPES que possui um currículo flexível, preconiza o direito da educação, mesmo para as crianças que não podem freqüentar a escola por conta da hospitalização e busca a composição de um atendimento com diferentes profissionais que trabalham com o respeito a questão de gênero, etnia, classe e nível cognitivo do educando.

Isso ocorreu a partir da atual gestão, porém, a inexistência de documento oficial que versasse sobre a classe em questão, no que se refere à clientela atendida (quantidade, perfil nosológico e duração de atendimento e de internação) fez surgir a necessidade de um trabalho que apresentasse esses dados para conhecer melhor os futuros educando da classe. Por isso, no ano de 2008, quando o trabalho nessa classe dava seus primeiros passos, foi desenvolvida uma pesquisa que visava definir a correlação entre o estágio de desenvolvimento infantil e o tempo de permanência da internação no delineamento do perfil dos pacientes hospitalizados no centro pediátrico do Complexo HUPES, (JESUS, A.S.; BARROS, A. 2009) e que, assim sendo, traçou o perfil sócio-educacional de crianças e adolescentes de zero a doze anos de idade internadas no ambiente em questão.

A partir da análise dos prontuários eletrônicos disponibilizados em planilhas do Excel, pelo HUPES, buscamos traçar o perfil nosológico dos pacientes com idades entre 0 à 12 anos, internados no HUPES nos anos de 2005, 2006, 2007 e 2008. À medida que nos foram disponibilizados os prontuários, utilizamos o SPSS (Statistical Package for Social Sciences), um programa de aplicação que proporciona um preciso tratamento estatístico de dados, que combina potencialidade gráfica com uma gestão de dados, para poder fazer análise dos dados do foco de estudo. Dessa forma, buscamos com precisão os dados mais frequentes no que se refere à internação dos pacientes, aí se inclui idade, diagnóstico, tempo de internação, re-internações e suas possíveis causas. Desse modo, constatamos que a quantidade média de crianças e adolescentes internados nos últimos quatro anos no HUPES foi de 1925. (No ano de 2005 foram 1.937, no ano de 2006 foram 2.010, em 2007 foram 1.759 registros de internação pediátrica, sendo que em 2008 o número foi de 1.996.) As crianças de zero ano de idade deram entrada no HUPES com mais frequência que as demais. Assim também, neste grupo etário, se encontraram as internações mais demoradas. A quantidade de crianças com cinco anos de idade ou mais, que ficaram internadas por mais de 15 dias foi, no ano de 2005 de 137 crianças, no ano de 2006 foi de 234, no ano de 2007 foi de 185 crianças e em 2008 foi de 223, como mostra o gráfico abaixo:



A partir da coleta desses dados, buscamos saber a idade mais freqüente dessas crianças internadas e a quantidade exata de internação para cada estrato etário, como mostra a tabela abaixo.

Tabela 01 – Relação da faixa etária mais freqüente.

<i>IDADE</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	2008
0	578	642	566	620
1	288	283	260	296
2	194	182	139	194
3	156	145	124	161
4	147	139	109	139
5	122	125	100	100
Total	1.937	2.010	1.759	1.996

Embora essas tenham sido as idades mais freqüentes é necessário também conhecer o total de internações de todas as idades, uma vez que as demais crianças também compõem o quadro da classe hospitalar. Por isso, a tabela a seguir, mostra a freqüência de internação das crianças de 6 à 12 anos de idade. Sendo que, a gestão escolar de cada hospital é quem traça o perfil a ser atendido. Todavia, consideramos importante conhecer essa descrição, pois é

relevante ter conhecimento, também, da frequência dessas idades, para que se tenha uma grande coleta de dados.

Tabela 02 - Frequência de internação de 6 à 12 anos de idade.

<i>Idade</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	2008
6	101	110	80	107
7	74	81	93	71
8	59	74	56	80
9	63	52	76	65
10	63	66	60	62
11	48	52	55	51
12	44	59	41	50
Total	1.937	2.010	1.759	1.996

Algo que merece grande relevância nos estudos sobre a Pedagogia Hospitalar é o fato de que algumas crianças que compõem o quadro da classe hospitalar não estão matriculadas na classe regular, isso ocorre devido ao fato de algumas delas adoecerem no início do período letivo e as escolas não aceitarem o ingresso das mesmas na rede regular de ensino. Esse é um dos vários motivos em defesa da escolarização no hospital, possibilitar que crianças impedidas, não apenas pela enfermidade, como principalmente, pelas burocracias existentes na sociedade, neste caso, mais especificamente, na escola, tenham acesso à educação. Os conteúdos ministrados no hospital não garantem uma abrangência total dos conteúdos curriculares que a criança teria na classe regular, de qualquer forma, faz grande diferença na vida desses educando, como afirma Ceccim:

Dispor do atendimento de classe hospitalar, mesmo que por um tempo mínimo e que talvez pareça não significar muito para uma criança que frequente a escola regular, tem caráter de atendimento educacional e de saúde para a criança hospitalizada, uma vez que esta pode atualizar suas necessidades, desvincular-se, mesmo que momentaneamente, das restrições que um tratamento hospitalar impõe e adquirir conceitos importantes tanto à sua vida escolar (...) (CECCIM, 1999, p.2)

Analizamos, também, os resultados referentes às causas de internação no HUPES. Vários foram os tipos de diagnósticos que levaram crianças a serem hospitalizadas. Foram elas, doenças bacterianas (Cólera, Coqueluche, Enterite p/salmonela, Erisipela, Febre tifóide, Infecção estreptocócica, Infecções intestinais bacterianas, Septicemia, Sífilis, e Pneumonia e etc.), doenças virais (Doença p/ HIV, Encefalite viral, Hepatites virais agudas, Infecção p/ adenovirus, Leishmaniose visceral, Micoses superficiais, Mononucleose, Pneumonite p/ citomegalovirus, Pneumopatia varicelosa, Poliomiélites e etc.), hemoglobinopatias (Anemia falciforme, Anemia hemolítica, Anemia nutricional, Aplasia pura adquirida, Outras anemias, Purpura trombocitopenica idiopatica, Outras doenças específicas do sangue e órgãos hematopoéticos).

Os dados apresentados abaixo revelam que doenças do trato respiratório e vias aéreas, são responsáveis pelo maior número de adoecimento das crianças durante os quatro anos analisados. Do total de diagnósticos, vários foram reincidentes, as principais causas dessas reincidências são a pneumonia (principalmente em criança de zero a quatro anos de idade) e doenças crônicas como a anemia falciforme. Por ser uma doença genética que acomete principalmente a população negra, e tendo em vista o fato da cidade do Salvador ter um grande número de pessoas afro-descendentes, crianças com anemia falciforme fazem, com grande frequência, parte do quadro de educando da classe hospitalar do HUPES, pois devido aos sintomas da doença (como fortes dores nos vasos capilares) essas crianças são re-internadas constantemente, e uma vez impedidas de frequentar a escola regular, formam grande número de alunos na classe hospitalar. A tabela a seguir mostra que nos anos supracitados as causas de internações infantis se repetiram, sendo que a pneumonia foi a doença que mais levou crianças (principalmente de zero ano de idade) a serem internadas no HUPES, seguidas de outras doenças bacterianas.

Tabela 03 – Relação dos diagnósticos mais frequentes.

<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	2008
Pneumonia	Pneumonia	Pneumonia	Pneumonia
Estafilococcias	Estafilococcias	Estafilococcias	Amigdalectomia
1º Atend. Pediátrico	Amigdalectomia	1º Atend. Pediátrico	Internaç. p/ administraçãp de medicamento Correção cirúrgica de

Entero Infecções	Bronquiolite Aguda	Bronquiolite Aguda	estrabismo
Amigdalectomia	1º Atend. Pediátrico	Amigdalectomia	1º Atend. Pediátrico

A pneumonia, maior causa de internação, levou 274 crianças às internações do HUPES no ano de 2005, 378 em 2006, 306 em 2007 e 295 em 2008. Apesar de não estarem entre os diagnósticos mais frequentes, foi registrado um grande número de doenças, causadas pela carência alimentar, como anemia carencial, depleção de volume, desnutrição proteico-calórica grave, Kwashiorkor, Kwashiorkor marasmático, marasmo e outros distúrbios específicos do metabolismo. É relevante que o educador que pretende atuar e aquele que já atua na classe hospitalar conheça, mesmo que de forma simplificada essas doenças, pois eles estarão em contato com essas crianças, e saber as causas, os sintomas, o tratamento e também, os sinais, é muito importante para saber agir com discrição, naturalidade e respeito na classe hospitalar.

Após análise dos dados, foi possível constatar que, na enfermaria pediátrica do HUPES, a cada semana um professor tem sob sua responsabilidade um grupo de 3 a 8 crianças reunidas; - estas crianças tem entre 4 e 10 anos, com uma maior frequência de crianças de 5 anos; - das cinco crianças que, em média, compõem o grupo, 3 delas estarão recém chegando; - a cada quatro semanas, uma composição completamente nova, do ponto de vista dos elementos constitutivos de um conjunto, será formada; - muitas crianças que se encontrarem em escola regular, matriculadas em uma determinada série, possuirão defasagens em relação a habilidades esperadas para a sua série.

Logo, dado este perfil de clientela pediátrica, ficou claro que a melhor opção para o trabalho pedagógico junto às crianças e adolescentes da classe hospitalar do HUPES é aquele que priorize as intervenções lúdico-terapêuticas. Isto é posto a partir da constatação estatística de que esta clientela é tipicamente composta por crianças da faixa etária da Educação Infantil. Uma vez que os Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Infantil (RCNEI) assinalam o papel e a importância prioritários da brincadeira nos projetos políticos pedagógicos das escolas, nada mais coerente do que priorizá-la no trabalho educativo daquela classe hospitalar.

Além disso, tendo em vista que a duração mais aproximada das internações é de uma semana, mostra-se pouco justificável a intervenção focada no acompanhamento dos conteúdos curriculares da escola de origem. Ainda que assim o fosse, as escolas de origem seriam, provavelmente, aquelas da Educação Infantil (que têm na brincadeira o meio e o fim de seu

trabalho). Constatamos, desse modo que o jogo seria uma tecnologia educacional a ser preferencialmente utilizada, uma vez que, pode combinar as finalidades educacionais e lúdicas numa mesma ferramenta de trabalho pedagógico. Após a conclusão dessa pesquisa em meados de 2009, demos início às atividades com jogos, como será apresentado no capítulo subsequente.

3.0 OS JOGOS

... a brincadeira é a atividade espiritual mais pura dom homem neste estágio e, ao mesmo tempo, típica da vida humana enquanto um todo – da vida natural interna no homem e todas as coisas. Ela dá alegria, liberdade, contentamento, descanso interno e externo, paz com o mundo... O brincar em qualquer tempo não é trivial, é altamente sério e de profunda significação. (Froebel apud kishimoto 2002, p.68)

Falar sobre jogos e brincadeiras é ainda algo complexo. Muitos são os conceitos e valores atribuídos a eles nas diferentes sociedades. Cada cultura constrói e designa determinada atividade como jogo. Antes do Romantismo, na nossa cultura o termo “brincar” se opunha ao “trabalhar”. O primeiro termo era caracterizado como atividade fútil, predominando o aspecto negativo de oposição ao que é sério e importante, ignorando, deste modo, sua dimensão positiva, que só ganha destaque após a inversão de valores oriunda da revolução romântica, que dá um salto qualitativo em relação às concepções que desconsideram a dimensão social da atividade humana que é o jogo.

Conceituar, caracterizar e atribuir seu devido valor tem sido um trabalho árduo e antigo. O jogo, ao longo dos anos assumiu papéis e características bem definidos. Em cada época, um valor, um significado, como mostra a tabela a seguir.

Tabela 04: Correntes teóricas sobre jogos. Baseado em Friedmann (1996)

Período	Corrente Teórica	Descrição Sumária
Final do século XIX	Estudos evolucionistas e desenvolvimentistas	O jogo infantil era interpretado como a sobrevivência das atividades da sociedade adulta.
Final do século XIX, começo do século XX	Difusionismo e particularismo: preservação do jogo	Nesta época, percebeu-se a necessidade de preservar os "costumes" infantis e conservar as condições lúdicas. O jogo era considerado uma característica universal de vários povos, devido à difusão do pensamento humano e conservadorismo das crianças.
Décadas de 20 a 50	Análise do ponto de vista cultural e de personalidade: a projeção do jogo	Neste período ocorreram inúmeras inovações metodológicas para o estudo do jogo infantil, analisando-o em diversos contextos culturais. Tais estudos reconhecem que os jogos são geradores e expressam a personalidade e a cultura de um povo.
Década de 30 a 50	Análise funcional: socialização do jogo	Neste período a ênfase foi dada ao estudo dos jogos adultos como mecanismo socializador.

Começo da Década de 50	Análise estruturalista e cognitivista	O jogo é visto como uma atividade que pode ser expressiva ou geradora de habilidades cognitivas. A teoria de Piaget merece destaque, uma vez que possibilita compreender a relação do jogo com a aprendizagem.
Décadas de 50 à 70	Estudos de Comunicação	Estuda-se a importância da comunicação no jogo.
Década de 70 em diante	Análise ecológica, etológica e experimental: definição do jogo	Nesta teoria foi dada ênfase ao uso de critérios ambientais observáveis e/ou comportamentais. Verificou-se, também, a grande influência dos fabricantes de brinquedos nas brincadeiras e jogos.

Kishimoto (2002) lista vários autores que enfatizaram a importância do caráter educativo do jogo: Rebelias, que criticou a educação dos Sofistas ao preconizar o jogo como inutilidade, futilidade e passatempo atrelado aos jogos tradicionais da época (de azar, com uso de cartas, movimento, simulação, seleção, relacionado ao dinheiro). Ele valoriza o jogo “como instrumento de educação para ensinar conteúdos, gerar conversas, ilustrar valores e práticas do passado, ou até para recuperar brincadeiras dos tempos passados.” Montaigne propagou o caráter educativo o jogo, via-o como instrumento para o desenvolvimento da linguagem e do imaginário.

No Renascimento, Quintiliano, Erasmo, Rabelias e Basedow comungavam uma perspectiva na qual para contrapor aos processos verbalistas de ensino à palmatória vigente, o pedagogo deveria dar forma lúdica aos conteúdos. Deste modo, a brincadeira passou a ser vista como conduta livre que favorece o desenvolvimento da inteligência e facilita o estudo. Por revelar uma nova percepção de infância, o Renascimento atribuiu à criança, o valor positivo a demonstrando como de “boa natureza, que se expressa espontaneamente por meio do jogo”. Essa perspectiva nasce no Renascimento, mas fixa-se no Romantismo, momento em que os filósofos e educadores compreendem o jogo como conduta espontânea, livre e instrumento de educação da primeira infância.

O pensador Frederico Froebel, delineou uma metodologia baseada nos dons e ocupações, dos brinquedos e jogos. Em sua abordagem considerava os brinquedos como atividades imitativas livres e os jogos como atividades livres com o emprego dos dons. O Kindergarten foi criticado por não saber utilizar as propostas de Froebel nos brinquedos e nos jogos, não permitindo às crianças ascenderem “ao eu geral e social”. Pois, de acordo com o

pensamento do autor, o homem deveria ser visto em sua totalidade, na qual cada exercício deveria incitar e desenvolver auto-atividade e multiplicar o poder e conhecimento de cada membro da classe pelo poder e conhecimento de todos os seus membros.

Eu acredito que a única e verdadeira educação provém do estímulo dos poderes da criança pelas exigências das situações sociais em que ela se encontra. Por meio dessas exigências, ela é estimulada a agir como membro de uma unidade, a emergir de sua limitação original de ação e sentimento e a conceber-se do ponto de vista do bem-estar do grupo ao qual pertence. (Dewey apud Kishimoto 2002, p.97)

As palavras de Dewey evidenciam que é possível estimular crianças a descobrirem seu potencial de aprendizagem através de jogos. O pedagogo no ambiente hospitalar ao trabalhar com jogo ou outro recurso pedagógico deve acreditar na capacidade individual de cada criança, buscando interpretar adequadamente o potencial da mesma. Desse modo cabe à educação “propiciar uma ambiente favorável, no sentido de permitir a atualização máxima da natureza potencial social” (Amaral 2002).

Bruner (1978, 1983) analisou a relação entre o brincar, a aquisição de regras e o desenvolvimento da linguagem. Reconheceu as brincadeiras de esconder, como relevantes para o desenvolvimento cognitivo, que tem como consequência a aprendizagem de linguagem e a solução de problemas.

Tanto na perspectiva antropológica, quanto na filosófica, autores citados anteriormente, preconizaram o relevante papel do jogo como recurso facilitador do conhecimento e aprendizado na educação. De acordo com o pensamento de Dewey, a brincadeira possibilita que as crianças se observem de maneira mais atenta tendo em vista o aprendizado de determinada brincadeira, isso faz com que ela aumente sua capacidade de memorização. O jogo para ele, mesmo os imitativos, possui grande relevância no modo de ensinar à criança a observar seu meio. Ressalta o autor que, se o meio observado pela criança não for bom, ela aprenderá maus hábitos e maneiras erradas de pensar e julgar. Em consequência, os maus modos aprendidos serão difíceis de serem corrigidos por terem sido absorvidos em situações de brincadeiras.

Vigotsky (2007) concebe como incorreto a definição do brinquedo como atividade prazerosa, baseado na justificativa que outras atividades como chupar chupeta dão mais prazer à criança. Em seus estudos, que embora reconheçam a importância do brinquedo na passagem

de um estágio de desenvolvimento a outro, ressalta que o prazer não pode ser utilizado como característica definidora do brinquedo. Em sua perspectiva o brinquedo, não é algo típico da infância, mas sim, do desenvolvimento.

... é impossível ignorar que a criança satisfaz certas necessidades com o brinquedo. Se não entendermos o caráter essencial dessa necessidade, não podemos entender a singularidade do brinquedo como uma forma de atividade. (Vigotstky, 2007, p.108)

Autores como Gilles Brougère apud Kishimoto (2002) concebem o brincar como “uma atividade dotada de uma significação social precisa, que como outras, necessita de aprendizagem”, opondo à concepção do brincar como mera dinâmica do indivíduo. Nessa perspectiva, o jogo necessita de um sistema de designações e interpretação das atividades para existir. A interpretação se faz necessária, visto que, é fundamental entender (interpretar) como brincar atividades que por outras pessoas poderia não ser vista como tal.

Segundo Brougère (1998) o jogo se caracteriza por não possuir nenhum aspecto e comportamento específico que permita separar atividade lúdica de qualquer outra atividade ou comportamento. Exemplo disso é quando o autor salienta a importância de compreender como brincar momentos entre mãe e criança, quando por ex. nos momentos em que a mãe esconde uma parte do corpo, em seguida a exhibe para a criança. Brougère ressalta duas necessidades: a de interpretar o momento como “brincadeira” e de compreendê-lo como aprendizado, pois a criança chegará a um ponto em que irá se inserir no jogo da mãe, deixando de ser o “brinquedo” e passando a ser parceira de jogo. Assim, a “criança aprende que o corpo não desaparece de verdade, trata-se de um faz-de-conta; a inversão dos papéis; a repetição que mostra que a brincadeira não modifica a realidade, já que se pode sempre voltar ao início” (p.22).

Quando se brinca aprende antes de tudo a brincar, a controlar um universo simbólico particular... O jogo supõe uma cultura específica ao jogo, mas também o que se costuma chamar de cultura geral: os pré-requisitos. (Brougère, 2002, p.23)

A cultura da qual fala o autor é denominada de “cultura lúdica”, que para ele é composta de um certo número de esquemas que possibilitam dar início à brincadeira. A partir dela é que o jogo torna-se possível. Ela compreende um conjunto de regras e significações que, além de tornar possível o jogo, é necessário serem socializadas entre os jogadores. De

acordo com essa concepção, as regras do jogo compõem a cultura lúdica dos participantes numa determinada sociedade. Logo, as regras que o indivíduo conhece compõem a cultura lúdica do mesmo. Ela compreende os esquemas de brincadeiras, distingue das regras *strictu sensu* e se diversifica de acordo com cada sociedade, sendo adquirida a partir das relações sociais. Por isso vale lembrar que:

Há jogo quando a criança dispõe em estruturas que ela constrói no contexto de interações sociais que lhe dão acesso a eles. Assim, ela co-produz sua cultura lúdica, diversificada conforme os indivíduos, o sexo, a idade, o meio social. (Brougère, 2002, p 28)

Deste modo, cabe à cultura lúdica se apoderar de elementos da cultura do meio ambiente da criança para aclimatá-la ao jogo. Então, ela se diversifica conforma o meio social, a cidade e mais ainda o sexo da criança. Principalmente a idade, porque não se pode ter a mesma cultura lúdica aos 4 e aos 12 anos de idade.

De acordo com kishimoto (2002), Froebel apesar de não ser o primeiro estudioso a analisar o valor educativo do jogo, foi o primeiro a colocá-lo como parte essencial do trabalho pedagógico ao criar o Kindergarten, Jardim de Infância, com uso de jogos e brinquedos. De acordo com a autora, Platão em *As Leis* (1948) destacou a importância do “aprender brincando”, contrariando a manifestação da repressão da violência. Aristóteles analisou a recreação como descanso do espírito, na *Ética a Nicômaco* (1983) e na *Política* (1996). Horácio e Quintiliano demonstraram em seus escritos o interesse pelo jogo quando se referiram às pequenas guloseimas em forma de letras.

A autora ainda acrescenta que à atribuição de *Ludus* às escolas responsáveis pela instrução elementar, pode ser justificada pela prática de aliar o jogo aos primeiros estudos. De acordo com Brougère apud kishimoto (2002) a relação entre o jogo infantil era veiculada por três concepções antes de Froebel: a recreação, o uso do jogo para favorecer o ensino de conteúdos escolares e diagnóstico da personalidade infantil e recurso para ajustar o ensino às necessidades infantis. O jogo com recreação aparece desde tempos passados como relaxamento às atividades que exigiam esforço físico, intelectual e escolar. Essa concepção do uso do jogo teve como representantes Sócrates, Aristóteles, Sêneca e Tomás de Aquino. Durante muito tempo o jogo infantil foi limitado à recreação. Na Idade Média, associado ao jogo de azar bastante praticado na época, era considerado como “não sério”.

3.1 CARACTERÍSTICAS DOS JOGOS

Existem vários tipos de jogos. Cada um deles possui características fundamentais e bem peculiares. A primeira delas é o fato do jogo ser uma atividade livre e espontânea. O indivíduo que brinca, assim o faz porque gosta e deseja brincar. A segunda delas, por sua vez, intrínseca à primeira é que o jogo não se enquadra à realidade, é uma evasão da vida “real”, pois todos os jogos podem “absorver” por completo seus participantes, apresentando-se como um intervalo na realidade (Moratoti, 2003)

De modo geral, pode-se citar como características principais dos jogos, de acordo com Hiuzinga (1971):

- ser uma atividade livre;
- não ser vida "corrente" nem vida "real", mas antes possibilitar uma evasão para uma esfera temporária de atividade com orientação própria;
- ser "jogado até o fim" dentro de certos limites de tempo e espaço, possuindo um caminho e um sentido próprios;
- criar ordem e ser a ordem, uma vez que quando há a menor desobediência a esta, o jogo acaba. Todo jogador deve respeitar e observar as regras, caso contrário ele é excluído do jogo (apreensão das noções de limites);
- permitir repetir tantas vezes quantas forem necessárias, dando assim oportunidade, em qualquer instante, de análise de resultados.
- ser permanentemente dinâmico.

Passerino (1998), em uma abordagem mais psico-cognitiva, descreve-o como:

- Capacidade de absorver o participante de maneira intensa e total (clima de entusiasmo, sentimento de exaltação e tensão seguidos por um estado de alegria e distensão). Envolvimento emocional;
- Atmosfera de espontaneidade e criatividade;
- Limitação de tempo: o jogo tem um estado inicial, um meio e um fim; isto é, tem um caráter dinâmico;
- Possibilidade de repetição;
- Limitação do espaço: o espaço reservado seja qual for a forma que assuma é como um mundo temporário e fantástico;
- Existência de regras: cada jogo se processa de acordo com certas regras que determinam o que "vale" ou não dentro do mundo imaginário do jogo. O que auxilia no processo de integração social das crianças;

Huizinga (1951) concebe o jogo como um elemento da cultura, e ao analisar os jogos produzidos pelo meio social, aponta como suas principais características “o prazer, o caráter não-sério, a liberdade, a separação dos fenômenos do cotidiano, as regras, o caráter fictício ou representativo e sua limitação no tempo e no espaço”. Porém, na perspectiva de Vigotsky (2007), o jogo pode originar situações extremamente dolorosas, quando há esforço e desprazer na busca do objetivo da brincadeira. Outra característica essencial apontada por Huizinga é sua natureza livre, a “ação voluntária do ser humano”. Caillois (1958) partilha a mesma concepção que Huizinga e aponta como principais características do jogo “a liberdade de ação do jogador, a separação do jogo em limites de espaço e tempo, a incerteza que predomina, o caráter improdutivo de não criar nem bens nem riqueza e suas regras”.

Em relação às regras citadas pelos dois autores, Kishimoto (2001) afirma que a existência da mesma é uma característica marcante do jogo. Elas podem estar implícitas ou explícitas. Fromberg (1987, p. 27) acrescenta algumas características ao jogo, que completa as citadas por outros estudiosos da área. São o “simbolismo: representa a realidade e atitudes; Significação: permite relacionar ou expressar experiências; Atividade: a criança faz coisas; Voluntário ou intrinsecamente motivado: incorporar motivos e interesses; Episódico: metas desenvolvidas espontaneamente.”

De acordo com Christie (1999) apud Kishimoto (2001) a não-lateralidade, o efeito positivo, a flexibilidade e a finalidade em si, são os indicadores mais úteis do jogo. A não-lateralidade se refere às situações em que o sentido do jogo não é literal, no qual a realidade interna predomina sobre a externa. O efeito positivo é o prazer e alegria demonstrados pela criança por meio do sorriso. O ensaio de novas combinações, de reordenamentos do jogo representa a flexibilidade citada pela autora.

Os estudos de Kishimoto (2001) demonstram também que o jogo a partir do Renascimento serviu para divulgar princípios de moral, ética e conteúdos de geografia, história e outros, esse foi um período chamado de “compulsão lúdica”. De acordo com ela, o brinquedo assume uma função lúdica e educativa: há ludicidade quando propicia diversão, prazer e até desprazer, quando escolhido voluntariamente.

Para a maioria dos teóricos que abordam a temática, o brincar é algo mesmo que proporciona prazer para quem o pratica. O brincar é frequentemente caracterizado pelos signos do prazer, da alegria e do sorriso. Esse processo traz inúmeros efeitos positivos aos

aspectos cognitivo, afetivo, corporal e social. (Lucon, 2008). No ambiente hospitalar, essas características são bem mais significativas e pertinentes. Representam a infância, a vida.

Do mesmo modo que várias são as definições e características são também os tipos de jogos. Existem os de cartas, os de tabuleiro e jogos eletrônicos.

O Wii é um videogame da sétima geração produzido pela Nintendo. Destaca-se dos demais por possuir controle sem fios, capazes de detectar movimentos em três dimensões. Utilizamos em classe o Wii Resorts, que possui vários tipos de brincadeiras: Ciclismo; Boliche, Handebol; Arco e flecha, e muitas outras. O trecho da reportagem abaixo nos dá a medida das possibilidades de uso desse videogame com crianças hospitalizadas:

Hoje, uma dezena de pacientes da UTI do hospital paranaense frequenta sessões de gameterapia. Quando surgiram, nos anos 80, os videogames eram acusados de incentivar o sedentarismo. Essa visão sofreu uma reviravolta nos últimos três anos, com o lançamento de jogos equipados com sensores de movimento, que transformam o corpo do jogador em joy stick. [...] A utilização terapêutica desses games começou dois anos atrás no Canadá. Hoje ocorre em pelo menos cinco outros países.

(CAVAÇANA, 2010, p. 98)

3.2 ALGUMAS EXPERIÊNCIAS COM JOGOS NO AMBIENTE HOSPITALAR

“Se brincar é essencial é porque é brincando que o paciente se mostra criativo.”

(Winnicott)

Estudiosos contemporâneos têm apresentado resultados que elucidam o jogo como um grande recurso para o desenvolvimento pleno do educando hospitalizado e importante ferramenta lúdica que aproxima a criança à sua rotina anterior à hospitalização. A partir do levantamento bibliográfico é possível notar que há uma preocupação sobre a eficácia do uso de jogos, a favorecer resultados positivos, tanto em relação ao aspecto cognitivo, quanto ao aspecto lúdico da criança hospitalizada

Enumo e Motta (2005) desenvolveram uma pesquisa (AEH - Estratégias de Enfrentamento de Hospitalização) utilizando o brincar como estratégia de enfrentamento da internação hospitalar. Os resultados mostraram que o brincar pode ser um recurso adequado para a adaptação da criança hospitalizada, permitindo personalizar a intervenção. Portela (2005) utilizou o jogo como recurso facilitador do aprendizado da matemática com crianças e

adolescente hospitalizados e verificou que “... o jogo como recurso pedagógico na escolarização de crianças e adolescentes no Hospital Pequeno Príncipe, tem sido um forte aliado na compreensão de conceitos e desmistificação de que a Matemática é difícil”. Para Decroly (1926, *apud* Kishimoto 1992:1994), certos processos de aquisição de conhecimento são facilitados quando tomam a forma de jogos.

Aguiar (2004), em seu estudo sobre a utilização de jogos para o ensino de conceitos no âmbito da educação inclusiva, salienta a importância das atividades lúdicas, que para ele “são reconhecidas como meio de fornecer à criança um ambiente agradável, motivador, planejado e enriquecido, que possibilita a aprendizagem de várias habilidades”. Mostrou em seu trabalho que o jogo é uma atividade que propicia prazer, motiva, ajuda a desenvolver a concentração e permite assimilar a cultura, além de explorar possibilidades de transformação.

Moratori (2003), em sua tese “Por que utilizar jogos educativos no processo de ensino-aprendizagem?”, verificou que “o jogo pode ser considerado como um importante meio educacional, pois propicia um desenvolvimento integral e dinâmico nas áreas cognitiva, afetiva, lingüística, social, moral e motora, além de contribuir para a construção da autonomia, criticidade, criatividade, responsabilidade e cooperação das crianças e adolescentes”. Explorou a aplicação dos jogos educativos com o auxílio de tecnologias computacionais, baseou-se na problemática de se obter um processo de desenvolvimento cognitivo que seja dinâmico e desafiador aos aprendizes explorando por isso, buscou suas múltiplas competências, integrando-os como peças-chave no processo de ensino aprendizagem.

Pimentel (2006) analisou a potencialidade dos jogos e brincadeiras para a eficácia do processo de ensino-aprendizagem de crianças com necessidades educativas especiais, para ela “o jogo assume um importante papel no processo de adaptação curricular para a pessoa com necessidade educativa especial, equilibrando as concepções de funcionalidade e ludicidade no desenvolvimento do currículo”.

Lucon (2008) em seu estudo sobre o brincar na escola hospitalar, ao observar como essa atividade pode contribuir para a construção do conhecimento e para o desenvolvimento global da criança, em sua tese “Jogo, brinquedo e brincadeira na escola hospitalar: as contribuições do brincar para crianças Hospitalizadas com câncer”, concluiu que “ao brincar as crianças puderam explorar o novo espaço ao qual estavam inseridas (espaço hospitalar), também puderam melhorar sua agilidade física, experimentar seus sentidos, e desenvolver seu

pensamento”. Além disso, para a autora, “Quando o aluno-paciente se vê capaz de produzir, aprender e brincar ganha vida. A doença vai-se minimizando diante da possibilidade de brincar e aprender”.

Dentre os materiais encontrados, não foi localizado nenhum referente aos ajustamentos necessários para a prática de jogos em ambiente hospitalar. Diante desse contexto, o trabalho em questão se propõe a analisar se tais práticas de jogos de regras acontecem de maneira eficaz o suficiente, dentro das especificidades deste ambiente.

4.0 ANÁLISE DA VIABILIDADE DA UTILIZAÇÃO DE JOGOS DE REGRAS E EDUCATIVOS NA ENFERMARIA DO HUPES

4.1 O PREPARO PARA ATIVIDADE E AS ESCOLHAS DOS JOGOS

Para melhor desenvolvimento do trabalho, foram realizadas sessões de jogos, preparatórias e exploratórias, realizadas com crianças não hospitalizadas, em seus ambientes domésticos, para o necessário conhecimento e domínio, por parte do pesquisador, das possibilidades e potenciais de cada um dos jogos. Para dar início a essas sessões foi necessário um treinamento com os mesmos, pois os jogos de ontem, da minha infância, já não são praticados atualmente, com tanta frequência. Os jogos estão acompanhando a tecnologia. Além disso, até então, eu não possuía contato tão próximo com universo infantil, desenvolvendo a prática de determinadas brincadeiras. Foi necessário o resgate da minha cultura lúdica e do meu desejo em praticar atividades recreativas. Além de conhecer com afinco esses jogos para não correr o risco de desenvolver a atividade de maneira esporádica, pois,

Mais importante que os adultos sejam pessoas que saibam jogar, é fundamental que se recupere o lúdico no universo adulto. “Saber jogar” é mais do que mostrar algumas brincadeiras e jogos às crianças, é sentir prazer no jogo... Se é difícil encontrar hoje adultos privilegiados nesta convivência com o lúdico, mais difícil ainda imaginá-los entre os educadores de comunidade de baixa renda. (ANDRADE, 1994, *apud*, CERIZARA, *apud*, KISHIMOTO 2002, p.97)

Quando da posse dos jogos, foi necessário fazer um mini-curso para a utilização dos mesmos, principalmente o Nintendo Wii, o qual eu ainda não conhecia. Fiz treinamento e análise dos jogos junto à professora Alessandra. Para isso contamos com o apoio de um jovem adolescente de 16 anos de idade, que me ensinou utilizar o Nintendo Wii e o Nintendo-DS. Nós analisamos os jogos com base nas orientações dos fabricantes. Buscamos perceber se as instruções trazidas por eles eram suficientes para poder desenvolver a atividade; buscamos perceber se havia alguma orientação ou dúvida não apresentada na instrução; buscamos perceber qual jogo seria melhor para ser desenvolvido no leito ou em sala; separamos os jogos por habilidades a serem desenvolvidas e os jogamos com duas crianças, não hospitalizadas, que tinham respectivamente, cinco e seis anos de idade. Assim, jogávamos com o olhar didático-pedagógico, fazendo devida análise do nosso material de trabalho, mas também com o espírito de criança. Para depois, ir à prática com um conhecimento maior a cerca do material escolhido. Após os primeiros dias de trabalho com os jogos, a partir das manifestações de

alegria e satisfação das crianças e seus acompanhantes após sessões experimentais e ao reconhecer o jogo como forte elemento de aprendizagem, bem como, sua contribuição para o regate da cultura lúdica das crianças internadas me motivei a fazer dessa atividade o meu trabalho maior de graduação.

Os jogos de tabuleiro são instrumentos de comunicação que muitas vezes aproximam os filhos dos pais. Isto se mostra particularmente importante em situação de hospitalização porque crianças e adolescentes enfermos muitas vezes se sentem culpados pela sua doença e acreditam que estão sendo castigadas por algo de errado que fez. Além disso, os pais e/ou responsáveis, muitas vezes abrem mão de suas obrigações para acompanhar as crianças nas freqüentes idas ao hospital. Tudo isso causa estresse na relação afetiva estabelecidas entres as partes – paciente e acompanhante.

O jogo que engaja acompanhante e criança minimiza, então, esse estresse e fortalece os laços de afetividades entre eles. Mas, para que tal atividade não ocorra de maneira espontaneísta é que foi desenvolvido este trabalho que teve como objetivo maior prover aos professores da classe hospitalar do HUPES informações que possam permitir intervenções adequadas às circunstâncias específicas da hospitalização. Dentre estes pode se destacar o tempo útil entrecortado pelas abordagens da assistência em enfermagem (administração de medicamentos e refeições, realização de exames, tomada de medidas vitais) e a grande rotatividade no estabelecimento de parcerias de amizade, entre os pacientes hospitalizados uns com os outros. Os nossos materiais foram conseguidos a partir do próprio projeto, com o financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq. Foram jogos de tabuleiros, jogos eletrônicos em CD-ROM, Videogames (Nintendo Wii e Nintendo-DS) e a maioria, jogos de cartas. Ambos foram agrupados por áreas do saber, como apresentados a seguir:

Tabela 05: Os jogos

JOGO	ÁREA DO SABER	NÚMERO DE PARTICIPANTES	IDADE RECOMENDADA
Alfabeto	Linguagem	2 ou +	A partir de 06 anos
Tribo das Palavras	Linguagem	2 ou +	A partir de 06 anos
Bingo letras	Linguagem	2 ou 4	5 a 8 anos
Brincando com as frases	Linguagem	1 ou +	A partir de 07 anos
Palavra Secreta	Linguagem	2 a 4	A partir de 07 anos
Vira Letras	Linguagem	2 a 4	A partir de 08 anos
Viajando pelo Brasil	Conhecimentos Gerais e Cidadania	2 a 4	A partir de 08 anos
Que bicho é esse?	Conhecimentos Gerais e Cidadania	2 a 4	A partir de 08 anos
Objetivo	Conhecimentos Gerais e Cidadania	2 a 4	A partir de 08 anos
Aprenda tabuada brincando	Matemática	2 a 4	A partir de 06 anos
Brincando com Cores, Números e Contas	Matemática	2 a 4	A partir de 04 anos
Memo Contas	Matemática	2 a 4	A partir de 07 anos
Resposta Mágica	Lógica	1 ou +	A partir de 04 anos
Ponto de Vista	Lógica	2 a 4	A partir de 07 anos
Batalha Naval	Lógica	2	
Senha	Lógica	2	A partir de 08 anos
Cilada	Lógica	1	A partir de 06 anos
Adivinha quem?	Lógica	2	A partir de 06 anos
Conheça o Brasil	Geografia	2 a 4	A partir de 07 anos
Explorando o Brasil	Geografia	2 a 4	A partir de 08 anos
Explorando o Corpo Humano	Ciências	1 ou +	A partir de 08 anos
Operando	Ciências	1 ou +	A partir de 08 anos
Wii Sports	Diversão e entretenimento	1 ou +	A partir de 05 anos

Para melhor compreender a dimensão do trabalho será apresentada, a seguir, outra tabela, desta vez com os dados referentes aos sujeitos da pesquisa.

Tabela 06: As crianças e os adolescentes

NOME	IDADE	SÉRIE	DIAGNÓSTICO
A. J. S.	09	5ª	Otite Médica Mucóide Crônica
A. S. A.	16	3ª	Osteomielite
C. I. S. S.	09	3ª	Transtorno do trato urinário
C. V. G. P.		7ª	Hipertensão Portal
D. A. R.	05	Educação Infantil	Hipertensão Portal
D. S. S.	05	Educação Infantil	Tumorações intra-abdominais
D. S. B.	10	3ª	Anemia falciforme
F. J. M.	06	Jardim II	Encefalites por vírus transmitido por mosquito
G. B. S.	13	4ª	Enfisema
G.F. F.	10	5ª	Hemorragia gastrointestinal
G. B. C.	08	2ª	Osteogênese Imperfeita
G. L. A.	05	Educação Infantil	Osteogênese Imperfeita
G. S. S.	04	Educação Infantil	Neoplasia maligna dos brônquios
I. J. S.	08	2ª	Esofagite/ Depleção de volume
J. S. P.	09	2ª	Osteogênese Imperfeita
J. N. S.S.	11	5ª	Osteogênese Imperfeita
J. C. C. F.	10	4ª	Hemorragia gastrointestinal
J. D. S.	14	7ª	Fibrose Hepática
K. L. V.	04	Educação Infantil	Osteogênese Imperfeita
M. C. S.	10	4ª	Celulite
N. C. C.	12	5ª	Doença de Crohn
R. S. V.	13	7ª	Afecção do órgão genital
R. J. V. S.	11	5ª	Osteogênese Imperfeita
S. S. S.	10	2ª	Leishmaniose
S. S. S.	08	3ª	Outras doenças por vírus NOCP
T. C. S.	06	1ª	Osteogênese Imperfeita

4.2 AS SESSÕES COM OS JOGOS NOS LEITOS E NA CLASSE

É preciso dizer que a brincadeira acontece onde quer que a criança se encontre, independente do local. Basta um pequeno estímulo para que sua imaginação a leve para um mundo repleto de criatividade e movimento, expressando o seu interior.
(Barbosa e Botelho)

Comecei a atividade na Classe Hospitalar com mais outras estagiárias: uma estudante de Música, uma de Artes Plásticas, outra de Pedagogia e duas mestrandas em Educação. Nós fazíamos planejamento de aula semanal, no qual abrangia todas as áreas do saber e ministrávamos aula todas as tardes para as crianças e adolescentes lá internados. Durante cerca de seis meses, minhas atividades estiveram limitadas à docência, pois ainda não tínhamos os jogos para desenvolver o trabalho específico. Porém, esse tempo sem os jogos foi crucial para que eu me aproximasse da realidade daquela enfermaria. Nossa presença lá ainda era recente. Médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, funcionários terceirizados, seguranças e até mesmo as crianças e seus acompanhantes também estavam em fase de adaptação em relação à nossa presença e ao nosso trabalho. Nós estávamos aprendendo a nos aproximar dessas pessoas, a adentrar nas enfermarias e a como chegar às crianças para convidar a conhecer a classe e participar das atividades pedagógicas.

Os sujeitos da pesquisa foram vinte e seis crianças e adolescentes com idades entre 4 e 16 anos, oriundas de diversas cidades do interior da Bahia, bem como da capital. A coleta de dados foi feita a partir das sessões experimentais com uso de jogos recreativos e educativos junto às crianças e acompanhantes que foram igualmente registradas em diários de campo em situação de observação participante. Além disso, foi aplicado um questionário previamente estruturado, de caráter diagnóstico, tendo em vista levantamento de conhecimentos prévios referentes aos jogos e preferências dos mesmos pelas crianças.

Na classe hospitalar dispomos de um prontuário eletrônico, no qual podemos saber quais e quantas crianças estão internadas em cada enfermaria pediátrica do hospital. Para nosso trabalho, eram localizadas aquelas da enfermaria 1-A, onde situa a classe. Era rotina: Analisar o prontuário, ir aos leitos oferecer nosso trabalho, convidar as crianças e acompanhantes a participarem das atividades pedagógicas na sala de aula. E, detectada alguma criança impossibilitada de ir à classe, lhe era ofertada a possibilidade de realizar alguma atividade no leito: jogos para as crianças a partir de cinco anos e contação de histórias para as crianças menores (de 1 a 4 anos de idade).

Às crianças que sentiam dor, e que ainda assim, desejavam realizar atividade, a opção era contação de histórias. Porque houve situação em que uma criança insistiu para jogar, mas a posição em que a mesma precisava ficar para realização das partidas, não favorecia conforto suficiente para a situação na qual se encontrava, sendo necessário interromper a partida antes do previsto, por insistência minha. Visto que, a criança não admitia está impossibilitada de brincar, porém notório estava em suas expressões faciais. Esse foi um caso específico e singular de uma menina de 11 anos, que não tinha diagnóstico estabelecido. Apesar da análise do prontuário, por falta do diagnóstico, não foi possível prever a situação em que a mesma se encontrava. Só a partir do contato seria possível obter determinadas informações, como seu estado clínico.

Após oferta dos jogos e observadas as manifestações, tanto das crianças, como dos seus acompanhantes que com elas jogavam, lhes eram oferecidas a possibilidade de troca do jogo. Quando havia muitas crianças nos leitos era mais difícil realizar o trabalho, pois a intenção era atender a todas sem distinção e sem perder o sentido da aplicação do jogo para que não ocorresse da maneira espontaneísta. Desse modo, era fundamental a participação das mães, que por sua vez foram instruídas em relação às regras.

As mães e acompanhantes, em sua maioria, se mostravam solícitos e empolgados para jogar, até porque os jogos que compõem o acervo da classe são bem diferentes, coloridos e atraentes. Era novidade para a maioria, inclusive para a equipe médica a nos observar. Primeiro, eu jogava algumas partidas com as crianças, que eram observadas por eles. Em seguida, eles eram convidados a jogar com a criança. Eu ensinava as regras, observava a primeira partida, esclarecia as dúvidas que surgiam, e quando percebido que havia um real interesse do mesmo em continuar jogando com a criança, eu explicava que precisava atender outra criança e perguntava se eu poderia me retirar para retornar no final da tarde. Em todos os momentos ocorreu dessa forma, todos bem espontâneos. Ainda que acontecesse dessa maneira, eu ficava revezando de leito em leito para observar o andamento da brincadeira. Houve um caso em que o pai de uma criança de 10 anos, já havia perdido interesse pelo jogo e, por isso, passou a brincar de maneira desonesta, procurando forma de findar a partida antes do momento ideal, de acordo com as regras do jogo. Nesse caso, precisei intervir, me oferecendo pra dar continuidade a partida, e assim o fiz até o final da tarde.

Para as crianças que haviam sido submetidas a procedimento cirúrgico, quando manifestado interesse pelo jogo, era necessária a utilização de algo que impedisse o contato

direto do tabuleiro sobre seu corpo, para isso, era utilizado um suporte para notebook (imagem em anexo), colocado sobre as pernas da criança deitada. Assim, não havia nenhum tipo de contato, impedindo esforços físicos demasiados para a condição de enferma, sendo que, neste caso, era necessário apenas o movimento das mãos e dos olhos da criança para jogar.

Em consonância com o planejamento de aula semanal, buscávamos inserir os jogos eletrônicos de CD-ROM e o Nintendo Wii num determinado dia de aula, para não limitar nosso atendimento às crianças e adolescentes acamados. Porém, o uso dos mesmos tornava-se viável, apenas, quando havia poucas crianças (no máximo quatro) em sala de aula para evitar disputas pelas máquinas, e devido ao espaço físico da sala que possui tamanho limitado para realização de determinadas atividades que exigem maior movimentação, como no jogo Wii. Caso contrário, a prioridade era utilizar jogos de tabuleiro, pois havia possibilidade de incluir um número maior de participantes.

Para as partidas com o Wii era sempre preferível jogar boliche, pois é o jogo que menos exige esforço físico. Nesses casos era necessário estar atento à postura e movimento das crianças, pois elas se empolgavam e faziam esforço e manobras corporais inadequadas às suas condições de enfermidade. Quando a criança tinha dificuldade em obedecer às orientações para a prática do jogo e o devido posicionamento do corpo, ela cedia lugar a outra criança e iniciava outro jogo no computador.

Em muitos momentos ocorreram pausas nas partidas para procedimentos médicos que variaram de simples observação da criança à procedimento de acesso venoso para administração de medicamento, tanto nos leitos quanto na sala de aula. Quando ocorriam essas pausas era necessário acelerar a partida ou encerrar de imediato. Para isso as regras dos jogos não eram exatamente alteradas, apenas alguns detalhes que não interferiam no resultado eram modificados. Entretanto, muitas vezes, o jogo era encerrado por causa da saída da criança para realização de exames, e quando possível, reiniciado em outro momento. Ao reiniciada a partida, não havia desânimo nas crianças, o estímulo era o mesmo.

Nos leito era inviável a utilização dos jogos que possuem muitas cartas, como “Tribo das Palavras”, “Soletrando Júnior”, “Brincando com Cores, Números e Contas”, “Conheça o Brasil”, “Explorando o Brasil”, “Palavra Secreta” e etc., porque por motivos de higienização para a criança acamada, não é aconselhável colocar cartas sobre a cama. Os jogos utilizados

então eram os de tabuleiro como “Adivinha Quem?”, “Vira-letas”, “Batalha Naval”, “Senha”, “Cilada”, e demais que podiam ser apoiados sobre o suporte.

Vale destacar o apoio das colegas de classe, que embora tivessem atividades específicas a serem desenvolvidas na classe, sempre que a demanda de atendimento no leito era muito grande, colaboravam com meu trabalho. Nesses casos, elas apenas jogavam. A aplicação de questionário e o registro de diário de campo eram sempre realizados por mim. A ajuda delas se enquadrava no âmbito de atender à demanda, uma vez que durante um tempo o trabalho com jogos passou a ser bem conhecido e solicitado pelas crianças, pelas mães e acompanhantes, e também por psicólogos. De qualquer forma, a contribuição foi muito importante, evitando que algumas crianças ficassem jogando, causando-lhe sensação de exclusão ao ver seu colega de quarto brincando. Do mesmo modo, evitou que eu fizesse atendimentos rápidos visando atender a todos e correndo o risco de perder o verdadeiro sentido da brincadeira, podendo desenvolvê-la de forma espontânea e prazerosa.

Houve situações em que isso realmente aconteceu, pois o público de uma classe é muito flutuante. Há momentos em que há poucas crianças internadas, mas há também aqueles dias em que o número de internamento é muito alto, sendo que nem a classe consegue suprir a demanda de atendimentos. Além disso, após o reconhecimento da classe e seus serviços nos leitos com Artes, Música, Contação de histórias e a atividade com jogos, esses trabalhos passaram a ser solicitados com muita frequência pelos enfermeiros, psicólogos, além das crianças e acompanhantes, como citado anteriormente. A classe passou a suprir muitas carências no hospital em questão, assumindo uma função social para além das atividades restritamente didáticas, da docência.

4.3 OS RESULTADOS DESSE PIONEIRISMO

Após análise dos registros de diário de campo e sessões experimentais com os jogos nos leitos da enfermaria e na sala de aula da classe hospitalar foi possível constatar a viabilidade do uso de jogos de regras e recreativos nesse espaço. Essa análise está embasada nas dificuldades encontradas no espaço físico no qual ocorreram as sessões com os jogos, nas dificuldades encontradas pelas crianças e adolescentes e seus respectivos acompanhantes para compreensão das regras e disposição de ambas as partes para jogar. As interrupções das partidas para realização de procedimentos médicos também foram analisadas, bem como

outras interferências como a própria enfermidade para a realização da atividade lúdica. Os instrumentos de coleta possibilitaram as seguintes análises:

- ✓ Expressões de preferência manifestadas explicita ou tacitamente pelas crianças quando da eleição de um jogo em meio aos demais, antes e depois da apresentação formal de suas características;
- ✓ Expressões de preferência manifestadas explicita ou tacitamente pelas crianças quando, depois de repetidas oportunidades de exploração dos jogos, se encontrarem em situação de recreação livre;
- ✓ Dificuldades enfrentadas pelas crianças na compreensão das regras dos jogos;
- ✓ Duração média de tempo necessário para finalização de uma partida de um jogo; quantidade e duração das interrupções causadas pelas intervenções médicas e de enfermagem durante o empreendimento da atividade de jogo;
- ✓ Modificações espontâneas nas regras originais dos jogos, empregadas pelas crianças no cotidiano de seu uso na enfermaria;
- ✓ Frequência de participação das mães e acompanhantes nas situações de interação proporcionadas pelo uso dos jogos;
- ✓ Dificuldades enfrentadas pelas mães (quando analfabetas) na compreensão das regras dos jogos – desempenho alcançado – em termos de performance relacionada à aquisição de uma habilidade ou competência - como resultado da utilização pedagógica de determinado jogo educativo;
- ✓ Especificidade característica daqueles jogos melhor adaptáveis à utilização no leito, quando as crianças estavam acamadas;
- ✓ Especificidade característica daqueles jogos melhor adaptáveis às situações outras de confinamento, ou ao uso de cadeira de rodas, máscaras, talas, etc.
- ✓ Relações de interação com aqueles profissionais de saúde que porventura se aproximavam das crianças nos momentos das sessões com jogos.

Foi constatado que o procedimento utilizado de análise do prontuário eletrônico para ter ciência das crianças que se encontravam na enfermaria é muito importante para o desenvolvimento desse trabalho. Pois, além das informações básicas como idade e diagnóstico, é possível saber quantas crianças estão presentes para melhor elaborar a atividade. Do mesmo modo, saber cada diagnóstico é crucial para direcionar o jogo que será oferecido às crianças, evitando assim, sentimento de impotência quando por exemplo se

propõe a uma criança uma partida com o Nintendo Wii, quando a mesma está sentindo dor e devido ao seu estado clínico não poderá efetuar a atividade, sendo que uma vez impossibilitada poderá se sentir mais triste ainda. Neste caso, com o simples conhecimento sobre o estado clínico da criança, o profissional que realizará atividade poderá propor um jogo melhor focado na possibilidade de cada uma delas.

Tendo em vista que as sessões de jogos eram realizadas nos períodos matutino e vespertino, foi possível perceber que o que o melhor turno para realização desse tipo de atividades nos leitos é pela manhã. Isto se explicou em razão da freqüente necessidade das crianças ficarem em jejum para procedimentos médicos e conseqüente necessidade de alguma atividade que lhes amenizasse o sofrimento e a ansiedade, o que as deixava mais receptivas e mais dispostas à jogar. À tarde, considerando que as crianças já estavam em jejum desde a manhã, era mais difícil jogar com as que se encontravam nessa situação. Além disso, a probabilidade de interrupções também era menor pela manhã. Estas ocorrem geralmente para coletas de sangue, saída para realização de exames, para procedimentos cirúrgicos, ambos, em sua maioria iniciados a partir das 14 horas. Vale ressaltar que apesar dessas especificidades, também é importante o desenvolvimento dessa atividade no turno vespertino, porque é o período em que a classe desenvolve as atividades. Nesse caso, as atividades nos leitos são importantes para abarcar as crianças impossibilitadas de ir à classe.

A existência de acesso venoso nas mãos e/ou antebraços das crianças nunca chegou a ser um empecilho para que elas jogassem. No caso do boliche do Nintendo Wii, se necessário, a criança utilizava a outra mão (se destra, usava a mão esquerda e vice-versa), sendo que este fator não influía no desempenho dela. Foi evitada a aplicação de jogos que exijam raciocínio lógico para aquelas crianças que tinham passado por cirurgia recentemente e para aquelas que estavam em jejum, optando-se por um jogo com foco maior no entretenimento. Jogos de maior duração como Batalha Naval, eram evitados caso o início da partida viesse a se dar próximo ao meio dia. Como eram jogados com a parceria do adulto acompanhante, havia que se ponderar os restritos espaços de tempo que os mesmos tinham para almoço.

Por ser um trabalho pioneiro no hospital em questão, as atividades despertaram olhares de todos: profissionais da equipe de saúde sempre que tinham oportunidade se aproximavam das crianças para observar os jogos, alguns emitiam opiniões, sugeriam resoluções, nas situações em que tornava-se difícil a compreensão da criança para dar dicas a seu oponente (nesse caso, eu), buscando facilitar o desenvolvimento da atividade.

Em relação ao espaço da enfermaria, houve momentos em que profissionais da saúde adentravam a classe hospitalar para coletar dados de outros pacientes e/ou fazer perguntas sobre o estado clínico das crianças com seus respectivos acompanhantes. A relação com esses profissionais, bem como os psicólogos e assistentes sociais sempre foi de parceria, numa forma amigável e respeitável.

No que se refere à participação dos acompanhantes nessas atividades é possível afirmar que, na maioria das vezes, acontecia de forma prazerosa pelos mesmos, não houve dificuldades de compreensão das regras, ainda que muitos deles fossem analfabetos. Porém, vale ressaltar que houve situações em que o acompanhante não demonstrava vontade de jogar, mesmo assim o fazia para acompanhar a criança, ainda que não fosse obrigado, nem induzido a isso. Havia acompanhantes que nunca jogavam, mas sempre solicitavam o jogo para a criança.

A maior dificuldade encontrada consistiu na necessidade de praticar atividade com todas as crianças que se encontravam nos leitos quando haviam muitas na enfermaria. Pois mesmo com o empenho dos acompanhantes, fazia-se necessário a presença de um mediador para esclarecer as possíveis dúvidas. Do mesmo modo, era difícil utilizar jogos em sala de aula quando havia muitas crianças.

Os jogos eletrônicos de computador necessitam do áudio, então quando todas as máquinas eram usadas ao mesmo tempo ficava inviável utilizar bem cada jogo, devido à proximidade entre elas, resultado do tamanho reduzido da sala de aula da Classe hospitalar. A mesma dificuldade se estendeu para a prática de jogos de tabuleiro nas circunstâncias citadas. Porém, nessas ocasiões a ajuda das mães foi de fundamental importância, uma vez que muitas crianças em sala de aula tornava inviável a oferta de atenção adequada.

O preparo das docentes da classe hospitalar (no que tange ao conhecimento do perfil da clientela internada, da rotina de cuidados da assistência da enfermagem e familiaridade com o “cardápio” de jogos e suas especificidades) foi, juntamente com a colaboração dos profissionais da saúde, fatores facilitadores ao desenvolvimento deste trabalho com jogos de regras.

Embora não tenha sido objetivo desse trabalho analisar o desenvolvimento cognitivo da criança, tão pouco os benefícios do jogo para as mesmas, foi possível observar a partir do levantamento prévio de conhecimentos sobre jogos mediante questionário e utilização do computador, que o jogo contribuiu para ampliação do arcabouço cultural da criança, uma vez

que, os sujeitos dessa pesquisa, em sua maioria, não tinham acesso ao computador e só conheciam jogos tradicionais como dama, dominó, bingo, entre outros. Nenhuma das crianças e adolescentes que participaram das sessões de jogos já havia utilizado o Nintendo Wii. Além disso, houve casos de crianças a partir de quatro anos de idade, com período de internação superior a trinta dias, que até então não tinham utilizado um computador e passaram a se familiarizar com o mesmo.

5.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

(...) juntos construiremos um mundo onde todas as meninas e todos os meninos possam aproveitar sua infância - um tempo de brincar e aprender, quando são amados, respeitados e tratados com carinho, quando seus direitos são promovidos e protegidos, sem qualquer tipo de discriminação, quando sua segurança e seu bem-estar são priorizados e quando podem se desenvolver com saúde, paz e dignidade. (UNICEF, 2002)

Havia um pressuposto, quase um resultado que se antecipava, de que uma das prováveis adaptações no uso de jogos de regras em um contexto de classe hospitalar, seria a atenuação do caráter competitivo de alguns dos jogos. Partia-se da premissa de que qualquer exigência acentuada por desempenho cognitivo ou psicomotor (lógico, viso-espacial, de memória, etc), – então necessária à premiação de um vencedor, concorreria negativamente ao bem estar desta criança hospitalizada. A eventual ansiedade criada pela expectativa de expressar um desempenho melhor do que o dos concorrentes no jogo – seus colegas de enfermaria – se somaria às já estabelecidas ansiedades próprias da condição de hospitalização, criando um efeito sinérgico de sofrimento, quando da frustração da expectativa de vitória.

Todavia, Chateau (1987) sugeriu aquilo que se pode comprovar com as observações das sessões de jogos na classe hospitalar: de que a subtração da essência competitiva de um jogo, à custa, por exemplo, da alteração das regras, por vezes, frustrava ainda mais as crianças. Antes de qualquer coisa, “a criança procura no jogo uma oportunidade de afirmação de seu eu. O prazer próprio do jogo não é, portanto, um prazer sensorial, mas um prazer propriamente moral” (CHATEAU, 1987, p. 28).

Além disso, ocorria que, essa atenuação do caráter, ao requerer a alteração, por nós arbitrada das regras, levava a que outro princípio de fruição de prazer, se fizesse infringido: o sentimento de adequação a um padrão estabelecido e conseqüente percepção de conformidade ao normal.

Retomando Chateau, para quem, “a regra do jogo nada mais é do que uma especificação da noção de ordem” (1987, p. 64), concluímos que adulterar os graus de dificuldades de determinada competição impetrada pelo jogo, poderia comprometer o sentimento de auto-estima da criança, tanto quanto a eventual derrota alcançada ao final da partida do jogo. Logo, se o conhecimento de senso comum fez popularizar a idéia de que “não importa vencer, o importante é competir”, vale ressaltar que competir obedecendo às regras.

No entanto, isto não significou que as próprias crianças – por elas mesmas – não experimentassem grande satisfação na mudança arbitrária das regras de um jogo. Isto se podia observar quando se permitia a exploração livre do conteúdo das caixas dos jogos por um tempo suficiente para que, por exemplo, ela procedesse à classificação e empilhamento das cartelas (ou pinos, ou dados) do jogo, por cores e/ou tamanhos. Assim, pois, o que de início parecia uma exploração aleatória, desordenada e improdutiva de um jogo, inacessível a participação daquela criança que não sabia ler, se mostrava, após melhor interpretação, como uma expressão tão legítima do ato de jogar quanto àquela prevista nas regras originais da caixa.

Encerra-se esse relato reiterando que, também e, principalmente, para o ambiente adverso de uma enfermaria pediátrica, os jogos de regras possibilitam a socialização e a interação entre as crianças; a construção de vínculos afetivos entre os jogadores (pacientes/pacientes, pacientes/acompanhantes, acompanhantes/acompanhantes, professores/pacientes, professores/acompanhantes); o resgate da cultura lúdica e da cultura infantil dentro do ambiente hospitalar; assim como a facilitação ao aprendizado de conteúdos escolares.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, João Serapião de. Educação Inclusiva: **Jogos para o ensino de conceitos**. Campinas: Papirus, 2004.

ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. Trad. Dora Flaksman. 2ed. – Rio de Janeiro: LTC, 2006.

BARBOSA, S. L; BOTELHO, H. S. **Jogos e brincadeiras na educação infantil**. 2008. 34 f. Monografia (Graduação em Normal Superior) - Centro Universitário de Lavras, Lavras, 2008.

BARROS, Alessandra Santana Soares e. **Contribuições da educação profissional em saúde à formação para o trabalho em classes hospitalares**. Cad. CEDES, Campinas, v. 27, n. 73, dez. 2007.

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

BRASIL. Resolução CNE/CEB n.2 de 11 de setembro de 2001. **Diretrizes Nacionais de Educação Especial**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL, Ministério da Justiça, **Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado**: Resolução n. 41, de outubro de 1995. D.O.U. n.1995.

BRASIL, **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Resolução Nº 324, de 25 de abril de 2007. Dispõe sobre a atuação do Terapeuta Ocupacional na brinquedoteca e outros serviços inerentes, e o uso dos Recursos Terapêutico-Ocupacionais do brincar e do brinquedo e dá outras providências. República Federativa do Brasil – Brasília- DF, nº 91 – DOU de 14/05/07.

BRASIL, **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. LDB nº 9.394/96. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Congresso Nacional, Brasília, 20 de dezembro de 1996.

BROUGÈRE, Gilles. **Jogo e Educação**. Trad. Patrícia Chitoni Ramos – Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

CARVALHO, Andréa Rocha V. de; EVANGELISTA, Jacyara Coy Souza; JESUS Generosa França Ribeiro Neta de e SILVA, Maria Celeste Ramos da. **Atendimento educacional em escolas hospitalares nas Obras Sociais de Irmã Dulce**. Monografia de conclusão de curso. Licenciatura em Pedagogia. UNEB/2006.

CAVAÇANA, Juliana. Cura e entretém. **Revista Veja**. 13 de janeiro de 2010. p. 98-99.

CECCIM, R.B. & CARVALHO P.R.A.(orgs) **Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Editora da UFRGS. 1997.

CHATEAU, Jean. **O jogo e a criança**. Trad. Guido de Almeida. São Paulo: Summus, 1987.

ENUMO, Sônia Regina Fiorim; MOTTA, Alessandra Brunoro; **Brincar no Hospital: Estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 9, n. 1, p. 19-28, 2004.

FONSECA, Eneida Simões da. **A situação Brasileira do Atendimento Pedagógico-educacional Hospitalar.** Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Educ. Pesqui. V.25 n.1 São Paulo jan./jun. 1999.

FONSECA, E. S.; CECCIM, R. B. **Atendimento pedagógico-educacional hospitalar: promoção do desenvolvimento psíquico e cognitivo da criança hospitalizada.** Temas sobre Desenvolvimento, v.7, n.42, pp. 24-36, janeiro-fevereiro, 1999.

FONSECA, E.S. Escuelas hospitalarias de Brasil. **Anais da X Jornada Nacional e Internacional sobre Pedagogia Hospitalaria y el Derecho a la Educacion del Niño Hospitalizado y/o Enfermo Cronico.** Disponível em: http://www.fundacioncarolinalabra.cl/j_anteriores.php?ano=2008. Acesso em: 04 dez.2010.

FONTES, R.S. A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital. **Revista Brasileira de Educação**, n.29, p.119-138, 2005.

FREITAS, S. N.; ORTIZ, L. C. M. **Classe Hospitalar: Caminhos Pedagógicos Entre Saúde e Educação.** Santa Maria: Editora da Universidade Federal de Santa Maria, 2005.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

JESUS, A.S.; BARROS, A. Estudo do perfil sócio-educacional dos pacientes em idade escolar, internados na enfermaria pediátrica do hospital das clínicas da UFBA. **Anais do X Seminário Estudantil de Pesquisa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da UFBA 2009.** Disponível em: <www.semppg.ufba.br/seminario/principal.php3?f_processo=unidades&a_tipo=listagem&a_subarea=4.06>. Acesso em: 04 dez. 2010.

KISHIMOTO, Tizuko M. (Org). **Jogo, Brinquedo e brincadeira e a educação.** 9 ed - São Paulo: Cortez, 2006.

KISHIMOTO, Tizuko M. **Jogos Infantis: O jogo, a criança e a educação.** 15 ed. – Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

KISHIMOTO, Tizuko M.(Org.) **O Brincar e suas teorias.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

MASETTI, M. **Soluções de Palhaços: transformações na realidade hospitalar.** 2a. Ed. São Paulo: Palas Athena, 1999.

MATOS, E.L.M.; MUGGIATI, M.M.T.F. **Pedagogia Hospitalar: a humanização integrando educação e saúde.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2006

MORATORI, Patrick Barbosa. **Por que utilizar jogos educativos no processo de ensino aprendizagem?** Tese de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro RJ, Brasil dezembro, 2003.

PASSERINO, L. M. **Avaliação de jogos educativos computadorizados.** Taller Internacional de Software Educativo 98 – TISE’ 98. Anais. Santiago, Chile, 1998.

PIMENTEL, Susana Couto. **O especial dos jogos e brincadeiras no atendimento às diferenças.** Revista da FAEEBA – Educação e Contemporaneidade, Salvador, v. 15, n. 25, p. 147-156, jan./jun., 2006.

PORTELA, Mariliza Simonete. **O jogo no ensino da matemática: recurso didático para aprendizagem de crianças e adolescentes hospitalizados.** In: MATOS, Elizete Moreira; TORRES, Patrícia Lupion. (Org.). Teoria e prática na pedagogia hospitalar: novos cenários novos desafios. 01 ed. Curitiba: Champagnat, 2010, v., p. 172-186.

VIGOTSKI, Lev Semenovich. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos mentais superiores;** organizador Michael Coli... (et al.); tradução José Cipolla Neto, Luís Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche. – 7 ed. – São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ANEXOS

ANEXO A - Avaliação Diagnóstica

Produção de subsídios teórico-práticos para a otimização do uso de jogos pedagógicos e recreativos com pacientes pediátricos do hospital das clínicas da UFBA – HUPES.

Nome: _____

Idade: _____ **série:** _____

Escola: _____

Cidade: _____

Diagnóstico: _____

01) Qual seu jogo preferido? _____

02) Utiliza videogame em casa? Não () () Sim.

03) Tem computador em casa? Não () () Sim.

04) Você joga no computador? Não () () Sim. Qual jogo? _____

05) Você prefere jogar sozinho ou acompanhado? _____

06) Dos jogos abaixo, quais você conhece e costuma jogar?

() Sudoku () Quebra-cabeça () Uno
() Nintendo DS () Dama () Dominó
() Nintendo Wii () Xadrez () Bingo

07) Qual disciplina você mais gosta de estudar? Por que? _____

08) Qual disciplina você menos gosta de estudar? Por que? _____

09) Qual disciplina você sente mais dificuldade de aprendizagem? _____

Para preenchimento do professor(a)

07) O aluno – paciente está com curativo no braço ou algo que impossibilitasse a escrita ou o uso de jogos?

Não () () Sim. Cite _____

08) O aluno – paciente está no leito? Não () () Sim.

ANEXO B – Ficha de desenvolvimento de aplicação de jogos

Nome: _____

Idade: _____ **série:** _____

Diagnóstico: _____

Data de entrada: _____ **Data de saída:** _____

Jogo aplicado: _____ Data de aplicação: _____

Desenvolvimento do jogo: (Fazer as seguintes anotações)

- O aluno-paciente jogou sozinho? Com quem jogou? A(s) pessoa(s) foi escolhida por ele ou foi voluntária?
- Houve troca do jogo? (se houve, por que houve?)
- O jogo foi interrompido? Por quem? Para que? Durante quanto tempo? Quando a criança retornou o estímulo foi o mesmo?
- Qual a duração do jogo? Qual era o tempo previsto?
- De que forma acabou o jogo? Foi concluído como deveria?
- Quais as impressões (ditas) dos profissionais da saúde quando viam a aplicação do jogo no leito?
- Resultados do jogo
- Outras observações

ANEXO C - Avaliação Diagnóstica e Ficha de desenvolvimento de aplicação de jogos preenchidos

Produção de subsídios teórico-práticos para a otimização do uso de jogos pedagógicos e recreativos com pacientes pediátricos do hospital das clínicas da UFBA – HUPES

Nome: **Davi Silva Sena**

Idade: **5 anos**

Série: **Alfabetização**

Escola: **Ercília Moreira**

Bairro: **Rio Vermelho** Cidade: **Salvador**

Diagnóstico: **Tumorações intra-abdominais**

01) Qual seu jogo preferido? **Jogo de moto no computador.**

02) Utiliza videogame em casa? Não () (**x**) Sim.

03) Tem computador em casa? Não () (**x**) Sim.

04) Você joga no computador? Não () (**x**) Sim. Qual jogo? **Jogo de moto**

05) Você prefere jogar sozinho ou acompanhado? **“Eu jogo sozinho. Eu já sou craque”. Mas às vezes jogo com amigos. Tenho um montão de amigos”.**

06) Dos jogos abaixo, quais você conhece e costuma jogar?

() Sudoku	(x) Quebra-cabeça	() Uno
() Nintendo DS	() Dama	(x) Dominó
() Nintendo Wii	(x) Xadrez	() Bingo

07) Qual disciplina você mais gosta de estudar? Por quê? **Pergunta não se aplica a esse nível de ensino.**

08) Qual disciplina você menos gosta de estudar? Por quê? **Pergunta não se aplica a esse nível de ensino.**

09) Qual disciplina você sente mais dificuldade de aprendizagem? **Pergunta não se aplica a esse nível de ensino.**

10) O aluno – paciente está com curativo ou acesso no braço? Não (**x**) () Sim.

11) O aluno – paciente está no leito? Não (**x**) () Sim.

FICHA DE APLICAÇÃO DOS JOGOS

Jogo aplicado: “Adivinha quem”

Data de aplicação: 22.04.2010

Nesse primeiro momento preferir dar prioridade à minha escolha em relação ao jogo, em vez de pedir a criança para escolher, já que, de acordo com a avaliação diagnóstica e com a conversa com Davi, foi possível perceber que ele não conhecia nenhum dos jogos do nosso acervo. Apesar de ser considerado ideal para crianças a partir de 6 anos de idade, optei em usar “Adivinha quem” em nossa atividade, por ser um jogo bem atraente, com gravuras coloridas e personagens com características variadas. No início, durante as instruções Davi se distraiu olhando a colega jogar “Soletrando” no computador. Jogo considerado ideal para crianças a partir de 8 anos de idade, que Davi havia jogado mais cedo, junto com a referida colega por insistência minha e dele, uma vez que, ela não queria deixá-lo jogar porque ele errava a ordem das letras. Apesar disso, Davi obteve bom desempenho, ao longo do jogo e com ajuda dela. Mas, chamei a atenção dele e ele se animou para o jogo.

A sala estava muito cheia nesse dia. Fazia um pouco de barulho, pois outras crianças estavam entretidas com outro tipo de jogos nos computadores. Havia duas mães acompanhando seus filhos, um deles era cadeirante e também fazia uso do computador, todos entraram na escola pela primeira vez. A colega Jéssica aproveitou para coletar dados do censo. E foi nesse ambiente que eu e Davi começamos a brincadeira.

Após ouvir as instruções, Davi me questionou como ele faria para me dizer qual era o personagem, já que ele não sabia ler. Eu disse que no momento certo, a professora Francinalva iria ajudá-lo. Durante o jogo, Davi se dispersava muito, por causa dos motivos já citados. Percebi que o “Soletrando” atraía a atenção dele e de outras crianças por causa do áudio. Então, diminuir totalmente o volume e pedi à aluna para não aumentar, já que, o áudio não era crucial para o entendimento e resultado do jogo. Mas, sempre que eu me concentrava com Davi, ela buscava chamar a atenção e aumentava o volume novamente. Apesar disso, concluímos uma partida.

Resultados do jogo: Com minhas intervenções, Davi conseguiu descobrir meu personagem secreto. Vale ressaltar, que busquei jogar de forma a permitir que ele compreendesse bem a brincadeira e conseguisse decifrar minha personagem.

Outras Observações: Perguntei a Davi se gostou do jogo e ele disse que sim. Apesar disso, não propus outra partida devido ao horário às circunstâncias do dia. Anteriormente eu havia trabalhado no leito com outras duas crianças que neste momento estavam na sala de aula. Em nenhum momento fomos interrompidos por algum profissional da saúde. Davi recebeu duas visitas que os encontraram na sala de aula, elas admiraram o espaço e agradeceu a mim e as demais colegas pela recepção e pelo trabalho. Em relação à aluna que jogava o “Soletrando”, conversei com ela no final das atividades, falei sobre seu comportamento e pedi para que no dia seguinte ela fosse mais compreensiva e colaborasse para que todos pudessem usar o espaço da sala de aula e os equipamentos, sem prejudicar a atividade dos colegas e das professoras. Porém, no dia seguinte, ela havia recebido alta e, portanto, não se encontrava mais no HUPES.

ANEXO D – IMAGEM DE ALGUNS JOGOS

SOLETRANDO JÚNIOR



CORES, NÚMEROS E CONTAS



WII SPORTS



ADIVINHA QUEM?



SENHA



HANGMAN – O JOGO DA FORCA



BINGO LETRAS



MEMO CONTAS



VIRA LETRAS



EXPLORANDO O CORPO HUMANO



TRIBO DAS PALAVRAS



RESPOSTA MÁGICA



OPERANDO



ANEXO E – IMAGEM DAS CRIANÇAS JOGANDO



















